

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.วิจิตร 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 Hanucharurnkul	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิภาดา คุณาวิทิกุล Professor Emeritus Dr. Wipada Kunaviktikul	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ Panyapiwat Institute of Management

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 ศุทธากรณ์ Associate Professor Dr. Weeraporn Suthakorn	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราพรรณ ต๊ะปินตา Professor Dr. Darawan Thapinta	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย Professor Dr. Phechnoi Singchugcha	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน Faculty of Nursing, Christian University
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง Associate Professor Dr. Supreeda Monkong	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุกตศุทธ Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Faculty of Nursing, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น Associate Professor Dr. Sunee Lagampan	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Faculty of Public Health, Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี
Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัตติชัย
Associate Professor Dr. Teeranut Harnirattisai
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา
Associate Professor Dr. Chanokporn Jitpanya
รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา สุคนธสรณ์
Associate Professor Dr. Achara Sukonthasarn
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ
Associate Professor Dr. Wannee Deoisres
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร
Associate Professor Dr. Ampornpan Theeranut
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์
Associate Professor Dr. Marisa Krairiksh
รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์
Associate Professor Dr. Ploenpit Thaniwattananon
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกานต์ กาละ
Associate Professor Dr. Sasikarn Kala
รองศาสตราจารย์ ดร.นัทธมน วุฒานนท์
Associate Professor Dr. Nuttamon Vuttanon
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin
รองศาสตราจารย์ ดร.นงค์คราญ วิเศษกุล
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐยานี สุวรรณคฤหาสน์
Assistant Professor Dr. Nattaya Suwankruhasn
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 Jongrungsakul
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

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Faculty of Nursing, Chulalongkorn university
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Faculty of Nursing, Thammasat University
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing Khon Kaen University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing Khon Kaen University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Faculty of Nursing, Prince of Songkla 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

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

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

นางมารีสา คุปตารักษ์

Marisa Guptarak

นางสาวพรธิดา คำมงคล

Pornthida Kummongkol

นางสาวนิตยา มะโนคำ

Nittaya Manokam

นางสาววิชา วิเศษศิลป์

Warisa Wikasillp

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

(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) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสภามหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

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

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

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

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

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission)

กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require)

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

5.2.1 ให้ปรับปรุงแก้ไขเพียงเล็กน้อย (Minor Revision)

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

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการโดยปราศจากอคติ หรือความคิดเห็นส่วนตัว
2. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน
3. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้น เป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น ผู้ทรงคุณวุฒิต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันทีเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่
4. รักษาระยะเวลาการประเมินตามกรอบเวลาที่กำหนด
5. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. พิจารณาคุณภาพของบทความให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร
2. ตรวจสอบคุณภาพบทความในทุกกระบวนการประเมินก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่
3. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
4. ไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความที่ผู้วิจัยได้ส่งมายังวารสาร และผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ
5. หากตรวจพบว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์ได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำ บรรณาธิการมีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้นๆ

การจัดเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย 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 ปรัชญา
3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ แล้วให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ
4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 30 รายการ

5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ American Psychological Association ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 อย่างเคร่งครัด

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การเขียนอ้างอิงชื่อบุคคลในเนื้อหา ในกรณีที่คนไทยให้ระบุชื่อ 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)

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลข 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

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลข 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

Effects of a Walking Enhancing Program on Self-Efficacy for Walking, Fatigue, and Physical Ability Among Acute Stroke Patients: A Preliminary Analysis ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเดินต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดิน ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การวิเคราะห์เบื้องต้น	1-16
ศุภชัย รักแก้ว Supachai Rakkaew ธีรณัฐ ห่านิรติศัย Teeranut Harnirattisa สมบัติ มุ่งทวีพงษา Sombat Muengtaweepongsa	
Factors Predicting Work-Related Sense of Coherence of Nurses in Affiliated Hospitals of Kunming Medical University, China ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาล เครือมหาวินิจฉัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน	17-28
หลิน เหว Lin He ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์ Thitinut Akkadechanunt สมใจ ศิระกมล Somjai Sirakamon	
Time Management and Quality of Working Life for Nurses in General Hospitals In the Republic of the Union of Myanmar การบริหารเวลาและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์	29-41
ผิว เหว Phyu Nyein Wai เพชรสุรีย์ ทังเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul อภิตินันท์ ศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat	
Health Literacy and Self-Management Among Older Monks with Multimorbidity ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม	42-55
ธีราเมษฐ์ จิราวุฒิปันธ Teeramate Jirawutthipan ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai เดชา ทำดี Decha Tamdee	

Health Literacy and Self-Management Among Elderly Ischemic Stroke Survivors	56-69
ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ	
สุภาวดี ธิติมูล Supawadee Thitimoon	
ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ Nattaya Suwankruhasn	
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai	
Effect of PITS-Based Education on Health Literacy Among Older Persons with Type-2 Diabetes	70-82
ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิสส์ต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2	
นัตตยา ยาก่อง Nattaya Yakong	
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai	
ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ Nattaya Suwankruhasn	
Health Literacy and Health Promoting Behaviors Among Muslim Older Adults	83-94
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม	
กามีละ ชง Kamilah Song	
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai	
ภารดี นานาศิลป์ Paradee Nanasilp	
Illness Representation and Coping with Dying Among Patients with End-stage Renal Disease	95-108
ภาพตัวแทนความเจ็บป่วย และการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต	
ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	
ญาณิน เงินศรีสุข Yanin Ngernsrisuk	
ทิพาพร วงศ์หงส์กุล Tipaporn Wonghongkul	
จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช Chiraporn Tachaudomdach	

Monitoring in the Peri-Cardiopulmonary Arrest Period and During Cardiopulmonary Resuscitation at an Emergency Department การเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	109-121
ทศพร พุชชาคำ Tossaporn Putchakam อัจฉรา สุคนธสรณ์ Achara Sukonthasarn สุภารัตน์ วังศรีคุณ Suparat Wangsrikhun	
Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	122-133
วินัฐ ดวงแสนจันทร์ Winut Duangsanjun ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sririrat Panuthai ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ Nattaya Suwankruhasn ณัฐพงศ์ โฆษขุนหนันท์ Nattapong Kosachunhanun	
Food Consumption Behavior and Nutritional Status Among Persons with Head and Neck Cancer พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ	134-148
อรรวรรณ เรือนมี Orawan Ruanmee ประทุม สร้อยวงศ์ Pratum Soivong พัชรภรณ์ อารีย์ Patcharaporn Aree	
Factors Related to Medication Adherence Among Older Persons with Heart Failure ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	149-161
จิตตวดี เจริญทอง Jittawadee Rhiantong จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช Chiraporn Tachaudomdach กาญจนา ธานี Kanjana Thana ทรรศลักษณ์ ทองหงส์ Tasalak Thonghong จุฬาลักษณ์ เอกสุวรรณ Chulalak Eksuwan	

Good Death: Perspective of Nurses in Critical Care Unit	162-173
การตายดี: มุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต	
วรรณกรรม โหม่งจันทร์ Waravan Mongchan	
พิกุล พรพิบูลย์ Pikul Phornphibul	
ประทุม สร้อยวงศ์ Pratum Soivong	
Effects of a Self-management Program Among Patients with Ischemic Stroke	174-187
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน	
สุกัญญา ทองบุผา Sukanya Thongbupa	
สมบัติ มุ่งทวีพงษา Sombat Muengtaweepongsa	
อุไร คำมาก Urai Kommarg	
Pain Management and Outcomes Among Patients After Thoracic or Abdominal Surgery	188-202
การจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง	
สิรานันท์ จันทรชุม Siranun Janchum	
วิภา แซ่เซี้ย Wipa Sae-Sia	
ประณิต ส่งวัฒนา Praneed Songwathana	
Effects of Experiential Learning on Knowledge, Screening, and Advice Regarding Opisthorchiasis Among Village Health Volunteers	203-217
ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	
ณัฐธิดา ท้าวนิล Nattida Tawnil	
เดชา ทำดี Decha Tamdee	
ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana	

Effects of a Self-management Program on Medication Adherence and Blood Pressure Level Among Persons with Hypertension in a Community	218-232
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	
วารางคณา ไชยวรรณ	Warangkana Chaiwan
รังสียา นารินทร์	Rangsiya Narin
วิลาวณีย์ เตือนราษฎร์	Wilawan Tuanra
Effects of Maneevej Exercise on Low Back Pain and Functional Status Among Cleaning Workers	233-245
ผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในพนักงานทำความสะอาด	
สุวลักษณ์ หวังผลพัฒนศิริ	Suwalak Wangpholpattanasiri
กัลยาณี ตันตรานนท์	Kunlayanee Tantranont
วันเพ็ญ ทรงคำ	Wanpen Songkham
Effects of a Capacity Building Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Sodium Consumption Behaviors Among Persons with Uncontrolled Hypertension	246-257
ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมกรบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	
เกษศิริรินทร์ พุทธวงศ์	Khetsirin Puttawong
ศิวพร อึ้งวัฒนา	Sivaporn Aungwattana
วิลาวณีย์ เตือนราษฎร์	Wilawan Tuanrat
The Development of Family and Community Health Leaders for Elderly Care	258-271
การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ	
เพชรีย์ กุณาละสิริ	Petcharee Kunalasiri
ณัฐธิดา สร้อยเพชร	Nutcha Soiphet

Effects of Breastfeeding on Pain in Full-term Neonates during Immunization Injections	272-282
ผลของการดุนนมแม่ต่อความปวดขณะฉีดวัคซีนในทารกแรกเกิดครบกำหนด	
นงเยาว์ ลาวิณห์ Nongyao Lawin	
ภารดี บุญเพิ่ม Paradee Boonperm	
Factors Related to Caring of Pediatric Nurses in Tertiary Hospitals	283-298
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	
รัตนภรณ์ แบ่งทิศ Rattanaorn Bangtit	
อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet	
อัจนราพร ศรีภูษณาพรรณ Acharaporn Sripusanapan	
The Effects of a Group Teaching Program on Parents' Knowledge and Behavior	299-310
in Preventing Asthmatic Attacks in Children	
ผลของโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดา	
ในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก	
สุชาดา มานะสถิตย์ Suchada Manasathit	
จุฑารัตน์ มีสุขโข Jutarat Mesukko	
อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet	
The Development of an Intravenous Injection Arm Model	311-323
การพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ	
อภิรดี นันทศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat	
นงค์คราญ วิเศษกุล Nongkran Viseskul	
ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ Piyawan Sawasdisingha	
คันสนีย์ เอื้อพันธ์วิริยะกุล Sansanee Auephanwiriyaikul	
สุสัณหา ยิ้มแย้ม Susanha Yimyam	

The Effectiveness of an Elderly Health Promotion Competency Enhancement Program on Elderly Health Promotion Competency Levels Among Undergraduate Nursing Students	324-337
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ต่อระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี	
จิตาภา พลรักษ์ Jidapa Polruk	
พิไลพร สุขเจริญ Pilaiporn Sukcharoen	
Development of Nursing Project Evaluation Tools based on the Thai Qualification Framework for Higher Education and 21st Century Skills for Nursing Students	338-351
การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาล ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาล	
ณัฐพร คำศิริรักษ์ Natapon Kumsiriruk	
พัชรี นุ่มแสง Patcharee Numsang	
สกาวรัตน์ ไกรจันทร์ Sakaorat Kraichan	
ดิษฐพล ใจซื่อ Dittaphol Jaisue	
Ethical Leadership of Head Nurses and Organizational Citizenship Behaviors as Perceived by Nurses in Regional Hospitals	352-363
ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดี ขององค์การตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์	
กليبแก้ว สองเมือง Kleebkaew Songmuang	
เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul	
อภิรดี นันทศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat	
Maternal Attitude, Fatigue and Functional Status Among Adolescent Mothers	364-375
ทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้า และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น	
ช่อผกา คงตันกุล Chorpaka Kongtonkul	
ฉวี เบาทรงวง Chavee Baosoung	
พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ Punpilai Sriarporn	

The Development of a Bachelor of Nursing Science Outcome-Based Education 376-388

Program: Faculty of Nursing, Chiang Rai College

การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามแนวทางการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์:

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

พัชรินทร์	เงินทอง	Pacharin	Ngoenthong
วรวรรณ	สุภาตา	Waravan	Supata
สิรภาพ	ช่างเพียร	Siraphop	Changpean
ปาริชาติ	ปัญญา	Parichat	Panya
คณินิจ	เพชรรัตน์	Khanuengnit	Phetcharat
ญาณัชฌาน์	แก้วตา	Yanutcha	Kaewta
ธันยรัตน์	ชัยศิริภูวดล	Thanairat	Chaisiriphuwadol

Enhancing Motivational Protection for COVID-19 Among Children 389-399

with Chronic Illness: Nurses' Roles

การเสริมแรงจิตใจเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในเด็กป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาล

ศิริลักษณ์	สุมาดอน	Siriluck	Sumadon
ญาณัชฌาน์	แก้วตา	Yanatcha	Kaewta



สารจากบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน) ๒๕๖๕ ได้นำเสนอ บทความที่หลากหลายและน่าสนใจ รวมทั้งสิ้น ๓๐ เรื่อง ทั้งบทความภาษาอังกฤษและบทความภาษาไทย เป็นบทความวิจัย ๒๘ เรื่อง และบทความวิชาการ ๒ เรื่อง บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณาคุณภาพ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน

บทความจำนวน ๓๐ เรื่อง เป็นบทความวิจัยภาษาอังกฤษจำนวน ๓ เรื่อง ดังเช่น Effects of a Walking Enhancing Program on Self-Efficacy for Walking, Fatigue, and Physical Ability Among Acute Stroke Patients: A Preliminary Analysis เป็นต้น สำหรับบทความวิจัยภาษาไทย จำนวน ๒๕ เรื่อง เป็นบทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน ๑๓ เรื่อง ดังเช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลชุมชน และการพยาบาลอาชีวอนามัย จำนวน ๕ เรื่อง ดังเช่น ผลของการบริหารร่างกายแบบมีเวทต่ออาการ ปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในพนักงานทำความสะอาด เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน ๓ เรื่อง ดังเช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นต้น บทความทางด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน ๒ เรื่อง ดังเช่น การพัฒนา หุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น บทความทางด้านการบริหารการพยาบาลจำนวน ๑ เรื่อง ได้แก่ ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ บทความทางด้านการผดุงครรภ์จำนวน ๑ เรื่อง ได้แก่ ทักษะคิดการเป็นมารดา ความอ่อนล้า และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น สำหรับ บทความทางวิชาการในฉบับนี้มีจำนวน ๒ เรื่อง ดังเช่น การเสริมแรงจิตใจเพื่อป้องกันโรคโควิด ๑๙ ในเด็กป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาล บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสาร อิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณ ผู้อ่านที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมา ตีพิมพ์เผยแพร่ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณากลั่นกรองบทความและให้ข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์ต่อผู้เขียน ส่งผลให้วารสารมีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ทางกองบรรณาธิการมีความ มุ่งมั่นที่จะร่วมกันพัฒนาวารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานเป็น ประโยชน์ต่อวงวิชาการต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา

บรรณาธิการ



Effects of a Walking Enhancing Program on Self-Efficacy for Walking, Fatigue, and Physical Ability Among Acute Stroke Patients: A Preliminary Analysis*

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเดินต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดิน ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การวิเคราะห์เบื้องต้น*

ศุภชัย	รักแก้ว**	Supachai	Rakkaew**
ธีรณัฐ	ห่านิรติศัย***	Teeranut	Harnirattisai***
สมบัติ	มิ่งทวีพงษ์****	Sombat	Muengtaweepongsa****

Abstract

Stroke is a common cause of disabilities that require ongoing care. Proper rehabilitation will allow patients to return to help themselves more. The literature review shows that post-stroke fatigue (PSF) is a key factor in post-stroke recovery. This quasi-experimental research used a pretest-posttest with a control group, and aimed to examine the effect of a walking enhancing program (WEP) on self-efficacy for walking, fatigue, and physical abilities among acute stroke patients. The program was developed based on the self-efficacy theory and the brain plasticity theory. Thirty persons with acute stroke admitted to a university hospital in Pathum Thani Province were recruited. The participants were randomly assigned to either an experimental group or a control group by the week of admission. The experimental group received the walking enhancing program in combination with usual care, while the control group received usual care. The research outcomes were measured before starting the program at baseline and at 3 weeks after the experiment. The instruments included the Demographic Questionnaire, the Self-Efficacy for Walking Exercise Scale (SEFWS), the Fatigue Severity Scale (FSS), and the 6-minute walk test (6MWT). Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The findings demonstrated that the experimental group had significantly higher mean SEFWS and 6MWT scores at 3 weeks comparing to the control group ($t=9.613$, $p<.05$; $t=3.062$, $p<.05$) and compared within the group at baseline ($t=15.094$, $p<.05$; $t=7.539$, $p<.05$). Moreover, the experimental group had significantly lower mean FSS scores than the control group ($t=-8.090$, $p<.05$; $t=-8.353$, $p<.05$) at 3 weeks.

The results show that the WEP may increase self-efficacy for walking exercise, reduce fatigue, and improve physical abilities in acute stroke patients. Nurses and multidisciplinary teams can apply this program in order to reduce fatigue, resulting in effective rehabilitation.

Keywords: Walking enhancing program; Fatigue; Self-efficacy; Physical ability; Acute stroke patients

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Older Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Graduate Student of Nursing Science Program in Adult and Older Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University; e-mail: harnirat@gmail.com

**** Associate Professor, Faculty of Medicine, Thammasat University

Received 20 June 2022; Revised 8 August 2022; Accepted 25 August 2022



บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความพิการที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นตัวหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเดินต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดิน ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งโปรแกรมนี้นพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับทฤษฎีความยืดหยุ่นของสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 ราย ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์แรกที่เข้ารับการรักษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเดินร่วมกับการดูแลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดิน แบบประเมินความเหนื่อยล้า และการทดสอบด้วยการเดิน 6 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดิน และความสามารถทางกายภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.613, p<.05$; $t=3.062, p<.05$) และมากกว่าก่อนทดลอง ($t=15.094, p<.05$; $t=7.539, p<.05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t=-8.090, p<.05$; $t=-8.353, p<.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการเดินอาจทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดินเพิ่มขึ้น ลดความเหนื่อยล้า และเพิ่มความสามารถทางกายภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความเหนื่อยล้าเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการเดิน ความเหนื่อยล้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความสามารถทางกายภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: harnirat@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



Background and Significance

Stroke is a leading cause of disability worldwide among adults and older adults, and requires ongoing care. The global incidence of strokes has been reported, with a steady increase in new cases while the mortality rate has declined (Avan et al., 2019). As a result, there is an increasing number of stroke patients who are in dependency making the expenses of care up to 1.39-1.88 million baht in the first 2 years of treatment (Lekander et al., 2017). In Thailand, a survey in 2020 revealed that stroke is the third leading cause of death after cancer and pneumonia. The average stroke death rate in Thailand rose to 8.38% in 2021 and the highest percentage (14.87) occurred in the 4th Public Health Region (Strategy and Planning Division Ministry of Public Health, 2021). Stroke survivors are in a dependency state at the rate of 53.3%, and they need care for more than 40 hours per week (Junsiri, 2021). Thammasat University Hospital is a super tertiary hospital that has a Center of Excellence for stroke. In 2020, there were 568 stroke patients receiving services at this center, of which 46.48% of the surviving patients were in a dependency state. Among these patients, fatigue was reported as the most common symptom (Thammasat University Hospital, 2020).

Rehabilitation process is the most important for post-stroke patients to regain as much capability as possible. From the literature review, post stroke fatigue (PSF) was a significant factor impeding recovery both in the acute phase and the rehabilitation phase. PSF is defined as disproportionate mental or physical tiredness and lack of energy activated by simple activities that do not ameliorate with normal rest (Aarnes, Stubberud, & Lerdal, 2020). PSF can occur immediately after a stroke, stroke patients with PSF reported of having fatigue more than 6 hours a day with a frequency of 20 - 30 days per month (Choi-Kwon, Han, Kwon, & Kim, 2005). That is important as it may interfere with early rehabilitation in the golden period time, return to work and daily activities, and may compromise independence. Therefore, early fatigue management programs are very essential for optimizing recovery in post-stroke patients.

Previous studies regarding fatigue management programs were reviewed, and most of these focused on maintaining energy balance by changing behaviors such as sleep, nutrition-taking, or physical activity (Barker-Collo et al., 2022; Clarke, Barker-Collo, & Feigin, 2012; Zedlitz, Rietveld, Geurts, & Fasotti, 2012). The inappropriation of energy balance can lead to an increased perception of intense physical and mental fatigue (Tardy, Pouteau, Marquez, Yilmaz, & Scholey, 2020). The literature review shows that nutrition-taking is the creation of energy for the body by consuming enough water and nutrients to meet bodily needs (Srisawat, Kumpolsiri, & Panuthai, 2021) whereas sleep can help in reserving energy for the body (Joa et al., 2017). In addition, exercise is an essential strategy for recovery in post-stroke patients. Performing physical activities is a way of energy consumption that promotes patients' recovery (Billinger et al., 2014; Billinger, Boyne, Coughenour, Dunning, & Matlaga, 2015).

Exercise is a subset of physical activity, which has the characteristics of an activity pattern, it is planned, and it can be repeated (Harniratisai, 2018). Walking exercise is a qualified exercise



and suitable for stroke patients as it is convenient and safe. Walking, one kind of aerobic exercise, for at least 2 weeks, can increase patients' physical ability (Muangngoen & Saipan, 2019; Saunders et al., 2016). Moreover, performing walking continuously for 4 weeks can improve the quality of life in stroke patients (Klassen et al., 2020). Walking exercise can also reduce fatigue and ultimately promote rehabilitation among stroke patients (Zedlitz et al., 2012).

FITT (frequency, intensity, time, and type) has been acknowledged as the principles for designing walking enhancement programs for stroke patients (Billinger et al., 2015). According to FITT, a walking enhancement program for stroke patients should be composed of the following steps: 1) setting goals to manage fatigue and increasing physical abilities, 2) type of exercise: walking on common ground, 3) frequency: walking at least 5 days per week lasting for at least 2-4 weeks, 4) duration: walking at least 30-60 minutes per day, 5) walking with moderate intensity that will achieve a rate of perceived exertion (RPE) and can be quantified by Borg's scale (11-14), and 6) progression: walking gradually toward a more advanced stage, for no more than 6 minutes (Jaisan & Jamchat, 2019; Klassen et al., 2020; Lee, Moon, Lee, Lee, & Park, 2019; Zedlitz et al., 2012). It is recommended that doing walking exercise in the evening (4-5 p.m.) every day may be more suitable because it is a comfortable time and can produce the greatest results on physical abilities (Klassen et al., 2020).

Based on previous studies (Michael & Macko, 2007; Noinawakul, Pinyopasakul, Kimpee, & Puwarawuttipanit, 2010; Zedlitz et al., 2012), it was found that all studies are designed to start the program at three months after stroke occurrence which may be too late and outside of the golden period for rehabilitation. Based on evidence, it has been found that starting the rehabilitation program late affects the quality of patients' recovery after stroke (Klassen et al., 2020). According to the brain plasticity theory, the rehabilitation process has to be started as quickly as possible in order to promote the regeneration of the brain (Johansson, 2000). The study reported that the amount of the substance called brain derived neurotrophic factor (BDNF) is reduced in individuals with fatigue, and the substance will increase statistically in volume after performing aerobic exercise (Morais et al., 2018). Therefore, the rehabilitation process should be designed to start as soon as possible after the onset of the disease, typically commencing 1 to 4 weeks after stroke, which would provide the best recovery of the nervous system (Alcantara et al., 2018; Klassen et al., 2020).

However, the management of PSF is still unclear in practice, and there are no guidelines for assessing and planning care in the acute phase. The researcher was interested in studying the effect of a walking enhancing program (WEP) on self-efficacy for walking, fatigue, and physical abilities among acute stroke patients. For this study, a 3-week walking enhancing program was chosen, because the duration for effective walking exercise for stroke patients is at least 2 weeks, and this is an appropriate time and standard of care after discharge that the physician appoints the patients to come for a follow-up at the outpatient stroke clinic.



The walking enhancing program (WEP) was developed based on self-efficacy theory (Bandura, 1997) and brain plasticity theory (Johansson, 2000). Although, based on the brain plasticity theory, the exercise program should last at least 8 weeks, as BDNF can be increased. However, the FITT principles (Billinger et al., 2015) have claimed that the effectiveness of walking in terms of improving physical ability is it is when continuously performed for at least 2-4 weeks. Moreover, some studies show that walking exercise is a kind of aerobic exercise which can increase physical ability starting from 2 weeks (Muangngoen & Saipan, 2019). Therefore, in this study, the researcher used brain plasticity theory and the FITT principles as a framework to guide aerobic exercise into the plan of care for people after a stroke, and a 3-week follow-up period was chosen because patients had to perform walking activities for at least 2 weeks.

Although physical ability in post-stroke patients could be increased by walking exercise, from the experience of rehabilitation of post-stroke patients, it was found that the patients had been taught and practiced walking skills from a physiotherapist. However, there was not continuous and sufficient practice due to lack of confidence in walking and fear of accidents while doing activities. In addition, the literature review showed that self-efficacy is an important requirement for post-stroke patients' engagement in exercise. It can determine how people feel, think, motivate themselves, and behave about their health (Caetano, Pacheco, Samora, Teixeira-Salmela, & Scianni, 2020). As a result, the rehabilitation is not effective for recovering. Therefore, regarding walking exercise together with self-efficacy for exercise, the confidence to do walking exercise significantly influenced the increase of physical ability in post-stroke patients (Gillespie et al., 2020; Zedlitz et al., 2012).

A pilot study of the present project found that after starting the program at 3 weeks, stroke patients had decreased the mean score of fatigue and increased the mean score of physical ability. Thus, researchers were interested in following up on the study outcomes at 3 weeks after the program had started. In addition, very few studies have been conducted to specifically investigate a walking exercise program designed to manage fatigue and promote physical ability in the acute phase.

This study aimed to examine the effects of a walking enhancing program which was specially designed to enhance perceived self-efficacy for walking, to decrease fatigue and to increase physical ability in acute stroke patients. The activities of the program consisted of education on fatigue management, including sleep, nutrition and physical activity, and enhancing self-efficacy for walking exercises to increase confidence in continuing rehabilitation activities. The stroke patients were promoted to perform the walking exercises as early as they had symptom stabilization.

The researchers sincerely hope that stroke patients who perform the walking exercise as determined in the program will have reduced fatigue and increased functional ability, which can lead to effective rehabilitation among post-stroke patients.



Objectives

The aim of this study was to examine the effect of a walking enhancing program on self-efficacy for walking, fatigue, and physical abilities among acute stroke patients.

Hypotheses

1. After receiving the walking enhancing program, the experimental group had higher mean of self-efficacy for walking scale (SEFWS) and six-minute walk test (6MWT) scores at 3 weeks than before starting the program.
2. After receiving the walking enhancing program, the experimental group had lower mean of fatigue severity score (FSS) at 3 weeks than before starting the program.
3. After receiving the walking enhancing program, the experimental group had higher mean of self-efficacy for walking scale (SEFWS) and six-minute walk test (6MWT) scores at 3 weeks than the control group.
4. After receiving the walking enhancing program, the experimental group had lower mean of fatigue severity score (FSS) at 3 weeks than the control group.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was designed based on self-efficacy theory (Bandura, 1997) and brain plasticity theory (Johansson, 2000) and the modified FITT principles (Billinger et al., 2015) as a guide for utilizing these for exercise prescription among acute stroke patients. The walking enhancing program consisted of education on secondary prevention of recurrent stroke, post-stroke fatigue, fatigue management (nutrition, sleep, and physical ability), walking exercise technique, the activities to enhance self-efficacy for walking and practicing to do walking exercise correctly and continuously. The sources of self-efficacy used were enactive mastery experience, vicarious experience, verbal persuasion, and physiological and affective states. The activities for increasing self-efficacy were: 1) exchanging experiences of walking exercise, 2) daily record of walking, 3) providing verbal persuasion both during and after exercise, 4) providing video clips of walking exercise techniques in stroke patients who have been successful, and 5) daily assessment of patients regarding physical and emotional status while performing the walking enhancing program to evaluate their readiness and appropriateness to continue the program.

This program was implemented individually for samples in the experimental group twice during hospitalization. Monitoring of their walking exercise after discharge to home was done through 15-minute telephone calls. There was possibility for the program to increase self-efficacy for walking, decrease fatigue severity, and increase physical ability (Figure 1).



Effects of a Walking Enhancing Program on Self-Efficacy for Walking, Fatigue, and Physical Ability Among Acute Stroke Patients: A Preliminary Analysis

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเดินต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดิน ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การวิเคราะห์เบื้องต้น

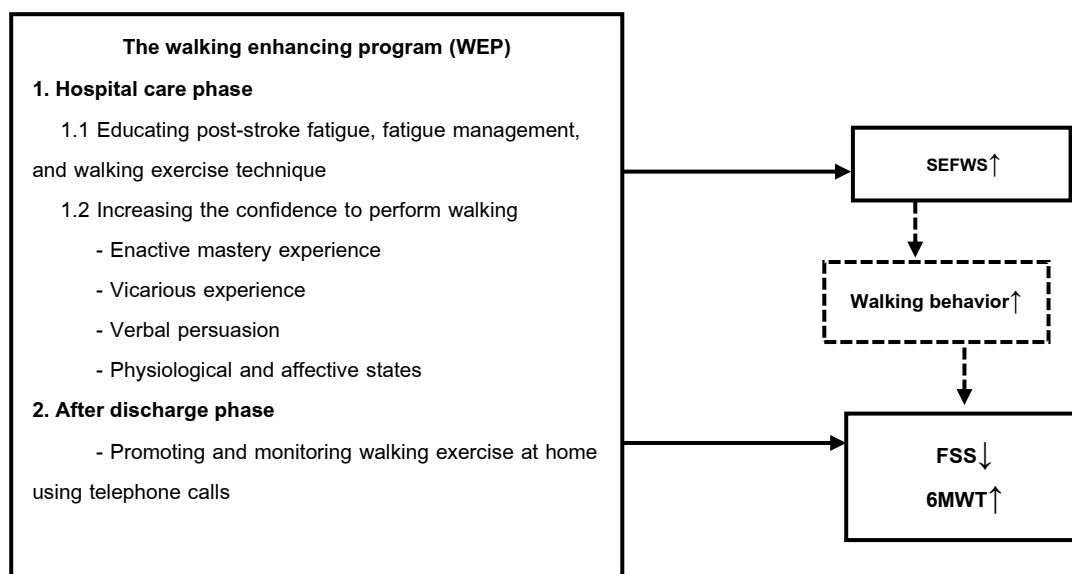


Figure 1. The conceptual framework of this study

Methodology

Population and Sample

This study collected data on eligible stroke patients who have received treatment at the stroke unit which was a Center of Excellence in the 4th Health Service Area, Saraburi. The inclusion criteria were as following: 1) 18 years old or over, 2) had mild to moderate severity of stroke according to the National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (score of 0-15), 3) had a stable clinical condition for at least 24 hours with no stroke progression as evidenced by no change in NIHSS score and stable vital signs with less than 20% fluctuation, 4) were able to move on their own or walk using mobility aids with a Modified Rankin Scale (mRS) score of 0-3, 5), and were able to communicate in and read Thai language, and 6) were able to communicate by phone.

Patients were excluded if they had: 1) comorbidities with cognitive dementia and Alzheimer's disease with the Thai Mini-Mental State Examination score (MMSE-Thai 2002) less than 23, 2) severe depression and anxiety with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) over 11 for each aspect, and 3) comorbidities, such as heart disease or lung disease, which affected their ability to perform activities or walk. Discontinuation criteria were: 1) having recurrent or progressive stroke, 2) being discharged from hospital for more than one week, 3) unable to continue doing activities or participate in the study, and 4) moved to another place and unable to be tracked.

The sample size was calculated at the power of 80% with the significance level set at .05 by the G*Power program version 3.1.9.7. The effect size (.96) was based on a previous study by Zedlitz et al. (2012). In order to prevent drop out that may occur during the research process, the researchers increased the sample size by another 10 percent (Srisatidnarakul, 2020). Therefore, the sample size required 60 patients to test this hypothesis. However, as this result is



a preliminary analysis, 15 samples per group were used.

Thirty patients who were eligible were recruited for the study; 15 patients each were allocated to the experimental group and the control group. The control group received usual care including medical treatment, physiotherapy (PT) rehabilitation, and stroke education for secondary prevention, and then followed up for 2 weeks. Both groups were evaluated at baseline and at the end of week 3.

Research Instruments

Instruments used in this study included:

1. A demographic data form including age, gender, comorbidity, BMI, sleep time, stroke severity, level of neurological disabilities, and length of stay.
2. The self-efficacy for walking scale (SEFWS) was developed and modified from the self-efficacy for exercise scale by Resnick and Jenkins (2000), which had been translated into Thai by Harnirattisai, Johnson, & Kawinwonggowit, (2006). There are 9 questions, having a rating scale of 0-10, with a total score of 0-90. A high score means high perception of self-efficacy for walking and a low score means low self-efficacy for walking. The internal consistency was established with a pilot study with 30 stroke patients. The Cronbach's alpha coefficients demonstrated an internal consistency of .98 for this pilot study.
3. The fatigue severity scale (FSS) was developed by Krupp, LaRocca, Muir-Nash, and Steinberg (1989) and translated into Thai by Sawasdee et al. (2017). It consists of 9 questions and has a rating scale from 1-7, where 1 is disagree and 7 is strongly agree, with a possible score of 9-63. A high score value means high fatigue and a low score means low fatigue. The Cronbach's alpha coefficient was .96 for this pilot study.
4. The six-minute walk test (6MWT) was developed by the American Thoracic Society (2002) and aims to examine patient endurance. For this study, the distance that the participants can walk for 6 minutes was measured in meters. A high score means high physical ability, and a low score means low physical ability. The inter-rater reliability (IRR) between the researcher and physiotherapist was piloted with 6 stroke patients. The correlation coefficients revealed that the inter-rater reliability was 1.00.
5. The walking enhancing program (WEP) was developed based on self-efficacy theory (Bandura, 1997) and brain plasticity theory (Johansson, 2000), and was modified with the FITT principle to help guide exercise prescriptions among acute stroke patients. The program had been qualified with approval from 5 experts, including a professor of neurology, a professor of neurological physical therapy, a professor of nursing, a case manager of stroke patients, and the head of a stroke and neurological ward. The content validity index (CVI) was 1.0. Afterwards, the program was examined with 3 stroke patients to ensure that it was safe and appropriate for them. In addition, the standard of care in the of COVID-19 pandemic of COVID-19, time social distancing, hand washing, and mask wearing had been applied. Moreover, while conducting this study, the researcher used a safety waist belt in order to prevent fall during patient's walking.



Ethical Considerations

The study was approved by the Human Research Ethics Committee of Thammasat University (Science) COA No. 014/2565 and the Ethics Committee for Research involving Human Subjects of the hospital setting. After the permission for data collection, the researcher met the health care team to ask for cooperation in conducting the research. Moreover, the participants who were willing to participate in the study were asked to sign the Informed Consent Form.

Data Collection

Data were collected at the outpatient and inpatient departments of the Stroke Unit at a University Hospital in Pathum Thani between April to June in 2022. After the patients agreed to participate in the study and signed the consent form, the interview was completed using the demographic questionnaire. The researcher assessed the SEFWS, the FSS, and the 6MWT at baseline before starting the program. The participants were randomly assigned to either experimental or control group by the week of admission. Both the control and experimental groups received usual care. The walking enhancing program was conducted with the participants in the experimental group. For outcomes evaluation, all of the participants were measured with the instruments including the SEFWS, the FSS, and the 6MWT at 3 weeks after the experiment. The time used for outcome evaluation was approximately 15 minutes per person.

Data Analysis

The data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, and chi-square test), and a sample t-test was used to examine the difference between the important outcomes (SEFWS, FSS, and 6MWT) within and between the groups. All of these were employed to test the statistical significance at .05, and the distribution of all variables was visually and statistically assessed for normality.

The preliminary data of the 15 patients in the experimental group versus the 15 patients in the control group was analyzed. However, the final data analysis will be performed later.

Results

Thirty patients completed the study procedures and showed the following baseline characteristics. All participants were acute stroke patients, both male (56.67%) and female (43.33%), and had ages ranging from 44 to 77 years (mean=60.8, SD=1.66). Most of them (46.67%) were at the primary level of education, having comorbidity of HT (80%), DLP (66.67%), DM (36.67%), and other (AF, CAD) (13.33%). They had BMI ranging from 20.8 to 34.0 kg/m² (mean=26.65, SD=0.59), and had sleep time ranging from 5 to 9 hours (mean=7.5, SD=0.25). The stroke severity of the sample measured by the NIH stroke scale ranged from 0 to 6 (mean=2.73, SD=0.25). They had levels of neurological disability using the modified ranking scale (mRS) ranged from 0-3 (mean=2.1, SD=0.96), and had length of stay (LOS) from 2 to 7 days (mean=3.97, SD=1.61). There were no significant differences between groups for any of the following characteristics: age, gender, comorbidity, BMI, sleep time, stroke severity, level of neurological disabilities, and LOS (Table 1).



Effects of a Walking Enhancing Program on Self-Efficacy for Walking, Fatigue, and Physical Ability Among Acute Stroke Patients: A Preliminary Analysis
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเดินต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดิน ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การวิเคราะห์เบื้องต้น

Table 1. Comparison of sample demographic characteristics between the two groups.

Characteristic	Categories	Total n (%)	CG (n=15) n (%)	EG (n=15) n (%)	Test value	P-value
Gender	Male	17(56.67)	10 (66.67)	7 (46.67)	1.222 ^b	.269
	Female	13(43.33)	5 (33.33)	8 (53.33)		
Age	Age of 60.8 ± 1.66 (mean ± SD) (range 44-77 year)					
	<60	15(50.00)	9 (60.00)	6 (40.00)	1.200 ^b	.273
	≥60	15(50.00)	6 (40.00)	9 (60.00)		
Education	Primary	14(46.67)	5 (33.33)	9 (60.00)	3.476 ^b	.482
	High school	6(20.00)	4 (26.67)	2 (13.33)		
	Pre-Graduate	3(10.00)	1 (6.67)	2 (13.33)		
	Graduate	4(13.33)	3 (20.00)	1 (6.67)		
	Post- Graduate	3(10.00)	2 (13.33)	1 (6.67)		
Comorbidity	Diabetes mellitus	11(36.67)	7 (46.67)	4 (26.67)	1.292 ^b	.256
	Hypertension	24(80.00)	14 (93.33)	10 (66.67)	3.333 ^b	.068
	Hyperlipidemia	20(66.67)	13 (86.67)	7 (46.67)	5.400 ^b	.020*
	Other (AF, CAD)	4 (13.33)	1 (6.67)	3 (20.00)	1.154 ^b	.283
BMI	BMI of 26.65±0.59 (mean ± SD) (range 20.8-34.0 kg/m ²)					
			26.45(3.03)	26.85(3.57)	-.330 ^a	.744
Sleep time	Sleep time of 7.5± 0.25 (mean ± SD) (range 5-9 hrs.)					
			6.93 (1.10)	8.07 (1.39)	-2.480 ^a	.190
NIHSS	NIHSS of 2.73 ± 0.25 (mean ± SD) (range 0-6 score)					
			3.07 (1.33)	2.40(1.40)	1.333 ^a	.193
Length of stay	Length of stay of 3.97. ± 1.61 (mean ± SD) (range 2-7)					
			4.33 (1.84)	3.60 (1.30)	-1.262 ^a	.217
mRS	mRS of 2.1 ± 0.96 (mean ± SD) (range 0-3)					
			2.7 (0.88)	2.13 (1.06)	-.187 ^a	.853

^a = Independent t-test, ^b = Pearson chi-square, * = Significant, p-value = .05, EG = Experimental group, CG = Control group, mRS = modified ranking scale, BMI = body mass index, NIHSS = National Institute of Health Stroke Scale

Before starting the program, no statistically significant differences were found between groups on any baseline outcome variables (SEFWS, FSS, and 6MWT) ($t = -1.027$, $p > .05$; $t = .733$, $p > .05$; $t = -.862$, $p > .05$, respectively) (Table 2). The experimental group had significantly higher mean SEFWS and 6MWT scores at 3 weeks than the control group ($t = 9.613$, $p < .05$; $t = 3.062$, $p < .05$). They also had a significantly lower mean score for FSS at week 3 than the control group ($t = -8.090$, $p < .05$) (Table 2).



Table 2. Independent sample t-test to evaluate mean and standard deviation of the SEFWS, the FSS and 6-MWT between the CG and the EG at baseline and follow-up at week 3 (n=30)

Variable	CG (n=15)		EG (n=15)		Test value	P-value
	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
SEFWS	41.27	(17.67)	35.67	(11.57)	-1.027	.31
Baseline						
Follow-up at week 3	45.80	(11.52)	79.53	(7.21)	9.613	.00*
FSS Baseline	36.60	(11.67)	39.13	(6.56)	.733	.47
Follow-up at week 3	40.80	(6.24)	24.60	(4.61)	-8.09	.00*
6MWT	132.48	(84.58)	109.27	(61.13)	-.862	.40
Baseline						
Follow-up at week 3	177.27	(60.47)	303.13	(147.29)	3.062	.01*

* = $P < .05$, Independent Sample T-test, CG = Control group, EG = experimental group

Moreover, the experimental group had significantly higher mean SEFWS and 6MWT scores at 3 weeks compared within the group at baseline ($t = 15.094$, $p < .05$; $t = 7.539$, $p < .05$) and had a significantly lower mean FSS score than compared within the group at baseline ($t = -8.353$, $p < .05$) (Table 3).

Table 3. Dependent sample t-test to evaluate mean and standard deviation of the SEFWS, the FSS, and 6-MWT of the experimental group between at baseline and follow-up at week 3 (n=15)

Variable	Baseline		Follow-up at week 3		Test value	P-value
	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
SEFWS	35.67	(11.57)	79.53	(7.21)	15.094	.00*
FSS	39.13	(6.56)	24.60	(4.61)	-8.353	.00*
6MWT	109.27	(61.13)	303.13	(147.29)	7.539	.00*

* = $P < .05$, Dependent Sample T-test

Discussion

The results of this study showed that the group participated in the walking enhancing program had mean scores for SEFWS and 6MWT that were statistically significantly higher than before starting the program, and than those of the control group. In addition, they had a mean FSS which was statistically significantly lower than before starting the experiment, and than the



control group. The mean scores of self-efficacy for walking in the experimental group were possibly improved because the participants had increased their confidence to perform walking using the activities designed based on four sources of self-efficacy by Bandura (1997). These findings supported that using Bandura's four sources of self-efficacy (1997), enactive mastery experiences, vicarious experiences, verbal persuasion, and emotional and physiological status, can help increase the behavior to perform walking. Regarding vicarious experience, observing and learning from the model (successful walking person) in a video clip can help the experimental group participants decrease fear and anxiety, while believing that they can do the same as the person performing in the video. This finding is consistent with a study by Noinawakul et al. (2010) which applied a Video Compact Disc (VCD) about walking exercise in stroke patients as a model to demonstrate that stroke patients can successfully perform walking exercise in increasing walking ability and endurance. Result of the study revealed statistically significantly increased confident in regard to performing exercise and increased endurance ($p < .01$).

The researchers also used verbal techniques to encourage participants to do walking exercise correctly and continuously during their participation in the program. In addition, the 15-minute telephone calls allow the participant to discuss, and the research can help the participant to overcome barrier and to do walking continuously. Moreover, for emotion and physiological state, the researcher prepared the participants to be ready to perform walking by educating and training to help decrease their fear and anxiety and give them the confidence to perform walking.

Moreover, the experimental group had been provided with information regarding stroke, fatigue, and the benefit of walking for rehabilitation, and trained in walking exercise techniques for stroke patients. In addition, the participants were given the opportunity to exchange their successful experiences regarding walking with the researcher by using a daily walking record. Doing these activities helped the researchers know how much walking they had performed, the problems they faced, and how to deal with those problems.

The results showed that the experimental group who received the walking enhancing program had an increased mean score of physical ability (6MWT) at week 3 of the program, possibly because doing the walking as designed in the program continuously could help them to improve their activities and their endurance in performing walking exercise. Walking is a kind of physical activity which is convenient and safe for stroke patients and can lead to the quality of rehabilitation (Saunders et al., 2016). Regarding walking techniques, applying the FITT (frequency, intensity, time, and type) principles (Billinger et al., 2015) for designing walking programs for stroke patients can benefit them. Observing the walking record form of the participants, it was found that the participants in the experimental group walked frequently, 3-5 times a week, at a moderate level (11-14) of intensity assessed by Borg's scale, and increased the duration of walking progressively to 20-45 minutes. The recorded data demonstrate that the participants in the experimental group could perform walking exercise effectively and continuously. In addition, the patients received the walking enhancing program with a mean length of stay of 3.97 days



(SD=1.61). Programs initiated as early as 2 or 3 days after a stroke resulted in better rehabilitation. Based on the concept of brain plasticity, it is believed that the brain will make structural changes by reducing the death of brain cells and greatly increasing the links among neurons if there is a rapid and continuous recovery or stimulation after the illness (Johansson, 2000). This is consistent with a study by Klassen et al. (2020) which found that walking training in post-stroke patients in the first week could improve the physical ability of stroke patients within 2 weeks.

The experimental group had a statistically significant lower mean score for the fatigue severity scale than before starting the program, and lower than the control group. This may be due to the fact that the experimental group was educated on the management of fatigue in stroke patients in terms of adjusting sleep, nutrition, and physical activity. This health education helped the participants to have good self-care for fatigue management. This is consistent with a study by Clarke et al. (2012) which found that educating post-stroke patients about managing fatigue can reduce fatigue. Moreover, from the follow-up of patients who participated in the present study, it was found that the patients were able to follow the principles of FITT correctly and continuously for at least 2 weeks. Doing walking which is an aerobic exercise could have benefits by reducing fatigue. This finding was similar to that of Tai et al. (2022) which showed that exercise training has a positive effect on sleep and fatigue in post-stroke patients. Moreover, the findings of this study were consistent with Zedlitz et al. (2012) which showed that cognitive training combined with walking (graded activity training) can reduce fatigue in stroke patients and greatly improves physical ability recovery.

Therefore, it can be concluded that the walking enhancing program can help improve self-efficacy for walking, increase physical abilities, and decrease fatigue resulting in qualified rehabilitation among stroke patients in the acute phase.

Conclusion and Recommendations

The walking enhancing program strategies are important strategies for acute stroke patients to regain their recovery. The multidomain walking enhancing program, implemented as early as possible and within three months, had to be applied so that stroke patients could regain their physical ability after a stroke. Moreover, technology applications regarding walking exercise programs are recommended.

Acknowledgements

This study was supported by the Faculty of Nursing, Faculty of Medicine, Thammasat University and the Stroke Unit, Thammasat University Hospital.



References

- Aarnes, R., Stubberud, J., & Lerdal, A. (2020). A literature review of factors associated with fatigue after stroke and a proposal for a framework for clinical utility. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(8), 1449-1476. doi:10.1080/09602011.2019.1589530
- Alcantara, C. C., García-Salazar, L. F., Silva-Couto, M. A., Santos, G. L., Reisman, D. S., & Russo, T. L. (2018). Post-stroke BDNF concentration changes following physical exercise: A systematic review. *Frontiers in Neurology*, 9, 637.
- American Thoracic Society. (2002). ATS statement: Guidelines for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(1), 111-117. doi:10.1164/ajrccm.166.1.at1102
- Avan, A., Digaleh, H., Di Napoli, M., Stranges, S., Behrouz, R., Shojaeianbabaei, G., ... Azarpazhooh, M. R. (2019). Socioeconomic status and stroke incidence, prevalence, mortality, and worldwide burden: An ecological analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *BMC Medicine*, 17(1), 191. doi:10.1186/s12916-019-1397-3
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barker-Collo, S., Krishnamurthi, R., Ikeda, T., TeAo, B., Green, G., Ratnasabapathy, Y., ... Jones, K. (2022). Methodology of the fatigue after stroke educational recovery group randomized controlled trial. *International Journal of Stroke*, 17(1), 120-124.
- Billinger, S. A., Arena, R., Bernhardt, J., Eng, J. J., Franklin, B. A., Johnson, C. M., ... Roth, E. J. (2014). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 45(8), 2532-2553.
- Billinger, S. A., Boyne, P., Coughenour, E., Dunning, K., & Mattlage, A. (2015). Does aerobic exercise and the FITT principle fit into stroke recovery? *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 15(2), 1-8.
- Caetano, L. C. G., Pacheco, B. D., Samora, G. A. R., Teixeira-Salmela, L. F., & Scianni, A. A. (2020). Self-efficacy to engage in physical exercise and walking ability best predicted exercise adherence after stroke. *Stroke Research and Treatment*, 2020, 2957623. doi:10.1155/2020/2957623
- Choi-Kwon, S., Han, S. W., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Poststroke fatigue: Characteristics and related factors. *Cerebrovascular Diseases*, 19(2), 84-90. doi:10.1159/000082784
- Clarke, A., Barker-Collo, S. L., & Feigin, V. L. (2012). Poststroke fatigue: Does group education make a difference? A randomized pilot trial. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19(1), 32-39.
- Gillespie, D. C., Barber, M., Brady, M. C., Carson, A., Chalder, T., Chun, Y., ... Haig, E. (2020). Study protocol for POSITIF, a randomised multicentre feasibility trial of a brief cognitive-behavioural intervention plus information versus information alone for the treatment of post-stroke fatigue. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(1), 1-14.



- Harnirattisai, T., Johnson, R. A., & Kavinwonggowit, V. (2006). Evaluating functional activity in older Thai adults. *Rehabilitation Nursing*, 31(3), 124-128.
- Harnirattisai, T. (2018). *Nursing care for enhancing the physical activity and exercise of older adult and their health (Vol. 1)*. Pathum Thani: Thammasat University Press.
- Jaisan, T., & Jamchat, R. (2019). Development of gait training program at home in stroke patients with assistive devices. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 34(3), 349-357. (in Thai)
- Joa, K.-L., Kim, W.-H., Choi, H.-Y., Park, C.-H., Kim, E.-S., Lee, S.-J., ... Jung, H.-Y. (2017). The effect of sleep disturbances on the functional recovery of rehabilitation inpatients following mild and moderate stroke. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(10), 734-740.
- Johansson, B. B. (2000). Brain plasticity and stroke rehabilitation. The willis lecture. *Stroke*, 31(1), 223-230. doi:10.1161/01.str.31.1.223
- Junsiri, P. (2021). Caregiver burden among caregivers of stroke patient in intermediate care service of Kosumpisai Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 18(2), 72-80. (in Thai).
- Klassen, T. D., Dukelow, S. P., Bayley, M. T., Benavente, O., Hill, M. D., Krassioukov, A., ... Schneeberg, A. (2020). Higher doses improve walking recovery during stroke inpatient rehabilitation. *Stroke*, 51(9), 2639-2648.
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The fatigue severity scale: Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121-1123. doi:10.1001/archneur.1989.00520460115022
- Lee, J.-M., Moon, H.-H., Lee, S.-K., Lee, H.-L., & Park, Y.-J. (2019). The effects of a community-based walking program on walking ability and fall-related self-efficacy of chronic stroke patients. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 15(1), 20.
- Lekander, I., Willers, C., von Euler, M., Lilja, M., Sunnerhagen, K. S., Pessah-Rasmussen, H., & Borgström, F. (2017). Relationship between functional disability and costs one and two years post stroke. *PLOS ONE*, 12(4), e0174861. doi:10.1371/journal.pone.0174861
- Michael, K., & Macko, R. F. (2007). Ambulatory activity intensity profiles, fitness, and fatigue in chronic stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 14(2), 5-12.
- Morais, V. A. C. d., Tourino, M. F. d. S., Almeida, A. C. d. S., Albuquerque, T. B. D., Linhares, R. C., Christo, P. P., ... Scalzo, P. L. (2018). A single session of moderate intensity walking increases brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in the chronic post-stroke patients. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 25(1), 1-5. doi:10.1080/10749357.2017.1373500
- Muangngoen, M., & Saipan, P. (2019). The effectiveness of robotic assisted gait training (Exoskeleton Devices: Lokomat) in stroke patients: A systematic review. *Journal of The Department of Medical Services*, 44(1), 57-62. (in Thai).



- Noinawakul, U., Pinyopasakul, W., Kimpee, S., & Puwarawuttipanit, W. (2010). The effects of a walking exercise program on perceived self-efficacy and functional capacity in stroke patients with hemiparesis. *Nursing Science Journal of Thailand*, 28(4). 45-53.
- Resnick, B., & Jenkins, L. S. (2000). Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nursing Research*, 49(3). 154-159.
- Saunders, D. H., Sanderson, M., Hayes, S., Kilrane, M., Greig, C. A., Brazzelli, M., & Mead, G. E. (2016). Physical fitness training for stroke patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD003316. doi.org/10.1002/14651858.CD003316.pub6
- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis calculating the optimal sample size using the G*Power software* (Vol. 1). Bangkok: Chulalongkorn University Book Center.
- Srisawat, S., Kumpolsiri, T., & Panuthai, S. (2021). Food consumption behaviors and nutritional status in older persons with stroke. *Nursing Journal*, 48(1), 54-66 (in Thai).
- Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. (2021). *Public health statistics*. Retrieved from <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8297> (in Thai)
- Tardy, A..L., Pouteau, E., Marquez, D., Yilmaz, C., & Scholey, A. (2020). Vitamins and minerals for energy, fatigue and cognition: A narrative review of the biochemical and clinical evidence. *Nutrients*, 12(1), 228.
- Thammasat University Hospital. (2020). *Statistics of stroke patients admitted to Thammasat Hospital*. Pathum Thani: Thammasat University Hospital.
- Zedlitz, A. M., Rietveld, T. C., Geurts, A. C., & Fasotti, L. (2012). Cognitive and graded activity training can alleviate persistent fatigue after stroke: A randomized, controlled trial. *Stroke*, 43(4), 1046–1051. doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.632117



**Factors Predicting Work-Related Sense of Coherence of Nurses
in Affiliated Hospitals of Kunming Medical University, China***
ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาล
เครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน*

หลิน	เหอ**	Lin	He**
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์***	Thitinut	Akkadechanunt***
สมใจ	ศิริกมล****	Somjai	Sirakamon****

Abstract

Work-related sense of coherence (Work-SoC) is an important factor for promoting nurses' health and well-being. This predictive study aims to describe the level of Work-SoC and determine the predictability of Work-SoC can be explained by age, income, education, social support, resilience, and work engagement. The sample included 270 nurses, randomly selected from two affiliated hospitals of Kunming Medical University in China. The research instruments included the demographic data form, the Work-related Sense of Coherence Scale (Work-SoC Scale), the Personal Resources Questionnaire (PRQ2000), the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RIS), and the 9-item Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9). Cronbach's alpha coefficients for the Work-SoC Scale, PRQ2000, CD-RIS and UWES-9 were .87, .93, .98, and .94, respectively. Descriptive statistics and multinomial logistic regression were used to analyze the data.

The results of this study were:

1. The overall score of Work-SoC was at a moderate level.
2. Social support and income were significant predictors of Work-SoC for nurses who perceived moderate levels of Work-SoC when compared to nurses who perceived low levels of Work-SoC (OR = 1.72, 95% CI = 1.15 to 2.58, $p < .01$ and OR = .19, 95% CI = .05 to .71, $p < .05$). In addition, social support and work engagement were significant predictors of Work-SoC for nurses who perceived high levels of Work-SoC when compared to nurses who perceived low levels of Work-SoC (OR = 4.02, 95% CI = 1.86 to 8.70, $p < .01$ and OR = 2.01, 95% CI = 1.24 to 3.23, $p < .01$).

The results of this study provide basic information for hospitals and nurse administrators to develop strategies or interventions to improve social support and work engagement which will enhance Work-SoC among Chinese nurses in affiliated hospitals of Kunming Medical University.

Keywords: Work-related sense of coherence; Predicting factors; Nurses

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 ** Graduate Student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
 e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th
 **** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 16 June 2022; Revised 30 August 2022; Accepted 5 September 2022



บทคัดย่อ

ความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงาน (Work-SoC) เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการส่งเสริมให้พยาบาลมีสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี การศึกษาเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาระดับของความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานและประเมินความสามารถในการทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงาน จำแนกตามอายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่น และความยึดมั่นผูกพันในงาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 270 คน ที่สุ่มจากโรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุณหมิง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนจำนวนสองแห่ง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงาน (Work-SoC Scale) แบบสอบถามเกี่ยวกับทรัพยากรส่วนบุคคล (PRQ2000) แบบวัดความยืดหยุ่นของคอนเนอร์-เดวิดสัน (CD-RIS) และแบบวัดความยึดมั่นผูกพันในงานของยูทริก 9 ข้อ (UWES-9) ค่า Cronbach's alpha coefficients ของ Work-SoC Scale, PRQ2000, CD-RIS and UWES-9 เท่ากับ .87, .93, .98, และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multinomial logistic regression

ผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. คะแนนโดยรวมของความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
2. การสนับสนุนทางสังคมและรายได้ เป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลที่รับรู้ความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับพยาบาลที่รับรู้ความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานในระดับต่ำ ($OR = 1.72$, 95% $CI = 1.15$ to 2.58 , $p < .01$ and $OR = .19$, 95% $CI = .05$ to $.71$, $p < .05$) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมและความยึดมั่นผูกพันในงานเป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลที่รับรู้ความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานในระดับสูง เมื่อเทียบกับพยาบาลที่รับรู้ความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานในระดับต่ำ ($OR = 4.02$, 95% $CI = 1.86$ to 8.70 , $p < .01$ and $OR = 2.01$, 95% $CI = 1.24$ to 3.23 , $p < .01$)

ผลการศึกษาให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาล ในการพัฒนากลยุทธ์หรือวิธีการในการพัฒนาการสนับสนุนทางสังคม และความยึดมั่นผูกพันในงาน ซึ่งจะเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลจีนในโรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุณหมิง

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งในการมองโลกที่เกี่ยวกับการทำงาน ปัจจัยทำนาย พยาบาล

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



Background and Significance

Nurses' experience of stress at work during the nursing shortage has undesirable effects on their health and safety and affects the whole organization's health and effectiveness (Holman, Johnson, & O'Connor, 2018). The sense of coherence (SOC) was defined by Antonovsky (1987) as a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence. It indicates an individual's internal psychological tendency to an extent and shows the individual's comprehensive understanding of environmental stress, managing abilities of resource mobilization, and sense of the meaning of stressors and life. Thus, SOC is considered an adaptive personal disposition that enables coping with adverse experiences (Eriksson & Lindstrom, 2006). Considering work occupies a large part of one's life, SOC has an important and noticeable impact on an individual's working life.

Vogt, Jenny, and Bauer conceptualized work-related sense of coherence (Work-SoC), which is based on the SOC concept of Antonovsky (1987) and connects work and an organization's environment to individual health. Work-SoC was defined as the perceived comprehensibility, manageability, and meaningfulness of an individual's current work situation (Vogt, Jenny, & Bauer, 2013), and it consists of three components: comprehensibility, manageability, and meaningfulness. Since then, the term "Work-SoC" has been used interchangeably with SOC. Work-related sense of coherence (Work-SoC) was proposed as an indicator of the health-promoting quality of life at work (Vogt, Jenny, Füllemann, Inauen, & Bauer, 2012). A high level of Work-SoC also contributes to increased job performance, work engagement, and enthusiasm at work and reduces absenteeism, turnover intention, work withdrawal, fatigue, sleep problems, exhaustion, and work-related stress (Bauer, Vogt, Inauen, & Jenny, 2015; Van der Westhuizen, 2018).

Several researchers have discovered low to moderate levels of SOC among nursing professionals in different countries as well as China, but very few studies were conducted in foreign countries referring to nurses' Work-SoC. A study of Work-SoC among nurses has not been found in China. Furthermore, based on the literature review, Work-SoC is influenced by the interaction between personal factors including age, income, and education, and the working environment factors including social support, resilience, and work engagement. Moreover, all these six factors were found positively correlated with Work-SoC. However, the results showed inconsistent findings between age, education and Work-SoC among nurses worldwide, and no study was conducted referring to income, social support, resilience, work engagement and Work-SoC among nurses in China.

Due to the rapidly growing economy and the changing healthcare environment, nurses working in China are believed to have a high level of job pressure (Ren, Zhou, Wang, Luo, Huang, & Zeng, 2018). Both male and female nurses working in China had a lower general well-being level than the general Chinese population (Yu, Song, Dong, Su, & Zhang, 2020). Although China has the largest population globally, the ratio of registered nurses per thousand people is only 2.73, which is far below 8.76 in the United States (2014), 11.46 in Japan (2015), and 13.51 in



Germany (2015) (Zhou, Zhao, Kong, Campy, & Qu, 2018). Despite this, some nurses and hospital administrators view nurses as replaceable labor, so they receive lower social support and less respect than physicians (Zhu, Rodgers, & Melia, 2015). Therefore, it is vital to establish a healthy work environment for nurses under the current work environment and promote them to work in a “salutogenic” way.

Based on the limited amount of research exploring Work-SOC among nurses and the inconsistent findings on the relationship between Work-SOC and related factors, it is necessary to conduct a study to confirm the level of Work-SOC among nurses in China and to examine the predictability of Work-SOC that can be explained by factors including age, income, education, social support, resilience, and work engagement among nurses in Affiliated Hospitals of KMU, Yunnan Province.

Research Objectives

This study aimed to explore Work-SOC and the predictability of Work-SOC that can be explained by factors including age, income, education, social support, resilience, and work engagement as perceived by nurses in Affiliated Hospitals of KMU, the People’s Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of Work-SOC in this study is based on Antonovsky’s salutogenic model (Antonovsky, 1987). Work-related sense of coherence refers to the perceived comprehensibility, manageability, and meaningfulness of a nurse’s current work situation (Vogt et al., 2013). Based on the literature review, the factors predicting Work-SOC in this study consist of individual characteristics including age, income, education, and working environment factors including social support, resilience, and work engagement. The predictability of Work-SOC among selected variables, including age, income, education, social support, resilience, and work engagement was tested in this study.

Methodology

Population and Sample

The target population was 3,709 staff nurses who worked in the two Affiliated Hospitals of KMU. The sample size was calculated by the rule of thumb by Polit and Beck (2017), with 20% added for possible loss, resulting in 288 total participants. The participants in each hospital and department were determined by the proportion of nurses in that hospital or department. A simple random sampling method was used to select the samples from a list of staff nurses in each department. Registered nurses who had worked for at least one year in their current department were included. Nurse administrators and staff nurses who were on vacation, study leave, maternity leave, or marriage leave were excluded.

Research Instruments

There were five research instruments used in this study:

1. The demographic data form was developed by the researcher.



2. The Work-related Sense of Coherence Scale (Work-SoC Scale) was developed by Vogt et al. (2013). The Work-SoC Scale was translated into Chinese by the researcher without any modification and back-translated into English by a Chinese bilingual expert. The original English and back-translated versions were checked for equal meaning by the original author and a native English-speaking person (Brislin, 1980). It consists of 9 items and each item is scored by a 7-point Likert scale. The higher mean score of the total scale indicates better Work-SoC.

3. The Personal Resources Questionnaire (PRQ2000) was developed by Weinert (2000) to measure perceived social support, and translated into Chinese by Chiou, Tsai, and Chung (2004). The PRQ2000 comprises 15 items rated by a 7-point Likert scale with higher scores indicating a higher level of perceived social support.

4. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) was developed by Connor and Davidson (2003) to measure nurses' ability to cope with stress. Yu and Zhang (2007) translated the CD-RISC into Chinese. The full scale has 25 items scored by a 7-point Likert scale. A higher score reflects higher resilience.

5. The 9-item Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) was designed by Schaufeli, Bakker, and Salanova (2006) to measure nurses' work engagement, and it was translated into Chinese by Li, Zhao, and Zhang (2013). It has 9 items rated by a 7-point Likert scale. The higher mean score on the total scale indicates a higher level of work engagement.

The construct validity of the Work-SoC Scale and UWES-9, the divergent validity of PRQ2000, and the convergent and discriminant validity of CD-RISC was confirmed by the original authors. Therefore, the researcher used these instruments, after getting permission, without any modification. The internal consistency of all instruments for Work-SoC Scale, PRQ2000, CD-RISC, and UWES-9 were .87, .93, .98, and .94, respectively.

Ethical Considerations

Ethical approval of this study was provided by the Research Ethics Review Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Data collection permission was obtained from the two Affiliated Hospitals of KMU in China. All participants have been informed of the aims and process of data collection, and voluntary participation and were asked to sign an informed consent form. The researcher guaranteed all participants about the confidentiality and anonymity of their responses, and any information provided by participants will be presented as a group and be used for this study only.

Data Collection

After getting data collection permission from nursing directors in two Affiliated Hospitals of KMU, a research coordinator from each hospital was determined by the nursing directors to distribute and collect research questionnaires from the subjects. A random sampling method was applied to determine the subjects from the name list of nurses working in different departments of both hospitals. A total of 288 questionnaires were distributed and 270 (93.75%) completed questionnaires were analyzed.



Data Analysis

Demographic data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The scores of the Work-SoC, social support, resilience, and work engagement were analyzed using mean and standard deviation. Factors predicting Work-SoC were tested using multinomial logistic regression analysis after testing the assumptions for the logistic regression. The underlying assumption for the logistic regression, particularly the multicollinearity of variables, was tested using Variance Inflation Factors (VIF). In this study, the VIF ranged from 1.088 to 1.909, which means no multicollinearity problem.

Results

1. The mean age of the subjects was 33.29 years old ($SD = 6.42$). The majority of the subjects were female (97.04%), married (74.82%), and had bachelor's degrees (92.96%). With regards to employment status, the majority of subjects were temporary (73.70%), doing three-shift work (63.33%), and with monthly income ranging from RMB 6001 to RMB 8000 (48.52%).

2. The overall Work-SoC as perceived by subjects was at a moderate level ($\bar{X} = 4.81$, $SD = 0.94$). With regards to the three dimensions of the Work-SoC, comprehensibility ($\bar{X} = 4.64$, $SD = 1.29$) and manageability ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 1.08$) were at moderate levels and meaningfulness ($\bar{X} = 5.03$, $SD = 1.47$) was at a high level (Table 1).

Table 1 Mean, Standard Deviation, and Range of Overall and the Three Dimensions of Work-SoC as Perceived by Subjects ($n = 270$)

	Mean	SD	Range	Level
Overall Work-SoC	4.81	0.94	1.89 – 7.00	Moderate (3.01 – 5.00)
Comprehensibility	4.64	1.29	1.75 – 7.00	Moderate (3.01 – 5.00)
Manageability	4.75	1.08	1.00 – 7.00	Moderate (3.01 – 5.00)
Meaningfulness	5.03	1.47	1.00 – 7.00	High (5.01 – 7.00)

3. When compared to low level for Work-SoC nurses, social support and income were the predictors of Work-SoC for the nurses who perceived a moderate level of Work-SoC ($OR = 1.72$, 95% $CI = 1.15$ to 2.58 , $p < .01$ and $OR = .19$, 95% $CI = .05$ to $.71$, $p < .05$); social support and work engagement were the predictors of Work-SoC for the nurses who perceived a high level of Work-SoC ($OR = 4.02$, 95% $CI = 1.86$ to 8.70 , $p < .01$ and $OR = 2.01$, 95% $CI = 1.24$ to 3.23 , $p < .01$) (Table 2).



Table 2 Multinomial Logistic Regression Analysis of the Factors Predicting Work-SoC as Perceived by the Subjects (n = 270)

Work-SoC	Variables	B	SE	OR	95% CI		p
					LL	UL	
Moderate	Intercept	-.97	1.86				.60
	Social support	.54	.21	1.72	1.15	2.58	.01**
	Income						
	Income 2001-4000	-1.65	.67	.19	.05	.71	.01*
High	Income >8,000	0					
	Intercept	-10.42	3.10				.00
	Social support	1.39	.39	4.02	1.86	8.70	.00**
	Work engagement	.70	.24	2.01	1.24	3.23	.00**

Note. Non-significant variables (age, education, and resilience) are not reported. B = logistic coefficient; SE = standard error; OR = odds ratio; CI = confidence interval; LL = lower limit; UL = upper limit; Cox and Snell $R^2 = .253$; Nagelkerke $R^2 = .302$; McFadden $R^2 = .160$.

Discussion

1. The level of Work-SoC among nurses

The overall Work-SoC as perceived by nurses was at a moderate level. The results of the present study were consistent with the findings of a study conducted by Grødal, Innstrand, Haugan, and André (2019b) on nurses and other health and social service workers, which reported moderate levels of Work-SoC. The results of this study indicate that the majority of nurses working in Affiliated Hospitals of KMU who perceived a high level of Work-SoC (36.30%) could cope with some job difficulties in comparison to a small number of nurses that might not be able to manage work-related stressors (1.85%). This could be explained by the fact that the Affiliated Hospitals of KMU are Class A hospitals in Yunnan province, plenty of new graduate nurses are eager to work with these hospitals, and nurses who already work there are proud to work there. Thus, almost half of the nurses (49.26%) who perceived meaningfulness view work stressors as challenges and are willing to invest their commitment and engagement given Antonovsky (1987) indicated workers who perceived meaningfulness are more likely to positively comprehend stressors under a current workplace and energetically move their resources to manage these difficulties, finally increasing their whole Work-SoC. However, a small number of nurses perceived low Work-SoC which might be because of their low monthly income.

Nurses working in Affiliated Hospitals of KMU have standards clear and guidelines for their practices. The nurse managers also communicate and provide consultation to nursing staff (Nursing Department, 2020). The work context might cultivate nurses' comprehensibility, as Antonovsky (1987) elaborated, in that familiarity with role and position in a work context with



clear goals and plans provides employees with a comprehensive picture of their work environment. Another reason might be adequate resources are available for most nurses and that these resources are adequate for helping them cope with work demands. The development of nursing information systems, such as personal digital assistants (PDA) in Affiliated Hospitals of KMU, might help promote nurses' manageability due to its outstanding contribution to improving information access, simplifying workflow, and reducing nursing error (Shen, Zang, & Cong, 2018). Moreover, a good learning environment and various training programs update nurses' work skills, enrich their knowledge and prepare them for better clinical competence and capacities, which might promote nurses' sense of manageability. Nevertheless, 35.19% of nurses in this study perceived that their current work stressors were to some extent unpredictable, and 40.37% of nurses perceived a high level of work and that their work situation was somewhat and sometimes uncontrollable, which might weaken nurses' whole Work-SoC in this study.

2. Factors predicting Work-SoC

The present study found that three factors significantly predicted Work-SoC: social support (OR = 4.02, 95% CI = 1.86 to 8.70, $p < .01$; OR = 1.72, 95% CI = 1.15 to 2.58, $p < .01$), work engagement (OR = 2.01, 95% CI = 1.24 to 3.23, $p < .01$), and income (OR = .19, 95% CI = .05 to .71, $p < .05$). However, age, education, and resilience were not significant predictors.

This study revealed that social support was a predictor of nurses' perception of moderate and high Work-SoC. This finding was consistent with the study conducted by Grødal, Innstrand, Haugan, and André (2019a) on nurses and other health professionals, which indicated that social support was positively correlated with Work-SoC. The results could be explained that social support was viewed as an important generalized resistance resource that could be applied to a wide range of demands and stressors for fostering SOC (Eriksson & Mittelmark, 2017). One reason might be the current Nurse Act in China was carried out in 2008 and stated their relevant rights, which allowed unified nurses, especially the temporarily employed nurses (73.70%), to enjoy equal salaries and equal opportunities for education and promotion. Therefore, their psychological demands were satisfied, and they had a stronger sense of belonging to the hospital than before (Liu et al., 2018). Another reason might be due to the rewards and the recognition that Chinese nurses have received from hospitals and the population since the COVID-19 pandemic.

Concerning work engagement, it was a significant predictor of nurses' perception of a high level of Work-SoC. The findings of this study were in line with a study by Malagon-Aguilera et al. (2019) which revealed a significant linkage between SOC and work engagement among Spanish nurses. This could be explained by the fact that Chinese nurses are acknowledged to be the backbone of healthcare services and are engaged in all activities from admission to discharge, so they are required to put adequate vigor and a high level of dedication into their work,



especially during the special period of COVID-19. Nurses with high vigor and dedication could constructively comprehend difficulties and stress, considering them to be explicable and predictable, are proud of their work, and view work as meaningful. Thus, they are willing to invest more energy and can effectively manage their work demands, which cultivates their confidence to confront challenges (Grødal et al., 2019b), leading to the fostering of Work-SoC. Also, Chinese nurses experience severe workloads and are required to undertake their work with absorption to improve work efficiency and provide high-quality care (Hui, Wenqin, & Yan, 2013). Nurses with high absorption experience the meaningfulness and worth of their work, and tend to positively reach the goals of their work, thereby promoting their Work-SoC.

The results also found that income was positively related to Work-SoC, and it was a significant predictor of nurses' moderate level of Work-SoC. The results of this study were consistent with a previous study by Peng (2021) on 392 oncology nurses in China, which found a positive correlation between income and SOC. The possible explanation could be that a good income status enables nurses to view the current job and work conditions as comprehensive, manageable, and meaningful. With rapid economic growth and social development in China, Chinese nurses, who are predominantly female, have to earn money to support their families. Therefore, they are more likely to view their current job as indispensable and important, to be involved in their work, and to be motivated to do better work. In addition, nurses who earned a higher monthly income were more likely to feel that they had better competency, which consequently increased their accomplishment and the meaningfulness of their job (Zhang et al., 2020). As a result, a higher level of income cultivated nurses' Work-SoC.

Conclusion and Implications

Nursing administrators should pay attention to building a healthy and supportive work environment, a clear career ladder for nurses, reasonable reward distribution, adequate training opportunities, and a flexible work schedule to improve nurses' overall Work-SoC. The results of this study suggest that nursing administrators are noteworthy for providing opportunities for nurses to participate in decision-making to increase their sense of belonging and professional value. In addition, the strategies for promoting social support from nurse administrators and colleagues, improving work engagement through increasing work meaningfulness and work value, and appropriate income allocation should be considered.

Recommendations

Examine the factors predicting the Work-SoC in different hospital levels, for other types of health care personnel, as well as other types of nurses, such as contract nurses and nursing administrators. Furthermore, a causal model of Work-SoC should be developed based on predicting factors of Work-SoC.



References

- Antonovsky, A. (1987). Health promoting factors at work: The sense of coherence. In *Psychosocial factors at work and their relation to health* (pp. 153-167). Geneva: World Health Organization.
- Bauer, G. F., Vogt, K., Inauen, A., & Jenny, G. J. (2015). Work-SoC– entwicklung und validierung einer skala zur erfassung des arbeitsbezogenen kohärenzgefühls [Work-SoC— Development and validation of a scale measuring work-related sense of coherence]. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(1), 20-30.
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In H. C. Triandis & J. W. Berry (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Vol. 2: Methodology* (pp. 389-444). Boston: Allyn & Bacon.
- Chiou, C. P., Tsai, S. L., & Chung, M. H. (2004). *Predictors of social support and quality of life in hospice patient* [Unpublished manuscript].
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376–381. doi.org/10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M., & Mittelmark, M. B. (2017). The sense of coherence and its measurement. In *The handbook of salutogenesis*. New York: Springer.
- Grødal, K., Innstrand, S. T., Haugan, G., & André, B. (2019a). Affective organizational commitment among nursing home employees: A longitudinal study on the influence of a health-promoting work environment. *Nursing Open*, 6(4), 1414–1423. doi.org/10.1002/nop2.338
- Grødal, K., Innstrand, S. T., Haugan, G., & André, B. (2019b). Work-related sense of coherence and longitudinal relationships with work engagement and job satisfaction. *Scandinavian Journal of Work and Organizational Psychology*, 4(1), 1-11. doi:10.16993/sjwop.73
- Holman, D., Johnson, S., & O'Connor, E. (2018). Stress management interventions: Improving subjective psychological well-being in the workplace. In *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF.
- Hui, J., Wenqin, Y., & Yan, G. (2013). Family-paid caregivers in hospital health care in China. *Journal of Nursing Management*, 21(8), 1026–1033.
- Li, F. Y., Zhao, J. L., & Zhang, P. (2013). Evaluation on reliability and validity of Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9), Chinese version among policemen. *Chinese Journal of Public Health*, 1, 97-99.
- Liu, W., Zhao, S., Shi, L., Zhang, Z., Liu, X., Li, L., ... Ni, X. (2018). Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(6), e019525.



- Malagon-Aguilera, M. C., Suñer-Soler, R., Bonmatí-Tomas, A., Bosch-Farré, C., Gelabert-Vilella, S., & Juvinyà-Canal, D. (2019). Relationship between sense of coherence, health and work engagement among nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1620–1630.
- Nursing Department. (2020). *Nursing staff hierarchical management program*. China: Affiliated Hospitals of KMU.
- Polit, D., & Beck, C. (2017). *Nursing research: Ethics in nursing research*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Peng, F. (2021). *Study on relationship between work stress, sense of coherence, and professional quality of life in oncology nurses*. Hefei, Anhui: Anhui Medical University.
- Ren, Y., Zhou, Y., Wang, S., Luo, T., Huang, M., & Zeng, Y. (2018). Exploratory study on resilience and its influencing factors among hospital nurses in Guangzhou, China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 57-62.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716.
- Shen, L. Q., Zang, X. Y., & Cong, J. Y. (2018). Nurses' satisfaction with use of a personal digital assistants with a mobile nursing information system in China. *International Journal of Nursing Practice*, 24(2), e12619.
- Van der Westhuizen, S. C. (2018). Incremental validity of work-related sense of coherence in predicting work wellness. *SA Journal of Industrial Psychology*, 44(1), 1-7.
- Vogt, K., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2013). Comprehensibility, manageability and meaningfulness at work: Construct validity of a scale measuring work-related sense of coherence. *SA Journal of Industrial Psychology*, 39(1), 1-8.
- Vogt, K., Jenny, G. J., Füllemann, D., Inauen, A., & Bauer, G. F. (2012). *Work-related sense of coherence as a higher-order indicator of salutogenic working conditions*. Paper presented at the Health Promotion Research—An International Forum. Retrieved from <https://www.ntnu.edu/documents/8445058/16026786/KVogt.pdf>
- Weinert, C. (2000). Social support in cyberspace for women with chronic illness. *Rehabilitation Nursing*, 25(4), 129-135.
- Yu, J., Song, Y., Dong, H., Su, X., & Zhang, P. (2020). Factors associated with the general well-being of nurses in a tertiary Chinese hospital: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 540-547.
- Yu, X., & Zhang, J. (2007). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 35(1), 19-30.
- Zhang, W., Miao, R., Tang, J., Su, Q., Aung, L. H. H., Pi, H., & Sai, X. (2020). Burnout in nurses working in China: A national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 27(6), e12908.



- Zhou, M., Zhao, L., Kong, N., Campy, K. S., & Qu, S. (2018). What caused seriously shortage of Chinese nurses? *Iranian Journal of Public Health*, 47(7), 1065–1067.
- Zhu, J., Rodgers, S., & Melia, K. M. (2015). A qualitative exploration of nurses leaving nursing practice in China. *Nursing Open*, 2(1), 3-13.



Time Management and Quality of Working Life for Nurses in General Hospitals

In the Republic of the Union of Myanmar*

การบริหารเวลาและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป
สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์*

ผิว เหยว	เหว่ย**	Phyu Nyein	Wai**
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul***
อภิรดี	นันทศุภวัฒน์***	Apiradee	Nantsupawat***

Abstract

Effective time management influences nursing performance, helping them to produce better quality nursing care and to have the opportunity to develop themselves. This descriptive correlational study aimed to explore the level of time management and quality of working life of nurses and to examine their relationship. The sample included 252 nurses working in four general hospitals in Yangon Region, the Republic of the Union of Myanmar. Research instruments consisted of the Time Management Behavior Scale (TMBS) developed by Macan (1994) and Work Related Quality of Life scale (WRQoL) developed by Van Laar, Edwards, and Easton (2007). The Cronbach's alpha coefficient of TMBS was .85, while those of the overall and of each dimension of WRQoL (general wellbeing, home-work interface, job and career satisfaction, control at work, working conditions, and stress at work) were .95, .89, .72, .89, .87, .87, and .84 respectively. Descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient were used to analyze data.

Results were as follows:

1. Nurses perceived that their time management was at a moderate level ($\bar{X} = 99.98$, $SD = 14.45$) and that their work life quality was at a low level ($\bar{X} = 71.06$, $SD = 12.20$).
2. There was a positive correlation between time management and overall quality of work life ($r_s = 0.213$, $p < 0.01$). There was a positive correlation between time management and four dimensions of quality of working life, namely, general well-being ($r_s = 0.201$, $p < 0.01$), job and career satisfaction ($r_s = 0.178$, $p < 0.01$), control at work ($r_s = 0.168$, $p < 0.01$), and working conditions ($r_s = 0.166$, $p < 0.01$). However, there was no association between time management and two dimensions of quality of working life: home-work interface and stress at work.

The results suggest that nurse administrators should provide training for nurses to increase time management skills. This will help them prioritize and manage tasks efficiently. If nurses enhance time management, they will be able to produce quality work and develop themselves.

Keywords: Time management; Quality of working life; Nurses; the Republic of the Union of Myanmar

* 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: phyunyeinwai.pnw@gmail.com

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

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



บทคัดย่อ

การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อการปฏิบัติของพยาบาล โดยช่วยพยาบาลให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพและมีโอกาสไปพัฒนาตนเอง การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการบริหารเวลา คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ของการบริหารเวลาและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาล 252 คน ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปสี่แห่ง ในเขตย่างกุ้ง สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริหารเวลาและพัฒนาโดยมาแคน (Macan, 1994) และแบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานที่พัฒนาโดย แวนลาร์, เอ็ดเวิร์ด, และ อีสตัน (Van Larr, Edwards, & Easton, 2007) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริหารเวลามีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85 ในขณะที่แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความเชื่อมโยงระหว่างบ้านกับงาน ความพึงพอใจในงานและอาชีพ การควบคุมงาน สถานการณ์ในงาน และความเครียดในงาน มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .95, .89, .72, .89, .87, .87 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า

1. พยาบาลรับรู้ว่าการบริหารเวลาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 99.98$, $SD = 14.45$) และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 71.06$, $SD = 12.20$)

2. การบริหารเวลาและคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก ($r_s = 0.213$, $p < 0.01$) และยังพบว่าการบริหารเวลามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในรายด้าน สี่ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ($r_s = 0.201$, $p < 0.01$) ความพึงพอใจในงานและอาชีพ ($r_s = 0.178$, $p < 0.01$) การควบคุมงาน ($r_s = 0.168$, $p < 0.01$) และสถานการณ์ในงาน ($r_s = 0.166$, $p < 0.01$) แต่การบริหารเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับสองด้านของคุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ ความเชื่อมโยงระหว่างบ้านกับงาน และความเครียดในที่ทำงาน

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่าหัวหน้าพยาบาลควรจัดการฝึกอบรมให้พยาบาลได้มีทักษะในการบริหารเวลาดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดลำดับความสำคัญ และจัดการงานให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยหากพยาบาลมีการบริหารเวลาได้ดีจะช่วยให้พยาบาลสามารถผลิตงานที่มีคุณภาพ และมีโอกาสไปพัฒนาตนเอง

คำสำคัญ: การจัดการเวลา คุณภาพชีวิตการทำงาน พยาบาล สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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



Background and Significance

Nurses have responsibilities to not only accomplish many tasks, but also to provide good quality of care and ensure well-being for patients (Said, Nave, & Matos, 2015). However, the needs of nurses tend to be ignored, as well as the quality of their working life (Opollo, Gray, & Spies, 2014). Van Laar, Edwards, and Easton (2007) defined the term quality of working life as a broad multidimensional construct that captures each individual's perception of his or her work experience in which their perspective incorporates work-based satisfaction factors, as well as factors regarding life satisfaction and general feelings of well-being. The dimensions of the quality of working life are: (a) general well-being; (b) home-work interface; (c) job and career satisfaction; (d) control at work; (e) working conditions; and (f) stress at work. Said et al., (2015) found that most nurses in their study done in Portugal had a low quality of working life. Another study, done in Iran, revealed that 61% of the nurse participants had a low quality of working life (Faraji, Salehnejad, Gahramani, & Valiee 2017). Another study, done in China, found that the total average score of quality of working life among ICU nurses was at a medium level (Hu, Zhou, Geng, & Zhang 2020).

Due to nurse shortages around the world, nurses are burdened by an increasing quantity of patients, as well as by a multiplicity of tasks; cognitive overload; and perpetual work overload (Qteat, & Sayej 2014). Therefore, time management is absolutely essential in nursing, to counter the practices of time wasting, and unsuitable management which can have a harmful impact on the health of patients (Goudarzian, Ranjbar, Hatkehlouei, & Heidari, 2017). Macan (1994) defined time management as the techniques of managing time, which consist of the following: (a) setting goals and priorities; (b) mechanics; and (c) preference for organization. The results illustrated a good level of time management behavior (63.4%) among head nurses in Iran, yet among nurses in Iran, it demonstrated that most nurses have a medium level of time management (Goudarzian et al., 2017). Effective time management has an effect on employee performance, helping the employee to work better and have the opportunity to develop themselves (Sehrish & Zubair, 2013).

Sehrish and Zubair (2013) found the relationship between time management and the quality of working life, among 300 bank employees, to be positively linked with each other. In the field of nursing, a study of the association between time management and the quality of working life has not yet been conducted among nurses. However, time management has been found to be associated with job satisfaction (Krefetz, 2015) and job stress among nurses (Ghorbanshiroudi, Khalatbari, Madadi, Khelghatdoost, & Keikhayfarzaneh, 2011). Other researchers have shown that work conditions also restricted the ability of nurse participants to organize their time or to utilize their time in a discretionary manner (Bowers, Luring, & Jacobson, 2001). Based on available evidence, therefore, it could be hypothesized that the time management of nurses is associated with overall and various dimensions of their quality of working life.



In Myanmar, nurses in general hospitals tend to have a higher workload than those in other types of hospitals, especially in Yangon which is the most crowded region of Myanmar. Reports show that as of 2015, general hospitals have been more exploited than other types of hospitals, with the occupancy rate on sanctioned beds greater than 100% (Ministry of Health and Sports, 2018). The high workload is resulting in a negative impact on nurses' working lives in these hospitals. A previous study in Myanmar reported that 50.2% of the nurse participants had high job stress and a tendency to burnout (Pyone, Ratanapan, & Laosee, 2015). Moreover, another two studies by Khine-Mar-Oo (2017) and Pyone (2017) found moderate levels of quality of work life among the nurses in the 2500-bed Yangon General Hospital (YGH) and the nurses at the 1000-bed Mandalay General Hospital (MGH). Those two previous studies were done on nurses at the super-tertiary hospital level. Moreover, Htay's (2004) study revealed that Myanmar nurses often lack time, which is related to manpower shortages, too much routine work and spending too much time on non-nursing activities.

In summary, increased time management for greater quality of working life is essential for nurses, especially for nurses in Myanmar. However, no study to support the correlation between time management and quality of working life among nurses has been conducted. Therefore, the current research should explore the level of time management and quality of working life of nurses and to examine their relationship. The results of this study could help nurse managers and administrators to develop ways to improve time management skills and enhancement the quality of working life among Myanmar nurses.

Objectives

This study aimed to explore time management and quality of working life among nurses in general hospitals in Yangon in the Republic of the Union of Myanmar. It is also aimed to examine the relationship between time management and the quality of working life of nurses in general hospitals.

Conceptual Framework

The concept of time management was based on a process model of time management developed by Macan (1994). Time management refers to techniques of managing time which include three behavioral factors: setting goals and priorities, mechanics (planning and scheduling), and preference for organization. The concept of quality of working life is based on the "work related quality of life concept" developed by Van Laar et al. (2007). Quality of working life refers to a broad multidimensional construct for capturing an individual's perception of work experience which includes work-based satisfaction factors as well as life satisfaction and general wellbeing. It includes six dimensions: general well-being, home-work interface, job and career satisfaction, control at work, work conditions, and stress at work. According to the literature review, time management is correlated with well-being, home-work interface, job satisfaction, control at work,



work conditions, and stress. This study tested for the relationship between time management and quality of working life among nurses.

Methodology

This descriptive correlational research was conducted among nurses in four general hospitals affiliated with the University of Nursing, Yangon (YUON) in Yangon Region in the Republic of the Union of Myanmar.

Population and Sample

The target population was 558 nurses in these four general hospitals in Yangon. All samples were registered nurses who are licensed by the Myanmar Nurse and Midwife Council; who met the requirements of giving direct care to patients; who were working for at least one year; and who were willing to participate in the study in all units/wards of these hospitals. We excluded nursing administrators and nurses who were on sick leave, maternity leave or on vacation during the period of the study.

The sample was selected by using the stratified random sampling method. According to Taro Yamane's (1973) formula, the total sample size was 280 cases which included a 20% possible loss.

Research Instruments

The research instrument was a questionnaire which included three parts.

Part 1: The demographic questionnaires, developed by a researcher, consisted of information regarding gender, age, marital status, number of children, level of education, professional title, years of experience in nursing, income and other benefits, work department, and having (or not having) attended a time management seminar.

Part 2: The Measurement of Time Management Behavior (TMB) scale by Macan (1994) was used. Self-reporting questionnaires on TMB consisted of three dimensions with 29 items including 7 items with reversed question, and were categorized under three factors: Goal Setting and Priorities (GSP; 10 items), Mechanics (MEC; 11 items), and Preference for Organization (PFO; 8 items). Participants responded to each item using a 5-point scale from 1 (Never true) to 5 (Always true) with a scoring range of 29-145. The validity of the TMB scale was tested by Macan (1994), and its Cronbach's alpha coefficient was 0.85.

Part 3: The Measurement of Work-Related Quality of Life (WRQoL) by Van Laar and colleagues (2007) was used, and it included the six dimensional scales (24 items) using a five-point scale from 1 (disagree strongly) to 5 (agree strongly). Self-reporting questionnaires for the WRQoL included items related to General Well-Being (GWB-7 items), Home-Work Interface (HWI-3 items), Job and Career Satisfaction (JCS-6 items), Working Conditions (WCS-3 items), Control at Work (CAW-3 items), and Stress at Work (SAW-2 items). The level of quality of working life was categorized into three levels according to Easton and Van Laar (2018). The validity of the WRQoL scale was tested by Van Laar et al. (2007). The Cronbach's alpha coefficient of the overall (total)



and dimensions of the WRQoL scale (GWB, HWI, JCS, CAW, WCS, and SAW) were 0.95, 0.89, 0.72, 0.89, 0.87, 0.87, and 0.84 respectively. The time management questionnaires and WRQoL questionnaires were translated into Myanmar, using the forward-backward translation method (Burns & Grove, 2010). In this study, the content validity of both Myanmar version questionnaires was tested with six nursing experts from the University of Nursing (Yangon). The results showed S-CVI of 0.98 for time management, as well, S-CVI of 0.97 for quality of working life.

Ethical Considerations

The research proposal was approved by the Research Ethics Review Committee, the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, and the Research and Ethics Committee of the University of Nursing, Yangon, Myanmar. After getting approval from hospital administration and the Ministry of Health and Sport, Myanmar, all participants were informed about the purpose and methodology of the study. They were informed that participation in the study would be voluntary and that they had the right to refuse participation or withdraw from the study at any time without any punishment. Confidentiality and anonymity of all subjects was assured. Finally, the participants who agreed to participate in the study were requested to sign a written consent form.

Data Collection

After receiving the approval from the Ministry of Health and Sport, the Republic of the Union of Myanmar, the researcher contacted the research coordinator of each hospital to explain the objectives of the study and the method of distribution and collection of questionnaires. The subjects were randomly selected from the list of nurses in each department in each hospital. The distribution of prepared (280) research packages was done by the researcher and one coordinator and a box at the nurses' station in each ward was provided for the returned packages. After two weeks, the researcher checked whether the samples had returned the questionnaire (100%) and also checked the completeness of the questionnaires. The completed questionnaires amounted to 252 out of 280, so a 90% response rate was analyzed.

Data Analysis

Data analysis was performed using Statistical Package software (SPSS-15.0). Descriptive statistics were used to analyze the demographic data, the levels of time management and the quality of working life of nurses. Due to the non-normal distribution of data in the analysis, Spearman's correlation test was used for determining the relationship between nurses' time management and the WRQoL.

Results

The nurse participants were 99.18% female with an average age of 31.47 years (SD = 8.04). Married subjects without children represented 30.56% of participants. Other subjects without children were 37.66% and with one child, 37.66%. The majority had a nursing diploma (57.14%) and 63.10% of subjects were staff nurses. The average years of experience in nursing was 8.14 years (SD = 5.85). The percentage of subjects who received a salary without any



benefits was 65.48%. Most subjects came from the surgical department (17.06%), with a similar percentage coming from the operating room. Only 4.20% of subjects had attended a time management seminar or workshop.

The overall mean score of time management perceived by nurses was at a moderate level ($\bar{X}$ = 99.98, SD = 14.45). As shown in Table 1, the overall mean score of quality of working life perceived by nurses was at a low level ($\bar{X}$ = 71.06, SD = 12.20). Nurses also perceived three dimensions, namely, HWI ($\bar{X}$ = 8.69, SD = 2.50), CAW ($\bar{X}$ = 9.90, SD = 1.81), and WCS ($\bar{X}$ = 9.23, SD = 2.41) at a low level. The other two dimensions, GWB ($\bar{X}$ = 19.15, SD = 4.13) and JCS ($\bar{X}$ = 19.27, SD = 3.74), were at an average level while the last dimension SAW ($\bar{X}$ = 4.83, SD = 1.94) was at a high level.

As shown in Table 2, a significantly positive relationship between time management and quality of working life among subjects (r_s = 0.213, p < 0.01) was found. Also, a significantly positive relationship between time management and four dimensions of quality of working life, namely, GWB (r_s = 0.201), JCS (r_s = 0.178), CAW (r_s = 0.168), and WCS (r_s = 0.166), among nurses at p < 0.01 were indicated.

Table 1 Mean, standard deviation and level of overall and separate dimensions of quality of working life of nurses (n = 252)

QoWL	Mean	SD	Level
Overall	71.06	12.20	Low
Dimensions			
GWB	19.15	4.13	Average
HWI	8.69	2.50	Low
JCS	19.27	3.74	Average
CAW	9.90	1.81	Low
WCS	9.23	2.41	Low
SAW	4.83	1.94	High

**Table 2** Spearman's rank correlation coefficient between time management and dimensions of quality of working life (n = 252)

Quality of Working Life	Time management (r_s)	P value
GWB	.201**	.001
HWI	.072	.255
JCS	.178**	.005
CAW	.168**	.007
WCS	.166**	.008
SAW	-.117	.063
Overall (total)	.213**	.000

Discussion

The results are discussed below, according to the objectives of this study.

1. Time management

The results showed that nurses perceived the overall mean score of time management at a moderate level. This indicates that the nurses in general hospitals in Myanmar sometimes exhibit successful time management behavior, such as using goal-setting and priorities, scheduling, and organization in their jobs. The results of the study were in accordance with Goudarzian et al. (2017) who mentioned that most nurses had a medium level of time management. However, it differed from Qteat and Sayej (2014) which stated that the overall mean for nurses' time management was high.

The most likely reason for this would be that time management behavior of nurses in the general hospitals in Yangon tends to improve in accordance with increased work experience because those nurses with more experience in the same position are usually more familiar with routine nursing care. In the present study, the average number of years of experience of nurses in the general hospitals was 8.14, which demonstrated proficiency or expertise in skill acquisition. The more experienced nurses have a better comprehension of the nature of particular clinical situations, and guide nurses' actions and interactions (Benner, 2004). The nurses can make decisions on the spot, correctly setting goals and priorities, and scheduling and organizing their work within a certain time period. Although nurses were familiar with the processes of prioritization and goal setting, their work environments still involve nurses in unforeseen complex situations, and this factor tends to create obstacles in their time management. In Myanmar, there are many interruptions in nurses' daily work, including non-nursing activities, which often makes it difficult for them to finish their daily work on time (Nang, 2002). According to the above explanation, the time management of nurses in the general hospitals was found to be at a moderate level.



2. Quality of Working Life

The results showed that the overall quality of working life perceived by the nurses from four general hospitals was at a low level. This indicates that, generally, the nurses in the general hospitals were substantially less satisfied with their working lives in one or more wards or departments. This finding was consistent with that of a previous study by Said et al. (2015), using the same instrument, which revealed that most nurses had a low quality of working life in Portugal. However, this finding was inconsistent with two other studies which explored the quality of working life among nurses in Myanmar, and which showed that the quality of work life perceived by the nurse participants was at a moderate level in both a 2500-bed hospital and in a 1000-bed hospital (Khine-Mar-Oo, 2017; Pyone, 2017). The possible reason for this could be due to the different level of hospital and the different instrument used in the study.

The results of this study revealed that the nurses experienced three dimensions of quality of working life, namely home-work interface (HWI), control at work (CAW) and working conditions (WCS) at a low level, and also perceived that stress at work (SAW) was at a high level. This is likely to be a reason for the low level of the quality of working life perceived by the nurses in the general hospitals. The low level of HWI, CAW and WCS and the high level of SAW among the nurses could possibly be due to the high job demands for the nurses, along with inadequate job resources. Although health conditions in Myanmar have been improving, according to the Millennium Development Goals, there is a serious lack of facilities and health care professionals (Latt et al., 2016). Nowadays, nurses in general hospitals tend to have a higher workload than those in other types of hospitals, especially in Yangon, which is the most crowded region of Myanmar (Ministry of Health and Sports, 2018). Hence, the number of nurses is normally not adequate for each shift. Nurses in general hospitals have prolonged time on duty with no extra money due to no hospital policy for overtime pay. This indicates that most of the nurses in the general hospitals in Yangon are not satisfied with their current work.

3. Time management and quality of working life

This study showed that there was a significant weak positive relationship between time management and quality of working life ($r_s = .213$, $p < 0.01$) among nurses at general hospitals. This finding indicated that, the better their time management behavior, the higher the level of QoWL, as perceived by the nurses in general hospitals. This relationship can be explained by Maslow's hierarchy of needs, which was the most important theory of time management (Chansaengsee, 2017) and one of the theories that formed the basis for the quality of working life model by Van Laar et al., (2007). Under Maslow's theory, each person's Self-Actualization level can be fulfilled, using time management techniques, in their lifetime (Chansaengsee, 2017). Good time management can enhance a greater satisfaction for a person's experience in their work and their lifetime (Macan, Shahani, Dipboye, & Phillips, 1990). Sehrish and Zubair (2013) found that time management had a significant positive relationship with the quality of working life among 300 bank employees ($r = .56$, $p < .001$).



The results of this current study supported the idea that effective time management by nurses in general hospitals will improve their general well-being (GWB), in particular regarding happiness or depression. By goal setting, scheduling, and organizing, an individual can gain a sense of mastery over how to allocate his or her time, which can reduce job-induced tensions and somatic tensions (Macan, 1994).

A positive relationship was found between time management and job and career satisfaction. This means that good time management among nurses working at general hospitals helps to promote greater satisfaction with their jobs and careers (JCS). If employees engage in time management techniques, they usually feel a sense of control over their time which is positively linked with job satisfaction (Macan, 1994). The relationship between time management and job satisfaction has also been validated by previous studies by Krefetz (2015).

There was a statistically positive correlation between time management and control at work among nurses. Nurses who have good time management behavior have more chance to express their opinions and to participate in some kinds of decision making. It is relevant to echo the statement of Yoder-Wise (2011) that personal and professional goal-setting and priorities of nurses can heighten their degree of control at their work.

The current study also showed a positive association between time management and WCS among nurses in general hospitals. This implied that effective time management can help to raise satisfaction levels related to their working conditions in general hospitals. General hospitals were found to be more utilized than other types of hospitals with bed occupancy rates higher than 100% in 2015 (Ministry of Health and Sports, 2018). They cannot use their time effectively related to the complexity of their work environment (Nwet, 2017). Thus, there is a need for the behavioral patterns of setting goals, planning and scheduling which can help to solve the problem of lack of time.

On the other hand, the results found that time management was not associated with home-work interface (HWI). No association between time management and HWI could be explained by the inadequate facilities at the general hospitals in Yangon and the rigidity of the nurse managers and/or administrators. Hence, time management techniques can solve strains in time, but they cannot solve all types of strains such as care of children or elders. The findings also showed no significant correlation between time management and stress at work (SAW). This could be because nurses' stress comes mainly from their heavy workloads and insufficient supplies, which cannot be solved by time management techniques.

Conclusions and Implications

This study aimed to explore time management and quality of working life of nurses, and to examine their relationship in the case of nurses in general hospitals, Yangon, the Republic of Union of Myanmar. The study was conducted with 252 nurses who were working in four general hospitals. The findings demonstrated that there was a moderate level of time management, and a low level of overall quality of working life. Regarding the six dimensions of quality of working



life, the GWB and JCS of nurses were determined to be at an average level while the remaining dimensions, HWI, CAW, and WCS, were at a low level. However, the dimension SAW was determined to be at a high level. Moreover, the study showed a weak positive correlation between time management and overall quality of working life. There is a weak positive correlation between time management and four of the dimensions of quality of working life; namely, GWB, JCS, CAW and WCS.

The results of this study could be used as baseline information for nurse managers and administrators to improve the time management and the quality of working life of nurses. Nursing administrators and managers should improve nurses' time management by providing training and workshops for nurses to understand how to set goals and priorities, scheduling, planning and organizing of their time. They should become aware of the issues involved with the well-being of nurses and their need to balance their work with their personal life. They should provide adequate facilities, flexible work schedules, and opportunities for the nurses to develop new skills. Nurses should also be encouraged to express their opinions and participate in decision making. Moreover, administrators and managers should create satisfactory and safe working environments for nurses and provide adequate supplies to cover demands that will assist nurses in handling workplace stress which will increase the quality of working life.

Recommendations

Based on the study's findings, future research should be conducted in another region of Myanmar and in other levels of hospitals (primary hospitals, super-tertiary hospitals and specialty hospitals) and in other populations (ward sisters and nursing students) since these represent different contexts, resources, and the support of time management and quality of working life in different ways. Future research should be conducted which would involve a relationship study of the factors related to quality of working life of nurses in general hospitals.

Acknowledgement

The author would like to convey my gratitude to the Thailand International Cooperation Agency (TICA) as the main financial support for studying a master's degree at Chiang Mai University. I also would like to thank my thesis advisory committee for their guidance and support throughout the research process.

References

- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199.
- Bowers, B. J., Luring, C., & Jacobson, N. (2001). How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 321-329.



- Burns, N., & Grove, S. K. (2010). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.
- Chansaengsee, S. (2017). Time management for work-life and study-life balance. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(5), 20-34.
- Easton, S., & Van Laar, D. (2018). *User manual for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale: A measure of quality of working life*. Portsmouth: University of Portsmouth.
- Faraji, O., Salehnejad, G., Gahramani, S., & Valiee, S. (2017). The relation between nurses' quality of work life with intention to leave their job. *Nursing Practice Today*, 4(2), 103-111.
- Ghorbanshiroudi, S. H., Khalatbari, J., Madadi, M. E., Khelghatdoost, P., & Keikhayfarzaneh, M. M. (2011). The Effectiveness of time management training on the amount of nurse's occupational stress. *Middle-East Journal of Scientific*, 9(4), 462-466.
- Goudarzian, A. H., Ranjbar, M., Hatkehlouei, M. B., & Heidari, A. (2017). Assessment of time management in Iranian critical care nurses: Predictive factors. *Journal of Critical Care Nursing*, 10(2), 1-5.
- Htay, M. (2004). *Improving clinical teaching through upgrading collaboration approach between academic staff and clinical staff: A participatory action research study* (Unpublished master's thesis). University of Nursing, Yangon, Union of Myanmar.
- Hu, H., Zhou, H., Geng, J., & Zhang, L. (2020). Current status and influencing factors of the quality of work life of nurses in intensive care unit. *Yangtze Medicine*, 4(3), 183.
- Krefetz, S. (2015). *The relationship between time management training and perceived job satisfaction among operating room nurses*. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1733680824?accountid=44722>
- Khine-Mar-Oo. (2017). *Relationship between quality of nursing work life and burnout among nurses in Yangon General Hospital* (Unpublished master's thesis). University of Nursing, Yangon, Union of Myanmar.
- Latt, N. N., Cho, S. M., Htun, N. M. M., Saw, Y. M., Myint, M. N. H. A., Aoki, F., ... Hamajima, N. (2016). Healthcare in Myanmar. *Nagoya Journal of Medical Science*, 78(2), 123.
- Macan, T. H. (1994). Time management: Test of a process model. *Journal of Applied Psychology*, 79(3), 381-391.
- Macan, T. H., Shahani, C., Dipboye, R. L., & Phillips, A. P. (1990). College students' time management: Correlations with academic performance and stress. *Journal of Educational Psychology*, 82(4), 760-768.
- Ministry of Health and Sports. (2018). *Annual Hospital Statistics Report 2014-2016*. Nay Pyi Taw: The Republic of the Union of Myanmar.
- Nang, H. H. (2002). *Improvement of nursing care through quality management* (Doctoral dissertation). La Trobe University, Melbourne, Australia.
- Nwet, K. L. (2017). *Nurses' work engagement and its relationships with their job demands and job resources* (Unpublished master's thesis). University of Nursing (Mdy), Myanmar.



- Opollo, J. G., Gray, J., & Spies, L. A. (2014). Work-related quality of life of Ugandan healthcare workers. *International Nursing Review*, 61(1), 116-123.
- Pyone, W. N., Ratanapan, C., & Laosee, O. (2015). *Job stress and burnout among hospital nurses in a city of Myanmar*. Proceedings of 34th The IIER International Conference: Singapore.
- Pyone, W. N. (2017). *Quality of work life and turnover intention among nurses* (Unpublished master's thesis). University of Nursing (Mdy), Mandalay.
- Qteat, M. & Sayej, S. (2014). Factors affecting time management and nurses' performance in Hebron Hospitals. *Journal of Education and Practice*, 5(35), 41-58.
- Said, N. B., Nave, F., & Matos, F. (2015). The quality of working life among nurses in pediatric setting. *Social and Behaviour Sciences*, 2, 5-14. doi.org/10.15405/epsbs.2015.01.3
- Sehrish, J. & Zubair, A. (2013). Polychronicity, time management and work-related quality of life among bank employees. *Pakistan Journal of Psychology*, 44(2). 3-22.
- Van Laar, D., Edwards, J. A., & Easton, S. (2007). The work-related quality of life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 325-333.
- Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis*. Tokyo: Harper International.
- Yoder-Wise, P. S. (2011). *Leading and managing in nursing* (5thed.). St. Louis: Elsevier.



Health Literacy and Self-Management Among Older Monks with Multimorbidity*

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม*

ธีราเมษฐ์	จิราวุฒิพันธ์**	Teeramate	Jirawutthipan**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
เดชา	ทำดี****	Decha	Tamdee****

Abstract

Health literacy is a factor that helps people with multiple chronic diseases to manage themselves more effectively. This correlational descriptive research aimed to investigate health literacy, self-management, and the association between health literacy and self-management among older monks with multimorbidity. The study participants were older monks with multimorbidity attending the outpatient department of priest hospitals in Bangkok province. The 88 participants were selected using purposive sampling. The research instruments used in this study consisted of a demographic and illness data recording form, and interview questionnaires for health literacy and self-management of older monks with multimorbidity. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results showed that older monks with multimorbidity had a high level of health literacy and self-management. Health literacy was statistically correlated with self-management at a high level ($r = .76, p < .01$).

The results of this study can be used as database information for health care professionals who look after older monks with multimorbidity to support their self-management through enhancing health literacy.

Key words: Self-management; Health literacy; Older monks; Multimorbidity

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

** Graduate Student of Nursing Science program, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;

e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

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



บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมจัดการตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้น การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation

ผลการวิจัยพบว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง การจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .76, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม ในการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพ พระสงฆ์สูงอายุ โรคเรื้อรังหลายโรคร่วม

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail; siriratpanuthai@hotmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 29 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤษภาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 26 พฤษภาคม 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อระบบสุขภาพ (Anuruang, 2017) จากการสำรวจสถานการณ์ของโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในประเทศไทยของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยใน ปี พ.ศ. 2553 พบร้อยละ 11.5 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25.3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ทำการศึกษาศปี พ.ศ. 2557 (Haseen, Adhikari, & Soonthornhdhada, 2011; Sihapark, Kuhirunyaratn, & Chen, 2014) ซึ่งในกลุ่มพระสงฆ์ที่อายุเกิน 60 ปี มีประมาณหนึ่งในสามหรือร้อยละ 32 ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง (MGR Online, 2019) สำหรับสถานการณ์โรคเรื้อรังหลายโรคร่วมในพระสงฆ์สูงอายุยังไม่มีรายงานระดับประเทศ แต่จากการศึกษาความแตกต่างทางสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าระดับความแตกต่างทางสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในขั้นพื้นฐานคิดเป็นร้อยละ 54.5 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งนับว่ามีความแตกต่างทางสุขภาพที่ต่ำ (Anuratpanich, 2018) จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งการอาพาธของพระสงฆ์ด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมนั้น จะส่งผลกระทบต่อพระสงฆ์สูงอายุหลายด้านประกอบด้วย ผลกระทบด้านการเคลื่อนไหวไม่สะดวก ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง ความเจ็บปวดของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การฉันอาหาร บิณฑบาต การทำวัตร การสวดพระอภิธรรม ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน ด้านสังคม เมื่อพระสงฆ์เกิดการอาพาธทำให้ไม่สามารถเผยแพร่ธรรมะได้ ซึ่งเป็นบทบาททางสังคมที่สำคัญของพระสงฆ์ และด้านจิตใจ พระสงฆ์จะเกิดความเครียด ความเป็นห่วงญาติพี่น้อง ลูกศิษย์ หรือความเป็นห่วงหน้าที่ที่เคียดุแล (Pornprasert, Pranart, & Pornprasert, 2016) แต่ผลกระทบด้านจิตใจจะไม่รุนแรงเนื่องจากพระสงฆ์ผู้อาพาธส่วนใหญ่สามารถยอมรับ และดำรงอยู่กับการรักษาโรคเรื้อรังได้ (Somroop, Chimhad, & Khaenamkhaew, 2022) จะเห็นได้ว่าจากผลการศึกษาของ กรศศิชัยเดช (Chaidej, 2020) สุทธินันท์ คอดริงตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ ทศพร คำผลศิริ (Codrington, Panuthai, & Khampolsiri, 2021) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ที่ผ่านมา พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก ดังนั้นพระสงฆ์ควรได้รับการส่งเสริมด้านการจัดการตนเองและด้านความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ เช่น การจัดการด้านยา การจัดการด้านอาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการบทบาทหน้าที่ เป็นการปฏิบัติบทบาทของการเป็นผู้ป่วยที่ต้องนำแผนการรักษามาผนวกไว้ในวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องมีการปรับบทบาทเดิมหรือปฏิบัติบทบาทใหม่ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นการจัดการอารมณ์ที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น อารมณ์ความโกรธ กลัว คับข้องใจ และซึมเศร้า (Lorig & Holman, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีบางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Chaidej, 2020; Codrington et al., 2021)

การที่พระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมจะจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยหนึ่งในหลายปัจจัยที่สำคัญได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ (Chaidej, 2020; Codrington et al., 2021) ซึ่งเป็นทักษะทางสติปัญญา และทักษะทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นความสามารถในการฟัง พูด อ่าน และเขียน ทักษะนี้จะส่งผลให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหรือร่วมมือกับการรักษาของแพทย์ได้ ระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นความสามารถด้านการค้นหา เลือกใช้ และจำแนกข้อมูลข่าวสารที่



ได้รับจากการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่สูงขึ้น สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ สามารถตัดสินใจใช้ข้อมูลจัดการในการดำเนินชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังเฉพาะกลุ่มโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โดยพบว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในระดับปานกลางเช่นกัน (Chaidej, 2020; Codrington et al., 2021) ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวไม่สามารถอธิบายในพระสงฆ์ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคได้ เนื่องจากความแตกต่างระหว่างการจัดการตนเองที่มีความซับซ้อนมากกว่าจากธรรมชาติของโรคที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการส่งเสริมการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุ และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อให้สามารถอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค
2. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคเป็นอย่างไร
2. การจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคเป็นอย่างไร
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคเรื้อรังหลายโรคเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งการดำเนินโรคมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วหากไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงต้องมีการจัดการตนเองที่ดี เพื่อเสริมสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วย การจัดการ 3 ด้าน คือ 1) การจัดการด้านการรักษา เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหารเฉพาะโรค และการออกกำลังกาย 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ เช่น การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับโรค และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ การที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมเพื่อเป็นแรงจูงใจ และส่งเสริมการพัฒนาทักษะและความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านระดับพื้นฐานเป็นความสามารถทางการอ่าน เขียน ในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังหลายโรค 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ และสามารถจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคเรื้อรังหลายโรคได้ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเป็น



สิ่งที่ต้องใช้ความสามารถในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของโรคร่วมหลายโรค เพื่อให้ช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ (Nutbeam, 2000)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ พระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โดยมีระยะเวลาการวินิจฉัย 6 เดือนขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาด้วยยา 3) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Sciences, 2014) ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ต้องได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Province public health Office, 2018) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถสื่อสารด้วยการอ่านและการพูดภาษาไทย 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.8 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง (medium effect size) ที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.3 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit & Beck, 2008)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) สุ่มเลือกพระสงฆ์ ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร ตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือสองส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Province public health Office, 2018) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ความจำ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน การแปลผลคะแนน



คือ 0 - 2 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติของการรู้คิดอย่างรุนแรง 3 - 5 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติของการรู้คิดในระดับปานกลาง 6 - 7 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติของการรู้คิดเล็กน้อย และ 8 - 10 คะแนน หมายถึง มีการรู้คิดปกติ

1.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Sciences, 2014) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติ 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 1 คือ พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นภายในชุมชนและสังคมได้ คะแนน 5 - 11 คะแนน เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 2 คือ ดูแลตนเองได้บ้าง และคะแนน 0 - 4 คะแนน เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 3 คือ พึ่งพาตนเองไม่ได้พิการ หรือทุพพลภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรมเขตที่ตั้งของวัด ผู้ช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย แหล่งบริการด้านสุขภาพที่ใช้บริการประจำ และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ

2) ข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรังแต่ละโรค จำนวนยาที่ใช้สำหรับโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคประจำตัว และจำนวนโรคร่วมของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคประจำตัวในปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ สุทธินันท์ คอดริงตัน และคณะ (Codrington et al., 2021) โดยปรับจากตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ สุทธินันท์ คอดริงตัน และคณะ (Codrington et al., 2021) โดยปรับคำในข้อคำถามให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม แต่ยังคงจำนวนข้อคำถามไว้เท่าเดิม ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 8 ข้อ ด้านการรับประทานยา 8 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ 3 ข้อ และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุหลายโรคร่วม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพระสงฆ์ผู้มีสมณศักดิ์ จำนวน



1 ท่าน หลังจากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุหลายโรคร่วม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .98

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม ไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) กับพระสงฆ์สูงอายุหลายโรคร่วมมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .86

2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบคงที่ (stability reliability) กับพระสงฆ์สูงอายุหลายโรคร่วมมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 รูป โดยเว้นระยะห่าง 2 สัปดาห์ ได้ค่าเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อพิจารณาการรับรองสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งภายหลังเมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ไปหากลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย หลังจากชี้แจงกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตามที่ต้องการจากผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยบันทึกวันที่และเวลาที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมลงใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย และได้รับหนังสืออนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล สัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม และสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม โดยวิธีการอ่านข้อคำถามให้ฟังแล้วให้พระสงฆ์สูงอายุเลือกคำตอบด้วยตนเอง ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลของแบบสอบถามทั้ง 88 ฉบับว่าข้อมูลครบถ้วนแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์คะแนนความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติจึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Pearson product-moment correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสาม (ร้อยละ 62.50) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีอายุเฉลี่ย 67.88 ปี (SD = 5.50) ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 32.96) มีจำนวนพรรษา 1 - 10 ปี และประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.00) มีจำนวนพรรษาอยู่ระหว่าง 11 - 20 ปี โดยจำนวนพรรษาเฉลี่ย 19.58 ปี (SD = 13.93) กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 27.27) มีการศึกษาทางโลกอยู่ระดับประถมศึกษา และเกือบ 1 ใน 4 (ร้อยละ 21.59) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ส่วนการศึกษาทางธรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.05) เป็นนักธรรมชั้นตรี กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 (ร้อยละ 63.64) ไม่มีผู้ช่วยในการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) มีแหล่งบริการด้านสุขภาพที่ใช้ประจำเมื่อเจ็บป่วย คือ โรงพยาบาลสงฆ์ ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างพักอาศัยภายในเขตที่ตั้งของวัด ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 87.50) โดยแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเกิน 2 ใน 3 (ร้อยละ 68.18) ได้รับมาจากบุคลากรทางการแพทย์ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 85.23 โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนโรคร่วมของแต่ละบุคคล 2 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 64.77) และเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.68) มีจำนวนยาที่ใช้สำหรับรักษาโรค 5 - 6 ชนิด ส่วนใหญ่จะไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 96.59) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคประจำตัวช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 100.00)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด 36 คะแนน สูงสุด 51 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 42.77 (SD = 4.24) ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกรายด้านระดับความรู้ด้านสุขภาพตามเกณฑ์ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 51.14 และระดับปานกลาง ร้อยละ 48.86 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเท่ากับ 15.16 คะแนน (SD= 1.70) อยู่ในระดับปานกลางโดยพบร้อยละ 46.60 และระดับสูงพบร้อยละ 53.40 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์เท่ากับ 15.85 คะแนน (SD= 1.81) อยู่ในระดับปานกลางโดยพบร้อยละ 40.90 และระดับสูงพบร้อยละ 59.10 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเท่ากับ 11.77 คะแนน (SD= 1.81) อยู่ในระดับปานกลางโดยพบร้อยละ 61.40 และระดับสูงพบร้อยละ 38.60

ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองต่ำสุด 93 คะแนน สูงสุด 111 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเท่ากับ 101.82 (SD = 5.49) ซึ่งอยู่ในระดับสูงเมื่อ



จำแนกระดับการจัดการตนเองตามเกณฑ์ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการจัดการตนเองในระดับสูง ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสอบถาม ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนน แบบ สัมภาษณ์	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ	ระดับ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม	14.00-56.00	15.00-56.00	$\bar{X} = 42.77$ $SD = 4.24$	สูง	43 (48.86)	45 (51.14)
- ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ระดับพื้นฐาน	5.00-20.00	5.00-20.00	$\bar{X} = 15.16$ $SD = 1.70$	สูง	41 (46.60)	47 (53.40)
- ความรอบรู้ด้าน สุขภาพระดับ ปฏิสัมพันธ์	5.00-20.00	5.00-20.00	$\bar{X} = 15.85$ $SD = 1.81$	สูง	36 (40.90)	52 (59.10)
- ความรอบรู้ด้าน สุขภาพระดับ วิจารณ์ญาณ	4.00-16.00	4.00-16.00	$\bar{X} = 11.77$ $SD = 1.81$	ปานกลาง	54 (61.40)	34 (38.60)
การจัดการตนเอง	26.00-104.00	56.00-103.00	$\bar{X} = 101.82$ $SD = 5.49$	สูง	-	88 (100.00)

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .76, p < .01$)

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่กำหนดไว้ โดยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุหลายโรค

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพระสงฆ์สูงอายุหลายโรคร่วมทั้งหมดได้รับการศึกษาทั้งทางโลก และทางธรรม โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณ 3 ใน 4 มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการฟัง พูด อ่าน และเขียน รวมถึงการทำความเข้าใจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเรื้อรังและสุขภาพของตนเอง เช่น ฉลากยา แผ่นพับ เอกสารนัดหมายต่าง ๆ ของโรงพยาบาล หรือ เอกสารให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ สามารถสกัดข้อมูล นิยามความหมายของข้อมูลจากการสื่อสารหลาย ๆ แหล่งทั้งจากบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมที่คล้ายกัน หรือ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น รวมทั้งสามารถคิดวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูล ดังการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร (Nilnate, 2014) ที่ทำการศึกษาคะแนนทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยของชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพ ($p < .001$)

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นพระสงฆ์สูงอายุตอนต้น คือ อายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 62.50) แล้วมีอายุเฉลี่ย 67.88 ปี (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นวัยที่ความสามารถในการเรียนรู้ และการรับรู้ลดลงไม่มากนัก การทำงานของระบบประสาทสัมผัสเสื่อมประสิทธิภาพลงเพียงเล็กน้อย เช่น การมองเห็น การพูดและการฟัง การรับรสและการได้กลิ่น เป็นต้น จึงทำให้สามารถประเมิน คิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ แยกแยะ และเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในระดับค่อนข้างดี ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ หรือ บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี และยังสามารถทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานที่จะนำมาปรับใช้สำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง และดำรงชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ โคบายาชิ และ คณะ (Kobayashi et al., 2014) ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับของความรู้ด้านสุขภาพ โดยอายุที่มากขึ้นจะมีผลต่อระดับของความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง และจากการศึกษาของ สมสุข ภาณุรัตน์ (Panurat et al., 2019) ที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุของอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.10, p < .05$)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ คือ โรงพยาบาลสงฆ์ (ร้อยละ 100) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสำหรับพระสงฆ์สูงอายุโดยเฉพาะ บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสงฆ์เป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อพระสงฆ์ และเข้าใจโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับพระสงฆ์เป็นอย่างดี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ภายในเขตที่ตั้งของวัดในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 87.50) จึงทำให้ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพอย่างโรงพยาบาลสงฆ์ภายในกรุงเทพมหานคร มีความสะดวกต่อการเดินทางมากกว่าพระสงฆ์สูงอายุในต่างจังหวัดของภูมิภาคอื่น ๆ ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ขณะมารับบริการ (ร้อยละ 68.18) โดยข้อมูลต่าง ๆ จะเป็นข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์นำเสนอให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาเลือกอย่างเหมาะสมกับโรคเรื้อรังของผู้ป่วยในแต่ละราย ส่งผลให้พระสงฆ์สูงอายุหลายโรคร่วมมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นได้

2. การจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุหลายโรคร่วม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของการจัดการตนเองในระดับสูง อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์สูงอายุตอนต้น คือ อายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 62.50) แล้วมีอายุเฉลี่ย 67.88 ปี (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นวัยที่ความเสื่อมของสภาพร่างกายลดลงไม่มากนัก ผู้สูงอายวยังคงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เสริมสร้างสุขภาพของตนเอง และจัดการกับสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และ



ควบคุมความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังหลายโรคด้วยตนเอง ดังการศึกษาของ พนิดา จันทรดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนา และ นันทวัน สุวรรณรูป (Jandeeakaewsakul, Watthayu, & Suwonnaroop, 2018) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเอง ($r = -.23, p < .01$) และจากการศึกษาของ ราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร, และ วรรณศิริ ประจันโน (Aramsin, Kerdku, Jarujit & Prachanno, 2018) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเอง ($r = -.01, p < .05$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุหลายโรค

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุหลายโรค พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .76, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า พระสงฆ์สูงอายุหลายโรคที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีการจัดการตนเองที่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพระสงฆ์สูงอายุนั้นมีทักษะพื้นฐานในการอ่านออกเขียนได้ การสื่อสาร และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ สิ่งเหล่านี้จะนำมาสู่กระบวนการคิดวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสมกับโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น (Qin & Xu, 2016) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานจะทำให้สามารถอ่านข้อมูลจากสื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้วนำมาวิเคราะห์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การอ่านเอกสารยินยอมรับการรักษา (consent form) การอ่านฉลากยา (medical label) วิธีการรับประทานยา ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Shaw, Armin, Torres, Orzech, & Vivian, 2012) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์จะเป็นการใช้ทักษะทางปัญญาร่วมกับทักษะทางสังคมเพื่อคัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสม และขอรับข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ หรือ ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพแล้วนำมาใช้เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของการรักษา และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างถูกต้องเหมาะสม (Wolf, Gazmararian & Baker, 2005) รวมถึงการเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการจัดการตนเองทั้งการจัดการทางการแพทย์ การจัดการบทบาทหน้าที่ และการจัดการด้านอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกโบเออร์, เดอวินเทอร์, สปูเนเบิร์ก, ไวน์เนีย, และ รีเอนเทเวส (Geboers, de Winter, Spoorenberg, Wynia, & Reijneveld, 2016) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุของประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($p < .001$) และจากการศึกษาของ ไล และคณะ (Lai et al., 2013) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .35, p < .005$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ คอดริงตัน และ คณะ (Codrington et al., 2021) ที่ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .55, p < .001$) และจากการศึกษาของ กรศศิ ชัยเดช (Chaidej, 2020) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .48, p < .001$)



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระสงฆ์อาหาร เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม

References

- Aramsin, R., Kerdku, P., Jarujit, S., & Prachanno, W. (2018). Self-management behaviors among patients with hypertension in Mueang District, Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(1), 68-71. (in Thai)
- Anurang, S. (2017). Multimorbidity in older persons: Situation, challenge issues, and care management. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(2), 1-14. (in Thai)
- Chaidej, K. (2020). *Health literacy and self-management among older monks with type 2 diabetes mellitus*. (Master's thesis). Chiang Mai University.
- Chiang Mai Province public health Office. (2018). *Handbook of DMS aging screening*. Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197 (in Thai)
- Codrington, S., Panuthai, S., & Khampolsiri, T. (2021). Health literacy and self-management among elderly monks with hypertension. *Nursing Journal*, 18(4), 268-280. (in Thai)
- Department of Medical Sciences (2014). *Screening/Assessment manual for the elderly*. Nonthaburi: Office of the Veterans Organization. (in Thai)
- Geboers, B., de Winter, A. F., Spoorenberg, S. L., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research*, 25(11), 2869-2877.
- Haseen, F., Adhikari, R., & Soonthorndhada, K. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatrics*, 10(1), 30. doi:10.1186/1471-2318-10-30
- Jandeekaewsakul, P., Watthayu, N., & Suwonnaroop, N. (2018). Factors predicting self-management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension. *Journal of Nursing Science*, 36(1), 31-43. (in Thai)
- Kobayashi, I., Kobayashi-Sun, J., Kim, A. D., Pouget, C., Fujita, N., Suda, T., & Traver, D. (2014). Jam1a-Jam2a interactions regulate haematopoietic stem cell fate through Notch signaling. *Nature*, 512, 319-323. doi:10.1038/nature13623



- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Suckling, J., Ruigrok, A. N., Chakrabarti, B., Ecker, C., ... Baron-Cohen, S. (2013). Biological sex affects the neurobiology of autism. *Brain*, 136(9), 2799-2815. doi:10.1093/brain/awt216
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education, history, definition, outcomes, and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- MGR Online. (2019). *Health crisis, hundreds of thousands of Thai monks are suffering from chronic non-communicable diseases*. Bangkok: MGR Online. (in Thai)
- Nilnate, W. (2014). *Health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok*. (Doctoral dissertation). Chulalongkorn University. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
- Panurat, S., Bhoosahas, P., Thutsaringkarnsakul, S., Krachangpho, P., Thuratham, W. & Natetipawan, P. (2019). Factors related to health literacy among the elderly in Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. *Journal of the Police Nurses*, 11(1), 86-94. (in Thai)
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441. doi:10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pornprasert, P., Pranear, K., Pornprasert, A., (2016). Quality of life of the Thai buddhist monks with chronic illnesses at Chaloeprachiat 60 Phansa Nawamintarachini Hospital Ubon Ratchatani Province. *Humanities Social Sciences Journal*, 7(1), 89-100. (in Thai)
- Qin, L., & Xu, H. (2016). A cross-sectional study of the effect of health literacy on diabetes prevention and control among elderly individuals with prediabetes in rural China. *BMJ Open*, 6(5). doi:10.1136/bmjopen-2016-011077
- Shaw, S. J., Armin, J., Torres, C. H., Orzech, K. M., & Vivian, J. (2012). Chronic disease self-management and health literacy in four ethnic groups. *Journal Health Community*, 17(Suppl. 3), 67-81. doi: 10.1080/10810730.2012.712623
- Sihapark, S., Kuhirunyaratn, P., & Chen, H. (2014). Severe disability among elderly community dwellers in rural Thailand: Prevalence and associated factors. *Ageing International*, 39(3), 210-220. doi:10.1007/s12126-013-9190-7
- Somroop, P. S., Chimhad, P., & Khaenamkhaew, D. (2022). A holistic health care to the monks in the area of Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of MCU Nakhondhat* 9(5), 226-239



Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946-1952.
doi:10.1001/archinte.165.17.1946



Health Literacy and Self-Management Among Elderly Ischemic Stroke Survivors*

ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ*

สุภาวดี จิตติมูล**

Supawadee Thitimoon**

ณัฐยานี สุวรรณคฤหาสน์***

Nattaya Suwankruhasn***

ศิริรัตน์ ปานอุทัย****

Sirirat Panuthai****

Abstract

Elderly ischemic stroke survivors with good self-management can reduce disability and complications, and prevent recurrent stroke. This correlational descriptive research investigated health literacy, self-management, and the correlation between health literacy and self-management in elderly ischemic stroke survivors. The participants were 88 older persons, diagnosed with ischemic stroke for 6 months or longer, who received treatment at a sub-district Health Promoting Hospital. Research instruments for data collection included the Personal and Illness Information Questionnaire, the Health Literacy for Elderly Ischemic Stroke Survivors Questionnaire, and the Self-Management for Elderly Ischemic Stroke Survivors Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results showed that health literacy among elderly ischemic stroke survivors was moderate ($\bar{X} = 39.56$, S.D. = 7.89). Self-management among elderly ischemic stroke survivors was high ($\bar{X} = 93.60$, S.D. = 9.81). Health literacy was positively and statistically correlated with self-management at a moderate level ($r = .386$, $p = .001$).

The results of this study provide basic information for health professionals to support self-management through promoting health literacy among elderly ischemic stroke survivors for enhancing health literacy.

Keywords: Self-management; Health literacy; Elderly ischemic stroke survivors

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

** Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
email: nattaya.s@cmu.ac.th

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

Received 20 April 2022; Revised 22 June 2022; Accepted 11 August 2022



บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีการจัดการตนเองที่ดีจะช่วยลดความพิการ และภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 88 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ และแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation.

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 39.56$, S.D. = 7.89) การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 93.60$, S.D. = 9.81) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .386$, $p = .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nattaya.s@cmu.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2018) พบว่าในแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5.5 ล้านคน สำหรับอัตราผู้ป่วยพบว่าในแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 13.7 ล้านคน มีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke survivors) ทั่วโลก สะสม 80 ล้านคน และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองในสหราชอาณาจักร พบมีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 1.3 ล้านคน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Stroke Association, 2021) โดยพบผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 60 และผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดออกในสมอง ร้อยละ 38 (American Stroke Association, 2021) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่ระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี ในปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 82, 78, และ 74 และในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 88, 84, และ 82 ตามลำดับ (Research Office for the Development of Thai Health Security, 2014) จากสถิติดังกล่าวสะท้อนเห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีชีวิตและสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ เสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ทักษะ และความมั่นใจ ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันต่อไปได้ แม้จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (American Stroke Association, 2019; American Stroke Association, 2021) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) จะเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด โดยพบประมาณร้อยละ 85 – 87 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (American Stroke Association, 2021) ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ได้แก่ ความอ่อนแรงของร่างกายด้านใดด้านหนึ่ง บางรายมีการเบี้ยวเบนใบหน้า มีความเหนื่อยล้า เกร็ง บางรายอาจมีอาการชัก การเปลี่ยนแปลงด้านการสื่อสารและการรับรู้ ได้แก่ มีความลำบากในการติดต่อสื่อสาร อาจมีอาการสับสน จำในช่วงสั้น ๆ การรับข้อมูลใหม่อาจช้า ทำให้คิดซ้ำตัดสินใจช้า การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ ได้แก่ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย อาจมีภาวะหลงลืมรวมถึงสมองเสื่อม สับสน เครียด รำคาญ รู้สึกวิตกกังวล กลัว รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า โดดเดี่ยว โกรธ ซึมเศร้า ไม่เพลิดเพลิน ขาดความสนใจ นอนหลับยาก (American Stroke Association, 2019)

เป้าหมายหลักของการดูแลผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองแม้ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ลดความพิการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายเป็นประจำ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การทำจิตใจให้แจ่มใส การงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา (American Stroke Association, 2019) แต่พบว่าผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงปฏิบัติตนเองไม่เหมาะสมในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา จากการศึกษาของ ปทิตตา ทรวงโพธิ์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, และ เจียมจิต แสงสุวรรณ (Suangpho, Srisaenpang & Saengsuwan, 2014) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 82 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยคิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว ไม่เป็นอะไรแล้ว หายดีแล้ว และไม่ต้องรับประทานยาอีก จึงไม่มารับการติดตามการรักษา และจากการศึกษาของ สุจิตรา คุ่มสะอาด, วิณา เทียงธรรม, และ เพ็ญพิศ สุวรรณอำไพ (Khumsa-ard, Thiangtham & Suwan-ampai, 2017) ที่ศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

จำนวน 220 ราย อายุ 35-80 ปี พบว่า การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับสภาวะโรค และการไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จะเห็นได้ว่า หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อาจลดผลกระทบด้านต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิตภายใต้ข้อจำกัดทางร่างกาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการถาวรได้

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลในการจัดการกับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังในแต่ละวัน อย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต เพื่อควบคุมสภาวะความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยนั้นได้ ซึ่งจะต้องอาศัยคำแนะนำ และความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบมี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการแพทย์ ได้แก่ การจัดการยา การจัดการอาหาร การจัดการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการด้านกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย (Thai Stroke Society, 2018) 2) การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นผู้ป่วย วางแผนการดูแลร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปรับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและบุคลากรทางการแพทย์ตามการพร้อมของการสื่อสาร (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2015) และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เครียด หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล ท้อแท้ กลัว และซึมเศร้า โดยการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายอารมณ์ การหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอารมณ์ (Stroke Association, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีการจัดการตนเองในระดับต่ำถึงปานกลาง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุ และผู้ที่เป็โรคเรื้อรัง จะมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น จากการศึกษาของ กวน, วัง, และ เหลียน (Guan, Wang, & Lian, 2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะพักฟื้น 15 วัน ถึง 6 เดือน ในประเทศจีน จำนวน 440 ราย ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .863$, $p < .01$) และรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเอง ($F=2.641$, $p=.049$) นอกจากนี้จากการศึกษาของ โซ ชุก ฮี, และ ยุน คยองซุน (Sook Hee & Kyung Soon, 2016) ที่ศึกษาอิทธิพลของความไม่แน่นอนปัจจัยเสี่ยงทางสรีรวิทยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r=.78$, $p<.001$) และจากการศึกษาของ เกบ-เบิร์ส, วินเทอร์, สปูเรนเบิร์ก, ไวเนีย, และ ไรจ์เนฟเวลด์ (Geboers, Winter, Spoorenberg, Wynia, & Reijneveld, 2016) ที่ศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 1,052 ราย ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ($\beta = .34$, $p < .001$) จะเห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบสามารถที่จะจัดการตนเองได้ การที่ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบจะมีการจัดการตนเองที่ดีได้ต้องอาศัยการแสวงหาข้อมูล การเข้าใจข้อมูลข่าวสาร การวิเคราะห์และเลือกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจข้อมูล และใช้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติให้เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง (Nutbeam, 2000)



ประกอบด้วย 1) ทักษะทางปัญญา (cognitive skill) คือ ทักษะในการอ่านและการเขียน การเข้าใจ เข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะทางสังคม (social skill) คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแสวงหาข้อมูล การได้รับข้อมูลที่หลากหลาย และการแลกเปลี่ยนข้อมูล ทั้งนี้ความรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) คือ ทักษะความรู้ความเข้าใจและสามารถสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) คือ ทักษะทางปัญญาขั้นสูง เป็นความสามารถในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสามารถประเมินข้อมูลสุขภาพ เปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อใช้ข้อมูลและแหล่งบริการในการจัดการสุขภาพตนเองได้เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ดังการศึกษาของ เฉิน และคณะ (Chen et al., 2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในประเทศจีน จำนวน 82 ราย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .33, p < .001$) และการศึกษาของ ยาดาฟ และคณะ (Yadav et al., 2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีหลายโรค ในประเทศเนปาล จำนวน 238 ราย อายุระหว่าง 18 ถึง 70 ปีพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองระดับปานกลาง ($r = .367, p < .001$) ซึ่งองค์ความรู้ที่พบไม่สามารถอธิบายในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ เนื่องจากการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบมีการปฏิบัติตัวที่แตกต่างจากกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น เพราะมีพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง และผลกระทบที่แตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นที่ต้องมีการจัดการที่ต่างกันไป มีความพร้อมทางร่างกายหรือความพิการหลงเหลืออยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเองและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นอย่างไร
2. ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบจะมีความพร้อมทางร่างกายและความพิการตามมา ส่งผลทำให้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มีข้อจำกัด เพื่อให้ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติเดิม จึงต้องมีการจัดการตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม การจัดการตนเองตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) การจัดการทางการแพทย์ 2) การจัดการกับบทบาท และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ โดยผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบจะสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้สำเร็จต้องอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งเป็นความสามารถในการเข้าใจในเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการด้านการแพทย์ เข้าถึงข้อมูล สามารถที่จะสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรด้านสุขภาพ และสามารถคิดวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ จนนำมาปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและอารมณ์ของตนเอง เพื่อให้ดำรงชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้ ความรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ โดยผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในระดับสูงจะช่วยให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ 1) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medicine, Ministry of Public Health, 2014) ได้ 12 คะแนนขึ้นไป 2) การรับรู้สติปัญญาเป็นปกติ โดยใช้แบบประเมินภาวะการรับรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ที่สร้างโดย ไฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ที่แปลโดย ประคอง อินทรสมบัติ (Intarasombat, 1996) ได้ 8 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) (Cohen, 1988) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Polit & Beck, 2004) จากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลที่อำเภอเมือง จังหวัดน่าน เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบมากเป็นอันดับ 2 รองจากอำเภอบัว และมียัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคมากที่สุด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยสุ่มตำบลแบ่งพื้นที่ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นทิศเหนือ ทิศใต้ ทิศตะวันออก และทิศตะวันตก จับฉลากสุ่มรายชื่อตำบล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement and proportionate sampling) ตามสัดส่วนที่

กำหนดของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานทราย 8 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาสิงห์ 10 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำทอง 9 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูใต้ 10 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อสวก 11 ราย และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 40 ราย รวมเป็น 88 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย สิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ การอ่อนแรงของร่างกาย กำลังกล้ามเนื้อแขนและขา จำนวนโรคประจำตัวรวม ชื่อโรคประจำตัวรวม จำนวนยาที่รับประทาน แหล่งบริการด้านสุขภาพหลักเมื่อเจ็บป่วย และแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้วิจัยปรับใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริญญา นพเคราะห์, โรจน์จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ (Noppakraw, Chintanawat & Khampolsiri, 2020) มีจำนวนข้อคำถามรวมทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันจำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณจำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง โดยคะแนนการปฏิบัติทางบวก ไม่เคย 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน และบ่อยครั้ง 4 คะแนน คะแนนการปฏิบัติทางลบ ไม่เคย 4 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน และบ่อยครั้ง 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14 ถึง 56 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 14.00 ถึง 28.00 คะแนน หมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ช่วงคะแนน 28.01 ถึง 42.00 คะแนน หมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 42.01 ถึง 56.00 คะแนน หมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency) โดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .89

3. แบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาแปล และนำมาดัดแปลง จากแบบประเมินการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (the Stroke Self-management Behaviours Performance Scale) ของ โล, ชาง และ เซา (Lo, Chang & Chau, 2016) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย และ 10 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติดีเยี่ยม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 110 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 0.00 ถึง 36.00 คะแนน หมายถึงมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ช่วงคะแนน 36.01 ถึง 73.00 คะแนน หมายถึงมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 73.01 ถึง 110.00 คะแนน หมายถึงมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .90 หาความเชื่อมั่นโดยการตรวจสอบความคงที่ (stability) ของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) และหาค่า Pearson product-moment

correlation (Drost, 2011) ได้เท่ากับ .99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 067/2564 ผู้วิจัยขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ เนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการสวมหน้ากากอนามัย อยู่ในระยะห่างประมาณ 2 เมตร และผู้ร่วมวิจัยสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสเอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ และแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยการอ่านข้อคำถาม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบด้วยตนเองโดยไม่มีการอธิบายใด ๆ และใช้ระยะเวลา 30 - 45 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้เกณฑ์พิจารณา ดังนี้ ถ้าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) $r = 1$ หมายถึงมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ ถ้า $r = 0.70$ ถึง 0.99 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ถ้า $r = 0.30$ ถึง 0.69 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ถ้า $r = 0.01$ ถึง 0.29 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ถ้า $r = 0$ หมายถึงไม่มีความสัมพันธ์กัน (Burns & Grove, 2009)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย เป็นเพศชาย 47 ราย (ร้อยละ 53.41) และเพศหญิง 41 ราย (ร้อยละ 46.59) อายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 63.64) อายุเฉลี่ย 68.58 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 61.37) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.00) ลักษณะการอยู่อาศัย อยู่กับสามี ภรรยา และบุตร (ร้อยละ 52.27) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 94.32) สิทธิการรักษาพยาบาลสิทธิหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 76.14) ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 1 - 5 ปี (ร้อยละ 64.77) มีการอ่อนแรงของร่างกายซีกซ้าย (ร้อยละ 52.27) กำลังกลืนเนื้อแข็งและขา อยู่ในเกรด 5 (ร้อยละ 44.32) มีจำนวนโรคประจำตัวรวม 2 โรค (ร้อยละ 42.05) และโรคประจำตัวรวมที่พบมากที่สุดคือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 92.05) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 86.36) แหล่งบริการด้านสุขภาพหลักเมื่อเจ็บป่วยคือโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 100) และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพ (ร้อยละ 100)



ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่ามีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด 22.00 คะแนน สูงสุด 56.00 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 39.56 (SD = 7.89) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 64.77 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 29.55 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.68

ข้อมูลการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่ามีคะแนนการจัดการตนเองต่ำสุด 72.00 คะแนน สูงสุด 106.00 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 93.60 (SD = 9.81) อยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกตามระดับคะแนนการจัดการตนเอง 3 ระดับ พบว่ามีการจัดการตนเองระดับสูง ร้อยละ 87.50 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.50 และไม่พบในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสอบถาม ช่วงคะแนนที่ได้ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่และร้อยละของระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนแบบสอบถาม	ช่วงคะแนนที่ได้ (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $\bar{x}$ (SD)	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14.00 - 56.00	22.00 - 56.00	39.56 (7.89)	ปานกลาง	
ระดับต่ำ	14.00 - 28.00				5 (5.68)
ระดับปานกลาง	28.01 - 42.00				57(64.77)
ระดับสูง	42.01 - 56.00				26(29.55)
การจัดการตนเอง	00.00 - 110.00	72.00-106.00	93.60 (9.81)	สูง	
ระดับปานกลาง	36.01 - 73.00				11(12.50)
ระดับสูง	73.01 -110.00				77(87.50)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .386$, $p = .001$)

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบมีทักษะทางปัญญาที่สามารถอ่านเอกสารให้คำแนะนำ แผ่นพับ และอ่านฉลากยาได้ สามารถที่จะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และคัดเลือกข้อมูลที่ต้องการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบสามารถที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยกับบุคคลอื่น และสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 63.64) มีอายุเฉลี่ย 68.58 ปี ซึ่งเป็น



ผู้สูงอายุตอนต้นที่มีศักยภาพในการรับรู้ การคิด การตัดสินใจที่ดี อีกทั้งมีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.37) ได้รับการศึกษาระดับพื้นฐานทำให้มีความสามารถอ่านและเขียนได้ ทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ และยังพบว่ามีความสุขภาพสมรส (ร้อยละ 75.00) ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร (ร้อยละ 52.27) เมื่อเจ็บป่วยมีผู้ดูแลโดยเกี่ยวข้องเป็น คู่สมรส บุตร หลาน พี่ หรือน้อง (ร้อยละ 94.32) จะได้รับการช่วยเหลือในด้านข้อมูลสุขภาพ ช่วยให้คำปรึกษา ค้นหาข้อมูลและช่วยตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในช่วง 1 – 5 ปี (ร้อยละ 64.77) ซึ่งในระยะเวลาเจ็บป่วยไม่นานจะมีความตระหนักถึงสุขภาพตนเอง สนใจค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง และการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพหลักคือโรงพยาบาลชุมชน และได้รับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพโดยตรงกับบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ร้อยละ 100 สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังไม่สามารถพิจารณาข้อมูลด้านสุขภาพหรือวิเคราะห์ข้อมูลบางอย่างได้ เช่น ความเหมาะสมและถูกต้องของข้อมูล การนำข้อมูลที่รับมาไปใช้กับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง และการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่รับมาจะไม่สามารถวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ข้อมูลบางอย่างได้ ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษารังนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของ จ้าว, จ้าว และ ลี (Zhao, Zhao & Li, 2020) ที่ศึกษาลักษณะประชากรทางสังคมกับสถานะความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในมณฑลจี๋หลิน ประเทศจีน อายุ 45-69 ปี จำนวน 588 ราย พบว่าความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ผลการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบสามารถจัดการตนเองได้ดีทั้ง 3 ด้าน จากการสอบถามการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ สามารถจัดการด้านการแพทย์ ได้แก่ ออกกำลังกายเป็นประจำ มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่คำนึงถึงสุขภาพ รับประทานยาตรงเวลา รับประทานอาหารตามคำแนะนำ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบสามารถจัดการด้านบทบาท ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ติดต่อกับเพื่อนๆ อย่างสม่ำเสมอ และการร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบสามารถจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ จัดการกับอารมณ์ของตนเองเมื่อเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมองและสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความพึงการน้อย กำลังกล้ามเนื้อแขนและขา อยู่ในเกรด 5 (ร้อยละ 44.32) สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพสมรส (ร้อยละ 75.00) อยู่อาศัยกับคู่สมรส และบุตร (ร้อยละ 52.27) โดยมีผู้ดูแล (ร้อยละ 94.32) ซึ่งครอบครัวช่วยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าลดลง (Ahn, Lee, Jeong, Kim & Park, 2015) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความร่วมมือในการจัดการสุขภาพตนเอง และเมื่อเจ็บป่วยเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพหลักคือโรงพยาบาลชุมชน และได้รับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพโดยตรงจากบุคลากรด้านสุขภาพที่เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 100) สามารถไปใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและปรึกษาปัญหาสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้ไม่มีอารมณ์เครียด กังวล ทำให้ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพตนเองที่ดี รวมถึงมีสิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 76.14) ไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล และระยะเวลาการเป็น

โรคหลอดเลือดสมองตีบ ในช่วงระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 64.77) ซึ่งเป็นระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ มีภาวะแทรกซ้อนไม่มาก ความพิการมีน้อย ส่งผลให้การปฏิบัติตนไม่ซับซ้อน สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี เป็นวัยที่มีความเสื่อมตามสภาพทางกายไม่มาก มีการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ เล็น และคณะ (Ren et al., 2020) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศจีน จำนวน 203 ราย หลังจากได้รับวินิจฉัยในช่วง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าระดับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = .386, p = .001$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความรู้ด้านสุขภาพดีจะส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉิน และคณะ (Chen et al., 2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในประเทศจีน จำนวน 82 ราย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .33, p < .001$) จากการศึกษาของ ยาดาว และคณะ (Yadav et al., 2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีหลายโรค ในประเทศเนปาล จำนวน 238 ราย อายุระหว่าง 18 ถึง 70 ปี พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองระดับปานกลาง ($r = .367, p < .001$) จากการศึกษาของ อามานี แดมะยู, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ พนิดา จันทโสภีพันธ์ (Daemayu, Panuthai & Juntasopeepun, 2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = .469, p < .01$) และจากการศึกษาของ ไฮเจแมนส์, เวฟริจินส์, รีดเดอร์เมกเกอร์, วานส์เตอร์วาส และ ริทเคนส์ (Heijmans, Waverijn, Rademakers, van der Vaart & Rijken, 2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 1,341 ราย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในกลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่ได้อาศัยในชุมชนเมือง



References

- Ahn, D.-H., Lee, Y.-J., Jeong, J.-H., Kim, Y.-R., & Park, J.-B. (2015). The effect of post-stroke depression rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post-stroke depression. *Annals of Rehabilitation of Medicine*, 39, 74-80.
- American Stroke Association. (2019). *A guide for patients and caregivers: Life after stroke our path forward*. Retrieved from https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/life-after-stroke/Life-After-Stroke-Guide_7819.pdf
- American Stroke Association. (2021). *Life after stroke*. Retrieved from <https://www.stroke.org/en/professionals/stroke-survivor-2-survivor>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Chen, Y. C., Chang, L. C., Liu, C. Y., Ho, Y. F., Weng, S. C., & Tsai, T. I. (2018). The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 265-275. doi:10.1111/jnu.12377
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daemayu, A., Panuthai, S., & Juntasopeepun, P. (2020). Correlation between health literacy and self-management amongst older Thai Muslims with hypertension. *Journal of Thailand Nursing*, 35(3), 87-107. (in Thai)
- Department of Medicine, Ministry of Public Health. (2014). *Guide to screening/evaluation of the elderly*. Nonthaburi: The Veterans Organization's Welfare Press Office. (in Thai)
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2015). *Handbook practice guidelines for stroke patients' caregiver*. Chonburi: Somdej Phra Sangharaj Nganasamvara Geriatric Hospital. (in Thai)
- Drost, E. A. (2011). Validity and reliability in social science research. *International Perspectives on Higher Education Research*, 38(1), 105-124.
- Geboers, B., Winter, A. F., Spoorenberg, S. L., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research*, 25(11), 2869-2877.
- Guan, F. G., Wang, M., & Lian, X. Q. (2018). The status quo and influence of self-management behaviors in convalescent stroke patients. *Frontiers of Nursing*, 5(2), 119-125. doi:10.2478/fon-2018-0016
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 41-48.
- Intarasombat, P. (1996). Health assessment in the elderly. *Ramathibodi Nursing Journal*, 2(3), 44-56. (in Thai)



- Khumsa-ard, S., Thiangtham, W., & Suwan-ampai, P. (2017), Behavior factors related to recurrent stroke. *Journal of Public Health Nursing*, 31(Special Edition), 13-26. (in Thai)
- Lo, S. H. S., Chang, A. M., & Chau, P. C. (2016). Study protocol: A randomised controlled trial of a nurse-led community-based self-management programme for improving recovery among community-residing stroke survivors. *BMC Health Services Research*, 16, 387. doi:10.1186/s12913-016-1642-9
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Noppakraw, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020), Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ren, X-R., Wei, Y. Y., Su, X-N., Hua, Y., Shao, P., Xiao, T., ... Guo, H-X. (2020). Correlation between self-perceived burden and self-management behavior in elderly stroke survivors: A longitudinal observational study. *Medicine (Baltimore)*, 99(44). doi: 10.1097/MD.00000000000022862
- Research Office for the Development of Thai Health Security. (2014). *The complete report, a study of differences between stroke services health benefits and outcomes: A quantitative study*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Stroke Association. (2012). *Emotional changes after stroke*. Retrieved from <https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/Emotional%20changes%20after%20stroke.pdf>
- Stroke Association. (2021). *Living with stroke*. Retrieved from <https://www.stroke.org.uk/effects-of-stroke>
- Suangpho, P., Srisaenpang, P., & Saengsuwan, J. (2014), Self-care behaviors of older persons with recurrent stroke. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 8(4), 9-25. (in Thai)
- Thai Stroke Society. (2018). How to take care of patient with stroke? *Journal of Thai Stroke Society*, 17(2), 25-40.
- World Stroke Organization. (2018). *World stroke organization annual report 2018*. Retrieved from <https://www.world-stroke.org>



Yadav, U. N., Lloyd, J., Hosseinzadeh, H., Baral, K. P., Bhatta, N., & Harris, M. F. (2020). Self-management practice, associated factors and its relationship with health literacy and patient activation among multi-morbid COPD patients from rural Nepal. *BMC Public Health*, 20, 1-7. doi:10.1186/s12889-020-8404-7

Zhao, C., Zhao, M., & Li, C. (2020). The health literacy status and influencing factors of the high-risk stroke population in Jilin Province. *Journal of Public Health*, 30, 855-860.



Effect of PITS-Based Education on Health Literacy Among Older Persons with Type-2 Diabetes*

ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2*

นัตยา	ยาก่อง**	Nattaya	Yakong**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์***	Nattaya	Suwankruhasn***

Abstract

For good disease control in older persons with diabetes, they need enhanced health literacy. This experimental research aims to examine the effect of a PITS-based education program on health literacy in older persons with type-2 diabetes. The 54 participants were selected by simple random sampling from older persons with type-2 diabetes attending the Health Promoting Hospital, Hang Dong District, Chiang Mai Province, and 27 participants were randomly assigned into either the control or experimental groups. The experimental group received the PITS-based education program, consisting of group and individual education, with 5 sessions for a duration of 3 weeks, while the control group received usual care. The experimental tool included the PITS-based education program for older persons with type-2 diabetes and data collection tools which consisted of a personal and illness data record form and the health literacy questionnaire for older persons with type-2 diabetes. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon Signed Rank test.

The results showed that the mean health literacy scores of older persons with type-2 diabetes who received the PITS-based education program were significantly higher than those who received usual care ($p < .001$). After receiving education, participants had significantly higher mean health literacy scores than before ($p < .01$).

The results showed that education based on the PITS model can enhance health literacy. Therefore, the education program could be useful for health personnel to use as a guideline for enhancing older persons with type-2 diabetes to have better health literacy.

Keywords: Health literacy; Older persons with type-2 diabetes; PITS-based education program

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

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

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

Received 9 May 2022; Revised 23 May 2022; Accepted 26 May 2022

**บทคัดย่อ**

การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะควบคุมโรคได้ดีต้องได้รับการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 ราย คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ แบบรายกลุ่มและรายเดี่ยวจำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลารวม 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test สถิติ Mann-Whitney U test และสถิติ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมากกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงถึงผลของการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ที่สามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นโปรแกรมการให้ความรู้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพในการนำไปเป็นแนวทางการส่งเสริมผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การให้ความรู้ตามหลักพิทส์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nattaya_y@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,872,510 คน คิดเป็นร้อยละ 20.22 ของประชากรผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 ซึ่งมีร้อยละ 19.67 และ 20.14 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2021) และจากข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 1.7 และมีความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็นร้อยละ 18.6 ในผู้สูงอายุชาย อายุ 60-69 ปี และร้อยละ 24.6 ในผู้สูงอายุหญิง อายุ 70-79 ปี นอกจากนี้ ยังพบผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานแต่ยังคงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 44.8 (Aekplakorn, 2021) ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้นำมาสู่อัตราการเสียชีวิตที่สูง โดยในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,588 คน คิดเป็นอัตรา 25.30 คนต่อประชากรแสนคน (Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2020) อีกทั้ง โรคเบาหวานในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus) มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป อาจไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาในเวลาที่เหมาะสม (Chentli, Azzoug & Mahgoun, 2015) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตจากเบาหวาน (Grossman & Porth, 2014)

การรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา โดยการรักษาด้วยยา ได้แก่ การให้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน และการฉีดอินซูลิน ส่วนการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้และการสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ซึ่งในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจเริ่มต้นด้วยการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตก่อน หากยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จึงจะมีการรักษาด้วยยา (Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2017) ซึ่งการรักษาและควบคุมโรคเบาหวานให้บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายเป็นบทบาทหลักของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนการนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นความเข้าใจภาวะสุขภาพที่ประกอบด้วยค่านิยมส่วนตัวและการให้ความสำคัญกับสิ่งต่าง ๆ โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกำกับการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามการตีความของแต่ละบุคคล (Stewart, 2012) จึงสามารถกล่าวได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะด้านสุขภาพของบุคคลเพื่อการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจึงประกอบด้วยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทำความเข้าใจ และใช้เป็นแนวทางการสนับสนุนและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นทักษะในการอ่านเขียนและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะทางสังคมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคคลอื่นเพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพ และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับคิดวิเคราะห์หรือระดับวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสุขภาพอย่างมีวิจารณ์ญาณ สามารถเจรจาต่อรองกับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการจัดการสุขภาพของตน (Nutbeam, 2000) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ มีความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (Nutbeam, 2015)

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบ 6 ด้านของนัทบีม (Nutbeam, 2000; Suebpan, Boonyamalik, & Kerd-mongkol, 2021) 2) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของเบกเกอร์ (Baker, 2006; Pannark, Moolsart, & Kaewprom, 2017) 3) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองเส้นทางความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy pathway model) ของ เอ็ดเวิร์ด, วัตต์, ดาวิส และเอ็ดเวิร์ด (Edwards, Wood, Davies & Edwards, 2012; Sarin, Moolsart & Chailimpamontree, 2019) และ 4) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพิทส์ (PITS model) (Stewart, 2012) เมื่อจัดกลุ่มของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จะพบว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ นัทบีม, แนวคิดของเบกเกอร์ และแนวคิดของ เอ็ดเวิร์ด, วัตต์, ดาวิส และเอ็ดเวิร์ด เป็นการส่งเสริมความรู้สุขภาพที่เน้นบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นผู้กำหนดขอบเขตเนื้อหาในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (provider-oriented approach) แต่การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพิทส์ เป็นแนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านการให้ความรู้ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-oriented approach) โดยกำหนดขอบเขตเนื้อหาตามสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย (patient's informational season) และมีการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ และนำข้อมูลไปใช้ตามสถานะทางสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบัน พบว่ายังมีข้อจำกัดในการสอนผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความพร่องในการมองเห็น การได้ยิน มีการจดจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้น้อย และสับสน (Singhasem, Krinara & Tiparat, 2019) จึงไม่สามารถสอนผู้สูงอายุได้โดยการให้ความรู้ในครั้งเดียว จำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบการสอนและการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความรู้ และความสามารถของแต่ละบุคคล อันจะทำให้เกิดทักษะทางสังคม และทักษะทางปัญญา และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้ (Nutbeam, 2015)

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (patient education) คือการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีเป้าหมายที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการเรียนรู้รายบุคคล และเก็บจำความรู้ไว้ในระยะยาวเพื่อการปรับใช้ในอนาคต (Stewart, 2012) โดยรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่รอบรู้ด้านสุขภาพของตนเองนั้น จำเป็นต้องใช้หลักการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือการวางแผนและการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงกับสถานะด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งรูปแบบการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ที่พัฒนาขึ้นโดย เมลิสซา เอ็น สจ๊วต ในปี ค.ศ. 2012 (Stewart, 2012) ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลพยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology: P) คือข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงการเกิดการเปลี่ยนแปลง (indication: I) ข้อมูลการรักษา (treatment: T) และข้อมูลเฉพาะบุคคล (specific: S) โดยมีการจัดเรียงลำดับข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงข้อมูล จนเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การแลกเปลี่ยนข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพ มีการแตกย่อยข้อมูล และทำความเข้าใจโดยเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของตน มีการตีความข้อมูลที่ได้รับ นำไปสู่การตัดสินใจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการศึกษาผลของการให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในประเทศศรีลังกาของ คอเรย์, มอร์ริสซีย์, เวย์ดีอาร์น, บอลล์, และ สุมานาไทเล็ค (Cooray, Morrissey, Waidy-arathne, Ball & Sumanathilake, 2018) ที่ใช้หลักการสอนพิทส์เป็นกรอบแนวคิดในการให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายบุคคล พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้มีคะแนนทักษะและเทคนิคการเข้าถึง การร่วมมือในการบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)



จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยการให้ความรู้ตามหลักพิธส์ พบการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ซึ่งไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับผู้สูงอายุได้ เนื่องจากความแตกต่างในการรับรู้และความจำที่อาจลดลงจากการเสื่อมตามวัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิธส์ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิธส์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิธส์ระหว่างก่อนและหลังการให้ความรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิธส์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิธส์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับความรู้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักของพิธส์ (Stewart, 2012) ในการกำหนดเนื้อหาและวิธีการให้ความรู้ โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ข้อมูลอาการแสดงหรืออาการที่เป็นข้อบ่งชี้ ข้อมูลการรักษา และข้อมูลเฉพาะบุคคล ทำให้เกิดการส่งผ่านข้อมูลสู่ผู้ป่วย มีการสะท้อนคิดและการสอนกลับ เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย ร่วมกับการใช้แบบประเมินความเข้าใจของบุคคลในการประเมินความเข้าใจและการนำข้อมูลไปปฏิบัติ ซึ่งการให้ข้อมูลที่มีการจัดลำดับและหมวดหมู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแตกย่อยข้อมูลที่ได้รับ และทำความเข้าใจโดยเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของตน มีการตีความข้อมูลที่ได้รับ นำไปสู่การตัดสินใจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งนี้ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งทักษะทางปัญญาและทักษะสังคม จากการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อนำไปใช้ ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพจนถึงระดับคิดวิเคราะห์หรือวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2000)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิธส์ต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรที่เข้าถึงได้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 6 เดือน และรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน 2) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of medical services Ministry of Public Health, 2014) ได้ 12 คะแนนขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Province Public Health Office, 2018) ได้ 8 คะแนนขึ้นไป 4) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) มีความสนใจและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 6) มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ฉบับภาษาไทย โดย จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำพลศิริ (Noppakror, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.00-42.00 คะแนน และ 7) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบการวิเคราะห์ทางสถิติ (statistical power table) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทำนาย (power) ที่ .80 และมีขนาดของความสัมพัทธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นระดับปานกลางในงานวิจัยทางการแพทย์ (Burns & Grove, 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน และปรับขนาดเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop-out rate) เพิ่มร้อยละ 20 ดังนั้น ในการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยสุ่มเลือกตำบลในอำเภอหางดงมา 1 ตำบลจากทั้งหมด 11 ตำบล เลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) คัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดถ้าไม่ผ่านคุณสมบัติจะมีการสุ่มแบบไม่แทนที่ทดแทน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 27 คน (simple random assignment)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามหลักพิทส์ ประกอบด้วยเนื้อหาเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในหัวข้อพยาธิสรีรวิทยา อาการหรืออาการแสดงที่เป็นข้อบ่งชี้ การรักษาและข้อมูลเฉพาะบุคคล (Stewart, 2012) และการถ่ายทอดเนื้อหาประกอบด้วย การประเมินความต้องการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การสะท้อนคิด และการสอนกลับ กิจกรรมการสอนจำนวน 5 ครั้ง โดยเป็นการสอนรายกลุ่ม 4 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ร่วมกับการสอนรายบุคคล 1 ครั้ง ๆ ละ 15-30 นาทีต่อคน ระยะเวลารวม 3 สัปดาห์

1.2 คู่มือความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ครอบคลุมเนื้อหาพยาธิสรีรวิทยา อาการหรืออาการแสดงที่เป็นข้อบ่งชี้ และการรักษาโรคเบาหวาน โดยคู่มือเป็นแบบรูปเล่มเอกสาร (hard copy) มีคำบรรยายประกอบภาพสี และมีภาพคิวอาร์โค้ด (Quick Response code: QR code) สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเพื่อเปิดดูวิดีโอที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และเปิดดูคู่มือฉบับที่เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (electronic book: E-book)



1.3 สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นวิดีโอให้ความรู้ในหัวข้อพยาธิสรีรวิทยา อาการหรืออาการแสดงที่เป็นข้อบ่งชี้ และการรักษาโรคเบาหวาน ลักษณะเป็นวิดีโอรูปแบบแอนิเมชันอินโฟกราฟิก (Infographics Animation) ประกอบด้วย ตัวละครบรรยายเนื้อหาความรู้ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยาย ความยาวประมาณ 4.19-12.30 นาที โดยวิดีโออยู่ในรูปแบบออนไลน์บนคลาวด์ (Cloud Computing) ซึ่งสามารถเข้าดูวิดีโอได้โดยการใช้โทรศัพท์มือถือสแกนรูปคิวอาร์โค้ดในคู่มือ

1.4 แบบประเมินความเข้าใจของบุคคล (Understanding Personal Perception Scale [UPP scale]) ฉบับภาษาไทย โดย วิชาญ ใจมาลัย, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ พนิดา จันทโสภีพันธ์ (personal communication, October, 31, 2021) เป็นมาตรวัดแบบสัญลักษณ์ (visual feature of Likert scale) ได้แก่ รูปพระอาทิตย์แสดงถึงความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูล และรูปก้อนเมฆแสดงถึงความสับสน แบ่งความเข้าใจเป็น 5 ระดับ ระดับที่ 1 คือเข้าใจข้อมูลชัดเจน แสดงด้วยรูปพระอาทิตย์ส่องแสงเต็มที่ ไม่มีก้อนเมฆปรากฏ จนถึงระดับที่ 5 คือข้อมูลขาดความชัดเจนโดยสิ้นเชิง แสดงด้วยรูปก้อนเมฆดำสนิท ไม่มีพระอาทิตย์ปรากฏ ประเมินด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพของท่านชัดเจนเพียงใด และ 2) คุณสามารถนำข้อมูลนี้ไปปฏิบัติได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ตนเองต่อเดือน แหล่งรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย สิทธิการรักษาพยาบาล และระดับการศึกษา ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน จำนวนการรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานในรอบปีที่ผ่านมา แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และจำนวนครั้งของการได้รับการเยี่ยมบ้าน

2.2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ฉบับภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakror et al., 2020) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 14-56 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แผนการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คู่มือความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลอง แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .78 และการทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในกับผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87

การพิชิตสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 116/2564 รหัสโครงการ 2564-EXP094 ร่วมกับได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอหางดง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าตอล ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิชิตสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องให้การวิจัยสิ้นสุด พร้อมทั้งขอความยินยอมโดยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงมีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีมาตรการป้องกัน ได้แก่ การคัดกรองอุณหภูมิและประวัติเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการวิจัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การจัดให้มีเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ และสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะดำเนินกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย คัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ และรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย และประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง โดยการนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ตามแผนการสอนจำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 และ 2 เป็นการให้ความรู้แบบกลุ่ม ๆ ละ 9 คน จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง และการรักษาโรคเบาหวาน โดยมีการใช้เทคนิคสะท้อนคิดและการสอนกลับในการให้ความรู้ ร่วมกับการตรวจสอบความเข้าใจโดยใช้แบบประเมินความเข้าใจของบุคคลภายหลังการให้ความรู้ในแต่ละครั้ง และภายหลังการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนเนื้อหาโดยการอ่านคู่มือและดูสื่อวีดิทัศน์

สัปดาห์ที่ 3 เป็นการให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย โดยเป็นการนัดพบที่บ้านของผู้ป่วยแต่ละราย ใช้เวลา 15–30 นาทีต่อคน จำนวน 1 ครั้ง และตรวจสอบความเข้าใจด้วยแบบประเมินความเข้าใจของบุคคล

3. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติโดยการให้คำแนะนำ ความรู้ หรือแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการติดตามเยี่ยมบ้านที่ดำเนินการโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสัปดาห์ที่ 1-3

4. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 เพื่อประเมินผลด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ รายได้ตนเองต่อเดือน จำนวนยารักษาโรคเบาหวานที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานด้วยสถิติ Chi-Square test ข้อมูลด้านอายุด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานในรอบปีที่ผ่านมา และจำนวนครั้งของการได้รับการเยี่ยมบ้านด้วยสถิติ Fisher exact Probability test และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานด้วยสถิติ independent t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากนั้นทดสอบการกระจายตัวของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนก่อนการทดลองมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนคะแนนหลังการทดลองมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และหลังการทดลองด้วยสถิติ



independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้ความรู้ตามหลักพิธด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.07 และ 81.48 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 66.07 ปี (SD = 5.53) ในกลุ่มควบคุม และ 67.48 ปี (SD = 4.47) ในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 88.89 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 74.07 ของกลุ่มทดลอง) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.07 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 88.89 ของกลุ่มทดลอง) มากกว่าครึ่งของกลุ่มควบคุมและน้อยกว่าครึ่งของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 55.56 และ 44.44 ตามลำดับ) มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มควบคุม และมากกว่าครึ่งของกลุ่มทดลองมีแหล่งรายได้มาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 37.04 และร้อยละ 59.26 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร และญาติ (ร้อยละ 88.89 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 92.59 ของกลุ่มทดลอง) และทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในส่วนของคุณภาพการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานตั้งแต่ 1-30 ปี ($\bar{X}$ = 11.74, SD = 9.18) ในกลุ่มควบคุม และ 1-22 ปี ($\bar{X}$ = 8.37, SD = 6.02) ในกลุ่มทดลอง ประมาณสองในสามของกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 66.67) ได้รับการรักษาโรคเบาหวาน 2 ชนิด และประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 51.85) ได้รับการรักษาโรคเบาหวาน 1 ชนิด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประมาณสองในสาม (ร้อยละ 62.96 และ 66.67 ตามลำดับ) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 92.59 และ 100 ตามลำดับ) เกือบทั้งหมดของกลุ่มควบคุมและทั้งหมดของกลุ่มทดลองมีแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 92.59 และ 100 ตามลำดับ) ประมาณสองในสามของกลุ่มควบคุม และสามในสี่ของกลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 66.67 และ 74.07 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test พบว่าก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังให้ความรู้ตามหลักพิธ

คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มควบคุม (n=27)			กลุ่มทดลอง (n=27)			ค่าสถิติ	p-value
	range	$\bar{X}$	SD	Range	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	24-42	34.37	1.23	24-42	35.85	1.09	U=-.625	.532
หลังการทดลอง	24-44	34.41	5.07	43-55	49.26	3.50	t=-12.52	.000*

*p<.001



การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	35.85	1.09	-4.549	.000*
หลังการทดลอง	49.26	3.50		

* $p < .001$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 27 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิทส์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิทส์มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้ตามหลักของพิทส์ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า การให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นตามหลักพิทส์ (Stewart, 2012) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ป่วย โดยอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง (self-expert) ในขณะที่บุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (health-expert) ดังนั้นกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และการวางแผนจัดเรียงลำดับการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประมวลข้อมูลที่ได้รับจนเกิดเป็นความเข้าใจ ประกอบด้วยข้อมูล 1) พยาธิสรีรวิทยา คือ ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เช่น การทำงานที่ผิดปกติของตับอ่อน 2) อาการหรืออาการแสดงของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย น้ำหนัลด 3) การรักษาโรคเบาหวานเช่น การใช้ยาและการปรับพฤติกรรมการบริโภค และ 4) ข้อมูลการรักษาเฉพาะบุคคล เช่น การควบคุมโรคร่วม นอกจากการจัดเรียงเนื้อหาเพื่อง่ายต่อการเชื่อมโยงแล้ว นักวิจัยยังใช้วิธีการถ่ายทอดเนื้อหาที่ช่วยให้การส่งข้อมูลแก่ผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยสามารถรับข้อมูลได้ตามที่ต้องการโดยใช้วิธีการสะท้อนคิดและการสอนกลับ ร่วมกับการประเมินความเข้าใจในทุกครั้งของการสอน ซึ่งการสอนด้วยการสะท้อนคิดคือการให้กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงสิ่งที่ตนเองมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง อาการ และการนำแผนการรักษาไปปฏิบัติ ทั้งก่อนและหลังการให้ข้อมูล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบประสบการณ์หรือสิ่งที่ตนเองปฏิบัติกับสิ่งที่ควรจะเป็น ช่วยให้ผู้มีความเข้าใจได้มากขึ้น นอกจากนี้การสอนด้วยวิธีการสอนย้อนกลับ คือการให้กลุ่มตัวอย่างได้ถ่ายทอดข้อมูลที่รับจากผู้วิจัย เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่นักวิจัยถ่ายทอดให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการตรวจสอบความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจะได้มีการเติมข้อมูลในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจคลาดเคลื่อนได้



จากกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างนักวิจัยและกลุ่มตัวอย่างผ่านกระบวนการรับข้อมูล และตรวจสอบความเข้าใจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีการจัดกลุ่มข้อมูลเป็นหมวดหมู่เพื่อนำมาวิเคราะห์และตีความโดยพิจารณาจากประสบการณ์เดิมควบคู่ไปด้วยจนเกิดเป็นความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพของตนเองอย่างถ่องแท้ และสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนวิถีการปฏิบัติในการจัดการกับโรคเบาหวานของตนเอง คือ การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การจัดการยาโรคเบาหวาน การดูแลเท้า การจัดการอาการแทรกซ้อน และการไปตรวจตามนัด ส่วนการจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการความเครียด และการจัดการด้านบทบาท คือ การประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คอเรย์ และคณะ (Cooray et al., 2018) ที่ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนารูปแบบการให้ความรู้ตามหลักพิธ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนทักษะและเทคนิคการเข้าถึง การร่วมมือในการบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัย ได้มีการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และมีเกณฑ์คัดเข้าเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง แสดงให้เห็นว่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเกิดจากผลของการให้ความรู้ตามหลักพิธ ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามจำนวนครั้ง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นที่มีอายุ 60 – 69 ปี และมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานน้อยหรืออาจยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้มาก (Sirikutjatuporn, Wirojratana, & Jitramontree, 2017) จึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบและนำไปสู่การมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน จึงทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสนใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพจนมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตารัตน์ อุตตะมะ และ เกษแก้ว เสียงเพราะ (Attama & Seangpraw, 2019) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการเข้าถึงข้อมูลสามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิธที่มีการจัดลำดับเนื้อหาและหมวดหมู่ จำนวน 5 ครั้ง สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ โดยเพิ่มความเข้าใจในข้อมูล จนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจทางด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้น การให้ความรู้ตามหลักพิธ จึงเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ที่สามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการให้ความรู้ตามหลักพิธไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเข้าร่วมโปรแกรมให้ครบตามจำนวนครั้งเพื่อให้มีความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำโปรแกรมการให้ความรู้ตามหลักพิศไปทดสอบประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์ในด้านพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

References

- Aekplakorn, W. (Ed.). (2021). *National health examination surveys* (6th ed.). Nonthaburi: Augson Graphic and Design. (in Thai)
- Auttama, N., & Seangpraw, K. (2019). Factors predictor health literacy among older adults with risk hypertension disease, Phayao Province. *Journal of Health Education*, 42(2), 75-85. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883. doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- Chentli, F., Azzoug, S., & Mahgoun, S. (2015). Diabetes mellitus in elderly. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 19(6), 744-752.
- Chiang Mai Province Public Health Office. (2018). *Elderly screening form in community level* [document file]. Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/181112154199948456.doc
- Cooray, B. P. R., Morrissey, H., Waidyarathnec, E. I., & Ball, P. A. (2018). The impact of individual health education on health literacy: Evaluation of the translated version (Sinhala) of health education impact questionnaire in type 2 diabetes. *International Journal of Diabetes Research*, 5(2), 1-8.
- Department of medical services Ministry of Public Health. (2014). *Guide for the elderly screening/assessment* (2nd ed.). Nonthaburi: War Veterans Organization Office of Printing Mill. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes* (2nd ed.). Pratuntani: Romyen Media. (in Thai)
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12, 130. doi.org/10.1186/1471-2458-12-130
- Grossman, S. & Porth, M. C. (2014). *Porth's pathophysiology: Concepts of altered health states*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministry of Public Health. (2021). *Diabetes rate in 2021*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd (in Thai)



- Noppakror, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261.
(in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 16-21.
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2020). *Number and mortality rate in 2016-2019* [document file]. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Pannark, P., Moolsart, S., & Kaewprom, C. (2017). The effectiveness of a program for health literacy development of the patients with uncontrolled type 2 diabetes at Bangwua District, Chachoengsao Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(2), 91-106. (in Thai)
- Sarin, S., Moolsart, S., & Chailimpamontree, W. (2019). The effectiveness of a health literacy development program in patients with type 2 diabetes risking to chronic kidney disease. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(2), 81-101. (in Thai)
- Singhasem, P., Krinara, P., & Tiparat, W. (2019). Correlation between health literacy and health behaviors in older people: A survey research in a community, Trang Province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 37-51. (in Thai)
- Sirikutjatuporn, K., Wirojratana, V., & Jitramontree, N. (2017). Factors predicting self-management behaviour of elderly type 2 diabetes patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(1), 81-93. (in Thai)
- Stewart, M. N. (2012). *Practical patient literacy: The medagogy model*. New York: McGraw-Hill Medical.
- Suebpan, J., Boonyamalik, P., & Kerdmongkol, P. (2021). Effects of a health literacy promotion program on health behaviors in older adults with uncontrolled type 2 diabetes. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 109-124.



Health Literacy and Health Promoting Behaviors Among Muslim Older Adults*

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม*

กามีละ	ซ่ง**	Kamilah	Song**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
ภารดี	นานาสิลป์****	Paradee	Nanasilp****

Abstract

Health promoting behaviors in the elderly result in well-being. This research aimed to describe health literacy, health promoting behaviors and the relationship between health literacy and health promoting behaviors of Muslim older adults. The sample consisted of 197 Muslim older adults living in Muang District, Pattani Province. The participants were recruited by multi-stage random sampling. Data were collected using the Health Literacy and the Health Promoting Behaviors questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The research revealed that:

1. Most Muslim older persons (98.98%) had functional health literacy.
2. Muslim older persons had health promoting behaviors at a moderate level. Considering each behavior, spiritual growth, interpersonal relationship, stress management and nutrition were at a good level. Health responsibility was at a moderate level, and physical activity was at a fair level.
3. Health literacy showed a positively significant relationship with health promoting behaviors at a high-level ($r = .56, p < .05$).

The results of this study could serve as information for health care teams to plan for modifying health promoting behaviors for Muslim older persons by improving health literacy, especially communicative/interactive and critical health literacy.

Keywords: Health literacy; Health promoting behaviors; Muslim older adults

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

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

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

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



บทคัดย่อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดสุขภาวะ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมุสลิมจำนวน 197 ราย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 98.98)
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการเจริญทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านจัดการความเครียด และด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้
3. ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับจิตวิญญาณ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมุสลิม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: meesong.msc@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจำนวนประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการรายงานสถิติประชากรของโลกพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน 1 ใน 8 ของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2015 โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั่วโลกในปี ค.ศ. 2030 (United Nations, 2015) สำหรับประเทศไทยอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2557 โดยมีการกระจายตัวอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ โดยในภาคใต้มีร้อยละ 12 (National Statistical, 2015) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้สูงอายุภาคใต้ ร้อยละ 19 นับถือศาสนาอิสลาม และเป็นร้อยละ 77.8 ของผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามทั่วประเทศ และพบว่า จังหวัดปัตตานีมีผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุภาคใต้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุภาคอื่น ๆ โดยพบว่า ผู้สูงอายุภาคใต้ร้อยละ 23.7 ที่อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้ (Pattani Governor, 2015)

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนำมาซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยด้านร่างกาย โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุภาคใต้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง (National Statistical, 2015) นอกจากอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วกลุ่มชาวมุสลิมยังมีเอกลักษณ์ในการบริโภคอาหารที่ปฏิบัติกันมายาวนาน เช่น โรตีสาน แกงมัสมั่น แกงกะทิ ปลาเค็ม น้ำบูดู เนื้อเค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง (Treemongkuntip & Sarakul, 2005) และยังพบว่าร้อยละ 84 ของชาวมุสลิมมีการปรุงอาหารประเภททอด (Abu, 2006) นอกจากนี้ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย เนื่องจากมีความสนใจการปฏิบัติธรรมทางศาสนา เข้าปฏิบัติศาสนกิจในมัสยิด อ่านคัมภีร์อ่านกุรอาน (Vaivanjit, Makeng, & Chintara, 2015) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) คือ การกระทำของบุคคล หรือ การปฏิบัติตน เพื่อเพิ่มการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (Pender, 1996) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในตำบลกะมียอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พบว่าผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมทางศาสนาจิตวิญญาณ ร้อยละ 99 แต่ไม่เคยมีพฤติกรรมออกกำลังกายถึงร้อยละ 48.8 (Abu, 2006) จึงมีความสำคัญต่อบุคลากรที่ดูแลสุขภาพในการหาวิธีในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพ มีหลายปัจจัยโดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งองค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้ประชากรทั่วโลกมีความรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และนำข้อมูลมาปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam, 1998)

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ทักษะทางสติปัญญา และทักษะทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ใช้ข้อมูลเพื่อการส่งเสริม และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (World Health Organization, 1998) โดยจำแนกไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะต้องพัฒนา 6 ด้านที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam, 2008) จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 99.5 และความรู้ทางด้าน



สุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.5 แม้ว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะอยู่ในระดับที่ต่ำ แต่สามารถปรับปรุงพัฒนาส่งเสริมเพื่อให้สามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ สามารถเข้าถึงข้อมูลหลากหลายแหล่ง และเมื่อได้รับข้อมูลแล้วสามารถวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai, 2016) จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Ginggeaw, & Prasertsri, 2016)

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและในต่างประเทศในช่วงเวลาที่ผ่านมาพบข้อมูลการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุปกติและผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปทั้งในด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดปัตตานี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้รับบริการให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมเป็นอย่างไร
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางสติปัญญา และเป็นทักษะทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานซึ่งบุคคลจะต้องมีทักษะในการอ่านออกเขียน ฟังได้ เพื่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ซึ่งบุคคลต้องสามารถสกัดข้อมูลจากการสื่อสารหลายช่องทางเพื่อให้ได้ความหมายและใช้ข้อมูลเพื่อมาปรับเปลี่ยนเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และบุคคลจะต้องมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณโดยจะต้องวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้บุคคลจะต้องมีทักษะที่สำคัญเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ด้านความรู้ ความเข้าใจ 3) ด้านการสื่อสารสุขภาพ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการจัดการตนเอง 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้บุคคลมีทักษะในการค้นหา และวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ จะช่วยให้สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพและร่วมมือ หรือ มีส่วนร่วมกับบุคลากรสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการ

ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีโดยประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด (Pender, 1996) ที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่อยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Sciences, 2014) โดยได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน
2. มีสติปัญญาการรับรู้ปกติจากการประเมินสติปัญญาโดยใช้แบบทดสอบทางสติปัญญา (Mental Status Questionnaire: MSQ) ของ คาร์, โกลด์ฟาร์บ, พอลแลค และ เพค (Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck, 1960) โดยได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน
3. สามารถพูดสื่อสารภาษาไทย หรือ ภาษายาวี ได้
4. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี power analysis กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ขนาดของอิทธิพล (effect size) ที่นำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.20 จากการเปิดตารางของ โพลิต และ เบคค์ (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 197 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) คือ สุ่มตำบลมา 4 ตำบล จาก 13 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี หลังจากนั้นสุ่ม 2 หมู่บ้าน จากแต่ละตำบลที่ถูกสุ่มได้ รวมทั้งหมด 8 หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน และเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันในแต่ละหมู่บ้านคือ 24-25 คน และมีความใกล้เคียงกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน อาชีพในอดีต รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ภาษาที่ใช้สื่อสาร โรคประจำตัว การใช้ยาและจำนวนยาที่ใช้ประจำ ชนิดยาที่ใช้ประจำ แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำ สิทธิการรักษา และการได้รับการเยี่ยมบ้าน

2. แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางด้านสุขภาพของ วรณศิริ นิลเนตร และคณะ (Nilnate et al., 2016) ประกอบด้วยความรู้ 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ด้านการตัดสินใจทางด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการตนเองทางด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ และด้านการรู้เท่าทันสื่อทางด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

การแปลคะแนน โดยภาพรวมจะแบ่งคะแนนเป็นระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ 1) ข้อคำถามที่วัดระดับพื้นฐาน จำนวน 11 ข้อ เมื่อคุณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานคะแนนเต็มเท่ากับ 3.12 คะแนน กลุ่มระดับพื้นฐาน คือ ผู้ที่ได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐานร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ ≥ 1.56 คะแนน 2) ข้อคำถามที่วัดระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 14 ข้อ เมื่อคุณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานคะแนนเต็มเท่ากับ 4.34 คะแนน กลุ่มระดับปฏิสัมพันธ์ คือ ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐาน และข้อคำถามวัดระดับปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ ≥ 5.29 คะแนน 3) ข้อคำถามที่วัดระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 13 ข้อ เมื่อคุณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานคะแนนเต็มเท่ากับ 4.00 คะแนน ออกกลุ่มระดับวิจารณ์ญาณ คือ ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถาม วัดระดับปฏิสัมพันธ์ และข้อคำถามวัดระดับวิจารณ์ญาณร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ ≥ 9.46 คะแนน

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ศิริมา วงค์แหลมทอง (Wonglamthong, 1998) ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 51 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ กิจกรรมทางกาย จำนวน 8 ข้อ การเจริญทางจิตวิญญาณ จำนวน 9 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 9 ข้อ การจัดการกับความเครียด จำนวน 8 ข้อ และโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ระดับคะแนนของแต่ละข้อมีตั้งแต่ระดับ 1-4 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 51-204 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (validity)

ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางด้านสุขภาพและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่ได้หาความตรงของเครื่องมือ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2.1 แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางด้านสุขภาพของ วรรณศิริ นิลเนตร (Nilnate et al., 2016) ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นโดยแยกเป็นรายด้าน ดังนี้

2.1.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นใช้วิธี Kuder Richardson (KR 20) ได้เท่ากับ .84

2.1.2 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเองทางด้านสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจทางด้านสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .96, .68, .62, .90, .42 ตามลำดับ

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ศิริมา วงค์แหลมทอง (Wonglamthong, 1998) ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .97

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

2.1 คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ



พรรณนา โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ ของระดับคะแนน

2.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำข้อมูล ทั้ง 2 ชุด มาทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov- Smirnov test ก่อนการวิเคราะห์หา ความสัมพันธ์ พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ของ โคเฮน (Cohen, 1988)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.54 ปี (SD = 6.02) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 63.45 เป็นเพศชาย ร้อยละ 43.15 เพศหญิง ร้อยละ 56.85 ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 20.81 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.61 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.93 ในปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.92 และ ในอดีตประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21.83 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 50.25 แหล่งที่มาของรายได้จาก เบี้ยยังชีพ ร้อยละ 60.49 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 64.97 อาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 37.06 มีจำนวน สมาชิกในครอบครัว 4-6 คน ร้อยละ 45.18 กลุ่มตัวอย่างดูแลตนเอง ร้อยละ 67.51 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.70 ใช้ภาษามลายูในการสื่อสาร ร้อยละ 70.56

ข้อมูลความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.98 (n = 63) เป็นโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.13 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวไข้หวัด ร้อยละ 31.47 และได้รับยารับประทาน 1 ชนิด ร้อยละ 10.15 ใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 53.81 สิทธิในการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ร้อยละ 84.27 และได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 61.42 โดยผู้เยี่ยมส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 23.35 ได้รับการเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 69.42 กิจกรรมของการเยี่ยม คือ การวัดความดันโลหิต ร้อยละ 54.55

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม (n = 197)

ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ	จำนวนข้อคำถาม	คะแนนเมื่อคูณค่าน้ำหนัก	เกณฑ์คะแนนที่ใช้ในการจัดกลุ่ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ขั้นพื้นฐาน	11	3.12	≥ 1.56	195	98.98
ขั้นปฏิสัมพันธ์	14	4.34	≥ 5.29	2	1.02
ขั้นวิจรรณญาณ	13	4.00	≥ 9.46	0	0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 98.98 และอยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 1.02

ตารางที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม (n = 197)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.73	0.89	ปานกลาง
2. กิจกรรมทางกาย	2.54	0.76	พอใช้
3. การเจริญทางจิตวิญญาณ	3.05	0.74	ดี



ตารางที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม (n = 197) (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.18	0.67	ดี
5. การจัดการความเครียด	3.21	0.74	ดี
6. โภชนาการ	3.07	0.67	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	151.16	33.90	ปานกลาง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 151.16, SD = 33.90) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม (n = 197)

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ระดับ
	r	p-value	ความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.56*	.000	สูง

*p<.05

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .05$)

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 98.98) และอยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 1.02 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 63.45) เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง ซึ่งมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยทำให้การเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร และคณะ (Nilnate et al., 2016) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 99.5) โดยสาเหตุเกิดจากการมีอายุมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เคสเซอร์, คีน, สโมเทอส์, และ โรเจอร์ (Chesser, Keene, Smothers, & Rogers, 2016) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.61) อธิบายได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาจะสามารถเข้าใจข้อมูลทางด้านข้อความคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล มีการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุ คงเจริญ และ นันทิมา นาคพงศ์ (Khongjarean & Nakaphong, 2019) เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด

พะเยา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากการอ่านออกเขียนได้ ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถที่จะค้นหาหรือแสวงหาข้อมูล ทำให้การเข้าถึงเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แต่ยังคงขาดความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับขั้นพื้นฐาน

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 151.16$, $SD = 33.90$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 67.54 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น ส่งผลให้ยังคงความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนวล พูลเกษร (Poolkason, 2001) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.61) ซึ่งถือว่าทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการศึกษาในระดับประถมศึกษาจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถหาข้อมูลความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรดาว จิตโสภาคกุล (Jitsopakul, 2015) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 35.03 และยังทำงานเกือบร้อยละ 40 ส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุอาจจะไม่มีเวลาดูแลตนเอง ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือแหล่งบริการที่จะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (Jitsopakul, 2015) และยังพบว่าหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่เพียงลำพัง หรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้น และดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.51) อาจทำให้ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการดูแลตนเองหรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 79.70) อาจทำให้ขาดโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหรือได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกัญจน์ สกุลปัญญวัฒน์ (Skulpunyawat, 2014) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุชาวมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ มนทิยา กงลา และ จรวย กงลา (Kongla & Kongla, 2015) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 2.73$, $SD = 0.89$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 53.81 และเมื่อไม่สบายหรือรู้สึกผิดปกติก็อาจจะมีการปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่ดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุนำความรู้ที่นำมาเป็นพฤติกรรมในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิสร์ แก้วแดง, และ ธิษณ นามวงศ์ (Kadudom, Kaewdaeng, & Namwong, 2009) ที่พบว่าพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาค้นครั้งนี้ยังพบอีกว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ ($Mean = 2.54$, $SD = 0.76$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.70 ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายในชมรมจะสนุกสนาน เพราะมีเพื่อนสมาชิกหลายคน แต่การออกกำลังกายในบ้านของผู้สูงอายุกระทำเพียงคนเดียวทำให้ไม่มีแรงกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (Kongla & Kongla, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 40 ที่ยังทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ สำหรับด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี ($Mean = 3.05$, $SD = 0.74$) ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดกาความเครียด

และด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.93) ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี สามารถจัดการกับความเครียดได้ มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เนื่องจากมีแรงส่งเสริมในการปฏิบัติ ซึ่งสถานภาพสมรสจะส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีของกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยเสริมแรงเพิ่มแรงจูงใจ และให้การสนับสนุนในการมีพฤติกรรมด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านการบริโภคอาหารที่ดี (Wonglamthong, 1998)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .05$) เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิม มีความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 98.98) ซึ่งความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นทักษะที่เพิ่มขีดความสามารถ ของบุคคล และครอบครัว มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีการควบคุมปัจจัยด้านส่วนบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะของบุคคล และครอบครัว ทำให้มีการเต็มเต็มการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) ซึ่งความรู้ทางด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน บุคคลจะต้องมีทักษะในการอ่านออก เขียน ฟังได้ เพื่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยทำให้เกิดทักษะที่มีความจำเป็นในการแสวงหาการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง จึงกล่าวได้ว่าความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมุสลิม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายพื้นที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมที่อยู่ในเขตเมืองให้ครอบคลุม
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลสนับสนุนให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจลนญาณ
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อนำมาสู่การกำหนดแนวทางการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย
4. ศึกษาปัจจัยอื่น ในผู้สูงอายุมุสลิมตอนกลาง ตอนปลาย และศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครบทุกพฤติกรรม โดยรวม และ/หรือ เลือกเฉพาะบางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มมุสลิม

References

- Abu, A. (2006). *Self-care behavior of the Muslim elderly at Tambon Kamiyar Amphoe Muang, Changwat Pattani*. Retrieved from http://k4ds.psu.ac.th/k4ds_search/pdf/projects/1537.pdf (in Thai)
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
- Chesser, A. K., Keene W. N., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2(1), 1-13.



Department of Medical Sciences (2014). *Screening/Assessment manual for the elderly*.

Nonthaburi: Office of the Veterans Organization. (in Thai)

Ginggeaw, S., Prasertsri, N. (2016). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54. (in Thai)

Jitsopakul, N. (2015). Factors related to health promoting behaviors older persons in Bung San Village, Okarak District, Nakhon Nayok Province. *Journal Pratumthani University*, 6(3), 171-178. (in Thai)

Kadudom, P., Kaewdaeng, K., & Namwong, T. (2009). Health behavior of the elderly in the East. *Journal of Nursing Prapuklaw*, 18(1), 26-38. (in Thai)

Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117(4), 326-328.

Khongjarean, P. K., & Nakaphong, N. (2019). Health intelligence and health promoting behaviors and disease prevention of the elderly in Muang District, Phayao Province. *Journal of Social Academic*, 12(2), 239-247. (in Thai)

Kongla, M., & Kongla, J. (2015, June). *Promotion behaviors of the elderly in the Tambon Thani health promoting hospital Amphoe Sritha Udon Thani Ghangwat*. National Conference and Presentation of national research Creativity and Development to advance to the ASEAN community. Nakhon Ratchasima College, Nakhon Ratchasima Province.

National Statistical. (2015). *Population survey older adults in Thailand*. Retrieved from http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm (in Thai)

Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in Thai elders, Bangkok Thailand. *Journal Health Research*, 30(5), 315-320. (in Thai)

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

Pattani Govenor. (2015). *Population statistics in Pattani*. Retrieved from <http://pattanidopa.go.th/content/cate/2> (in Thai)

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.



- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poolkason, N. (2001). *The factors affecting health promoting behaviors among the elderly in Kamphaeng Phet Province* (Master's thesis). Mahidol University. (in Thai)
- Skulpunyawat, S., (2014). Health promotion behaviors of Muslim elders in case of Okarak District Nakhon Nayok Province. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 353-360. (in Thai)
- Treemongkuntip, S., & Sarakul, A. (2005). Nutrition cultural of Thai Muslims: Health perspectives. Retrieved from <http://www.repository.rmutt.ac.th/xmlui/handle/123456789/144> (in Thai)
- United Nations. (2015). *World population prospects the 2015 revision*. Retrieved from https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
- Vaivanjit, S., Makeng, M., & Chintara, N. (2015). *The effects of Muslim ways of life on health promotion activity*. Retrieved from http://padatabase.net/uploads/files/01/doc/486_NCPA2015_p126-145.pdf (in Thai)
- Wonglamthong, S., (1998). *Personal factor perceived benefits of health promoting behaviors and health promoting behaviors of the elderly* (Master's thesis). Chiang Mai University. (in Thai)
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary health education and health promotion unit* (HEP). Retrieved from http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf



Illness Representation and Coping with Dying Among Patients with End-stage Renal Disease*

ภาพตัวแทนความเจ็บป่วย และการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต
ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย*

ญาณิน	เงินศรีสุข**	Yanin	Ngernsrisuk**
ทิพาพร	วงศ์หงส์กุล***	Tipaporn	Wonghongkul***
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช***	Chiraporn	Tachaudomdach***

Abstract

The number of patients with end-stage renal disease (ESRD) is increasing. This disease affects a patient's illness representation as well as results in a life-threatening confrontation. The purposes of this descriptive study were to determine the levels of illness representation and coping with dying, as well as to explore the relationship between illness representation and coping with dying in patients with ESRD. The 306 participants were purposively selected after consideration of the inclusion criteria. The data collection instruments consisted of a demographic data form, the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), and the Coping with Dying Questionnaire. The validity and reliability of the instruments were examined. Five experts assessed the content's quality. When the confidence test was performed in end-stage renal failure patients with similar characteristics to the group, the content conformance index was 1.0. The Kuder-Richardson-20 method was used to determine the internal homogeneity of the 16 samples. A confidence value of .92 was obtained.

The results of the study showed that the participants had a moderate level of overall illness representation ($\bar{x} = 38.72$, $SD = 10.84$). The mean scores of coping with dying were at a high level ($\bar{x} = 58.36$, $SD = 16.62$). Regarding the relationship, the results showed that the illness representations subscale of personal control ($r_s = -.130$, $p < 0.05$) and coherence ($r_s = -.154$, $p < 0.01$) had a significantly negative correlation with coping with dying.

The results from this study provide basic information about illness representation and coping with dying, as well as the relationships between both variables. These results will benefit nurses in their provision of appropriate care for patients with ESRD and will benefit further research.

Keywords: Illness representation; Coping with dying; End-stage renal disease

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

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: yanin_may@hotmail.com

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

Received 7 January 2019; Revised 18 February 2019; Accepted 11 March 2019



บทคัดย่อ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรคนี้ส่งผลต่อการรับรู้ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อสุขภาพและชีวิต การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของภาพตัวแทนความเจ็บป่วย ระดับของการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต และความสัมพันธ์ของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 306 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาพตัวแทนความเจ็บป่วยฉบับย่อ และแบบวัดการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 และเมื่อทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย ด้วยวิธีการหาความเป็นเอกพันธ์ภายในโดยใช้วิธีการของ Kuder-Rechardson-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยภาพตัวแทนความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 38.72$, $SD = 10.84$) คะแนนเฉลี่ยการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 58.36$, $SD = 16.62$) และภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านการควบคุมโรคด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.130$, $p < 0.05$) รวมทั้งภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านความเข้าใจโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.154$, $p < 0.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับภาพตัวแทนความเจ็บป่วย และการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม และเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ: ภาพตัวแทนความเจ็บป่วย การเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: yanin_may@hotmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 7 มกราคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 18 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่ตอบรับบทความ 11 มีนาคม 2562

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นโรคที่มีความรุนแรง มีอัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี ค.ศ. 2017 พบประชากรป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 3.25 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.9 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 (Fresenius Medical Care, 2018) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี และยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 6 ของประเทศไทย (Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2018) สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2556-2559 พบผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 1,562, 1,881, 2,128 และ 2,270 คน (Medical Record and Statistics, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2017) จะเห็นได้ว่าจำนวนโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งในระดับโลกและในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

ผลจากการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและต้องรับการรักษาตลอดชีวิต ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ โดยผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมักได้รับประสบการณ์ใกล้ตายและเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิต แม้ว่าจะยังไม่ถึงระยะใกล้ตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องภาพตัวแทนเกี่ยวกับความตายและระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 14 ราย พบว่า ผู้ป่วยมองเรื่องความตายเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ตระหนักว่าการเสียชีวิตเป็นผลลัพธ์จากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยทุกรายตระหนักว่าสามารถเสียชีวิตได้จากไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย บางรายยอมรับว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ และบางรายกลัวการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย 2) การตายได้ใกล้เข้ามา ผู้ป่วยส่วนใหญ่อธิบายว่าเคยมีประสบการณ์ใกล้จะเสียชีวิต บางรายอธิบายว่าเคยผ่านการตายแล้วฟื้นกลับมาอีกครั้ง 3) คิดอยากฆ่าตัวตายหรือเลิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากการที่ไม่สามารถทำนายโรคได้ ทำให้การทำงานและเข้าสังคมลดลง รวมถึงคุณภาพชีวิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากคิดที่จะตัดสินใจฆ่าตัวตายหรือเลิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 4) เตรียมตัวตายเมื่อยังมีชีวิตอยู่ มีผู้ป่วยเพียงบางรายที่พูดถึงการวางแผนการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย (Molzahn et al., 2012) นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตตลอดการเจ็บป่วย โดยพบการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระดับความรู้สึกละเปลี่ยนแปลง พยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ต้องพบกับประสบการณ์การเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตและความตายตลอดการเจ็บป่วย (Johnson, 2015) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความตายและภาวะคุกคามต่อชีวิตในอัตราสูง ซึ่ง ลีเวนทาล และคณะ (Leventhal et al., 1997) มีแนวคิดว่าการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดภาพตัวแทนของความเจ็บป่วย โดยได้ให้ความหมายของภาพตัวแทนความเจ็บป่วย (illness representation) ว่าหมายถึงความเชื่อ ความเข้าใจ ความคิด และความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรืออาการทางร่างกาย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งคุกคามสุขภาพจะรับรู้ภาพตัวแทนความเจ็บป่วย 2 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านความคิด ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ลักษณะเฉพาะ หมายถึง ลักษณะหรืออาการเฉพาะของโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ 2) ระยะเวลา หมายถึง ระยะเวลาการเจ็บป่วยหรือระยะเวลาที่ต้องรักษาตามที่ผู้ป่วยรับรู้ เช่น เรื้อรัง หรือเฉียบพลัน 3) สาเหตุ หมายถึง สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วย 4) ผลกระทบ หมายถึง ผลกระทบจากโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วย อาจรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมากหรือน้อย และ 5) การควบคุม/การรักษา หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อว่าสามารถควบคุมโรคด้วยการรักษา หรือการปฏิบัติตัว

ด้านที่ 2 ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ความรู้สึก เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อสิ่ง

คุณภาพชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กับภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านความคิด โดยการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกมีอิทธิพลมาจากประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งรวมถึงด้านความกังวล โดยภาพตัวแทนความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเข้าใจอาจไม่ใช่เช่นเดียวกับที่แพทย์หรือพยาบาลเข้าใจ โดยมีการประเมินความสามารถในการเข้าใจด้วยภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านความเข้าใจโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาพตัวแทนความเจ็บป่วยในผู้ป่วยไตเรื้อรัง พบการศึกษาที่สวีเดนของ พาเกิลส์, โซเดอควิสต์, และ ฮีว (Pagels, Soderquist, & Heiwe, 2015) ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง 54 ราย พบว่า มีการรับรู้ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปในแต่ละระยะของโรคไตเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยในระยะเริ่มต้นจะมีอาการเพียงเล็กน้อยจึงยังไม่มีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยที่ชัดเจน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยในระยะท้าย หรือมีอาการแสดงของโรคมามากจะมีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังพบการศึกษาภาพตัวแทนความเจ็บป่วยของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในซาอุดีอาระเบีย 342 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านระยะเวลาสูงกว่ากลุ่มที่ฟอกเลือดทางช่องท้อง ($p = .029$) คือ รับรู้ว่าการเจ็บป่วยจะคงอยู่ยาวนานกว่ากลุ่มที่ฟอกเลือดทางช่องท้อง และกลุ่มตัวอย่างที่ฟอกเลือดทางช่องท้องมีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านการควบคุมโรคด้วยตนเอง และการควบคุมโรคจากการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($p = .012$, $p = .017$) คือ กลุ่มที่ฟอกเลือดทางช่องท้องรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมโรคด้วยตนเองและควบคุมโรคด้วยการรักษามากกว่ากลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Alharbi, Alraddadi, Alharbi, & Alharbi, 2017) จะเห็นได้ว่าภาพตัวแทนความเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามระยะของโรค และมีการรับรู้ที่แตกต่างกันไปตามวิธีการรักษาที่ได้รับ

เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย บุคคลจะเริ่มคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยนั้น ๆ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ ลีเวนทาล และคณะ (Leventhal et al., 1997) สำหรับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น ซึ่งมีผลจากการเจ็บป่วยทำให้ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และต้องเผชิญกับภาวะคุณภาพชีวิต และภาวะคุณภาพต่อชีวิตตลอดการเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้ในผู้ป่วยว่า โรคมีความรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต ดังนั้น การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยไตวายซึ่งเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความตาย และต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระยะท้ายของชีวิต การรับมือกับผู้ป่วยจะมีวิธีการที่แตกต่างออกไป

การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นการเผชิญกับภาวะคุณภาพต่อชีวิต หรือระยะท้ายของชีวิต ตามแนวคิดของ คอรั, เนบี, และ คอรั (Corr, Nabe, & Corr, 2009) ซึ่งให้ความหมายว่าเป็นการเผชิญที่เป็นพลวัต เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะพยายามจัดการทั้งทางความคิด การกระทำ หรือทางอื่น โดยจัดการกับองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เป็นการจัดการเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของร่างกายเพื่อให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด และทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ด้านจิตใจ เป็นการจัดการตนเองด้านความรู้สึก ความมีอิสระในการตัดสินใจและมีความมั่นคงทางจิตใจ ด้านสังคม เป็นการจัดการเกี่ยวกับบุคคลอันเป็นที่รัก จัดการหน้าที่การงานรวมถึงค่าใช้จ่าย และด้านจิตวิญญาณ เป็นการจัดการเกี่ยวกับความเชื่อของแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเผชิญในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 30 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การสนับสนุนจากครอบครัว 2) ความเชื่อในศาสนา 3) การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงจากความคิด และ 4) การยืดหยุ่นและยอมรับ (Silva et al., 2016)

ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา โดยบุคคลเมื่อมีการรับรู้ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยแล้วสามารถใช้การเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป และสามารถพัฒนาการเผชิญปัญหานั้นให้ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามสุขภาพที่ผู้ป่วยพบได้ (Leventhal, Nerenz, & Purse, 1984) สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การเผชิญปัญหาเป็นการเผชิญกับภาวะคุณภาพต่อชีวิต หรือเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต จากการทบทวน

วรรณกรรมพบการศึกษาของ โนวเลส, สวาน, ซัลเบิร์ก, คาสเทิล, และ แลงแฮม (Knowles, Swan, Salzberg, Castle, & Langham, 2014) ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 80 ราย พบว่า ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยทั้งแบบปรับตัวได้ (adaptive coping) และไม่สามารถปรับตัวได้ (maladaptive coping) ($\beta = 0.27, p < 0.001, \beta = 0.48, p < 0.001$) โดยพบว่า หากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยรุนแรงจะมีผลทำให้เพิ่มการเผชิญปัญหาแบบไม่สามารถปรับตัวได้ จะเห็นได้ว่า ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการเผชิญของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งการป่วยรวมถึงการเสียชีวิต ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและต้องเผชิญกับภาวะคุณภาพชีวิต และภาวะคุณภาพต่อชีวิตตลอดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้โรคมีความรุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิต เกิดการรับรู้เกี่ยวกับความตาย และต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระยะท้ายของชีวิต ส่งผลให้เกิดภาพตัวแทนของความเจ็บป่วย และเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตทั้ง 4 ด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับภาพตัวแทนความเจ็บป่วยและการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยังมีน้อย แม้ว่าจะมีการศึกษาความสัมพันธ์ของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาในรูปแบบอื่น ๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยและการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการนำองค์ความรู้เกี่ยวกับภาพตัวแทนความเจ็บป่วยและการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อทำการสำรวจและเก็บผลการศึกษา ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของภาพตัวแทนความเจ็บป่วย และการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพตัวแทนความเจ็บป่วยและการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

คำถามการวิจัย

1. ระดับของภาพตัวแทนความเจ็บป่วย และการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. ภาพตัวแทนความเจ็บป่วย และการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยแนวคิดภาพตัวแทนความเจ็บป่วยของ ลีเวนทาล และคณะ (Leventhal et al., 1997) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งคุกคามสุขภาพตามมุมมองความเชื่อ ความคิด ความเข้าใจของตนเองแล้วจะเกิดภาพตัวแทนความเจ็บป่วยเพื่อตอบสนองต่อสิ่งคุกคามสุขภาพทั้งทางความคิด และอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับมือ และการปรับตัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแนวคิดการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตของ คอรั และคณะ (Corr et al., 2009) ซึ่งเป็นกระบวนการเผชิญกับปัญหาอย่างเป็นพลวัตตามองค์ประกอบพื้นฐานของชีวิตมนุษย์ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม



และจิตวิญญาณ ซึ่งเชื่อมโยงระหว่างภาพตัวแทนความเจ็บป่วยกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตโดยผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและต้องเผชิญกับภาวะคุณภาพชีวิต และภาวะคุณภาพต่อชีวิตตลอดการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยทั้งทางความคิดและอารมณ์ความรู้สึก นำไปสู่การเผชิญเพื่อจัดการกับปัญหาทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ตนเผชิญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (descriptive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 306 คน ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) จากจำนวนสถิติผู้ป่วยย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2559 เฉลี่ย 1,534 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติคือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป แพทย์ให้ข้อมูลว่าอยู่ในระยะสุดท้าย มีประสบการณ์เผชิญกับภาวะคุณภาพต่อชีวิต มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วย
2. แบบวัดภาพตัวแทนความเจ็บป่วยฉบับย่อ ที่พัฒนาโดย บรอดเบนท์ และคณะ (Broadbent et al., 2006) แปลโดย พิมพา เทพวัลย์ (Thepwan, 2010) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0-10 คะแนน มีจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิดด้านสาเหตุ (causes) มี 1 ข้อ การคิดคะแนนข้อ 1-8 แต่ละข้อเป็นคะแนนรายด้านในช่วง 0-10 คะแนน ข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 5, 6 และ 8 ไม่ต้องกลับคะแนนก่อนแปลผล และข้อคำถามข้อที่ 3, 4 และ 7 ต้องกลับคะแนนก่อนแปลผล ส่วนคำถามข้อที่ 9 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย การแปลผลคะแนน ส่วนที่ 1 ข้อ 1-8 แปลผลคะแนนตามระดับอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ คือ ต่ำ (0.00-3.33) ปานกลาง (3.34-6.67) และสูง (6.68-10.00) การแปลผลคำตอบส่วนที่ 2 นำคำตอบมาจำแนก และจัดกลุ่มตามคำตอบ จากนั้นคิดร้อยละตามกลุ่มคำตอบ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย คำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .83
3. แบบวัดการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดของ อุทยา นาคเจริญ (Nakcharoen, 2002) ซึ่งสร้างขึ้นมาจากแนวคิดของ คอรั และคณะ (Corr et al., 2009) ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดย ตัดคำถามที่ซ้ำซ้อน และเปลี่ยนคำถามให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คำถามปลายปิดจำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จำนวน 6 ข้อ ด้านจิตใจจำนวน 9 ข้อ ด้านสังคมจำนวน 8 ข้อ และด้านจิตวิญญาณจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” โดย “ใช่” คิดเป็น 1 คะแนน “ไม่ใช่” คิดเป็น 0 คะแนน สำหรับคะแนนของการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตโดยรวมจะอยู่ในช่วง 0-31 คะแนน โดยแต่ละด้านมีคะแนนไม่เท่ากัน จึงต้อง

ปรับคะแนนเต็มของทุกด้านเป็น 100 คะแนน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบและจัดลำดับได้ การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ต่ำ (0-50 คะแนน) และ สูง (51-100 คะแนน) (Nakcharoen, 2002) ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตที่นอกเหนือจากที่ปรากฏในแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยนำมา จำแนกและจัดกลุ่มตามคำตอบ

ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ 1 ท่าน จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 1.0 แล้วจึง ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ราย ด้วยวิธีการหาความเป็นเอกพันธ์ภายในโดยใช้ Kuder Richardson-20 (KR 20) ได้ค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยผ่านหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก รวมทั้งเข้าพบพยาบาล ประจำการห้องตรวจเบอร์ 26 ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ วิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการให้ความยินยอม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำไปใช้ประโยชน์ตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารยินยอม เข้าร่วมวิจัย และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางความรู้สึก ผู้วิจัยได้ให้ความช่วยเหลือประคับประคองจิตใจและ ดูแลจนกว่าจะรู้สึกดีขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังโครงร่างการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัย ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยเข้าพบหัวหน้าคลินิกโรคไต เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ พร้อม ทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ทราบ โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน หลังจากนั้น ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ หากพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบในคำถาม ที่ไม่ได้คำตอบ และถามความสนใจในการตอบคำถามให้ครบถ้วน แล้วจึงกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความ ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพร้อมมอบของที่ระลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับ ภาพตัวแทนความเจ็บป่วย และการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของภาพตัวแทนความ เจ็บป่วย และการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตโดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.82 มีอายุตั้งแต่ 18 – 93 ปี อายุเฉลี่ย 49.53 ปี (SD = 14.61) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ร้อยละ 61.76 และนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.37 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 26.80 ไม่ได้ทำงานร้อยละ 28.43 มีรายได้ต่อครัวเรือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 44.12 และมีรายได้เพียงพอร้อยละ 62.09 ในส่วนของระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาฟอกเลือดเฉลี่ย 49.11 เดือน (SD = 49.74) กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การเสียชีวิตร้อยละ 79.08 และประสบการณ์การอยู่ใกล้ชีวิตบุคคลที่กำลังจะเสียชีวิตร้อยละ 60.13 ในส่วนของการเผชิญภาวะคุกคามต่อชีวิตใน 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีความไม่สมดุลของเกล็ดแร่ในร่างกายมากที่สุดร้อยละ 77.12 รองลงมา คือ ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดร้อยละ 60.13 และน้อยที่สุด คือ ติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 25.82

ส่วนที่ 2 คะแนนของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยในแต่ละด้าน พบว่าอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านระยะเวลา คะแนนเฉลี่ย 9.06 (SD = 1.91) และด้านผลกระทบ คะแนนเฉลี่ย 7.40 (SD = 2.69) ระดับปานกลาง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ความรู้สึก คะแนนเฉลี่ย 5.73 (SD = 3.20) ด้านความกังวล คะแนนเฉลี่ย 5.45 (SD = 3.70) ด้านลักษณะเฉพาะ คะแนนเฉลี่ย 4.79 (SD = 2.96) และด้านการควบคุมโรคด้วยตนเอง คะแนนเฉลี่ย 3.49 (SD = 2.24) และคะแนนของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยระดับต่ำจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความเข้าใจโรค คะแนนเฉลี่ย 1.71 (SD = 2.19) และด้านการควบคุมโรคจากการรักษา คะแนนเฉลี่ย 1.10 (SD = 1.73) โดยพบว่าคะแนนรวมของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 38.72 คะแนน (SD = 10.84) อยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าโรคอื่น ๆ เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยมากที่สุดร้อยละ 46.73 โดยพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยสูงสุด รองลงมา กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการเกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารร้อยละ 18.95 สาเหตุลำดับที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการรับประทานยาร้อยละ 15.03

ส่วนที่ 3 คะแนนรวมการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตเฉลี่ย 58.36 (SD = 16.62) อยู่ในระดับสูง ส่วนการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ย 70.98 (SD = 19.59) อยู่ในระดับสูง ด้านจิตวิญญาณ คะแนนเฉลี่ย 62.50 (SD = 21.23) อยู่ในระดับสูง ด้านร่างกาย คะแนนเฉลี่ย 60.56 (SD = 24.04) อยู่ในระดับสูง และด้านสังคม คะแนนเฉลี่ย 42.93 (SD = 24.82) อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยและการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตโดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient พบว่า การควบคุมโรคด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับการเผชิญระยะท้ายของชีวิต ($r_s = -.130, p < 0.05$) และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับการเผชิญระยะท้ายของชีวิต ($r_s = -.154, p < 0.01$)

การอภิปรายผล

1. ภาพตัวแทนความเจ็บป่วย

ด้านระยะเวลามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้เป็นโรคเรื้อรังยาวนาน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ย 49.11 เดือน และมีระยะเวลาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากที่สุดอยู่ในช่วง 13-60 เดือน หรือ 1-5 ปี โดยการรักษาที่ยาวนานอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความเจ็บป่วยอยู่อย่างเรื้อรัง ยาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาของ โมเลากู และ โมเลากู (Mollaoglu & Mollaoglu, 2016) ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 83 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายว่า โรคที่ตนเองเป็นนั้นเป็นโรคเรื้อรัง และได้คะแนนภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านระยะเวลา

เฉลี่ย 22.68 (SD = 5.63) ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง และพบการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและทางเลือกการดูแลตนเอง (n=535) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความเข้าใจในระดับสูงกว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรัง ($p = 0.004$) (Jayanti, Foden, Wearden, & Mitra, 2016)

ด้านผลกระทบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีผลกระทบต่อชีวิตมาก อาจเกิดจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาล หรือศูนย์การฟอกเลือด อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์ อาจส่งผลให้กระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้ดูแล สูญเสียเงินกับการเดินทาง (Oyegbile & Brysiewicz, 2017) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คราก และคณะ (Clarke et al., 2016) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับรู้ได้ว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิต

ด้านการควบคุมโรคจากการรักษา ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่าโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถควบคุมได้ด้วยการรักษา อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาจส่งผลให้รับรู้ได้ว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถควบคุมโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ และการรักษาอาจส่งผลให้สามารถมีชีวิตได้ (Prekbunjun, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ โมเลากู และ โมเลากู (Mollaoglu & Mollaoglu, 2016) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้

ความเข้าใจโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ คือ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายาวนาน และจากการประเมินภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางของ เวเลส และบอสช์ (Velez-Velez & Bosch, 2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจโรคอยู่ในระดับสูงซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังมายาวนาน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นอย่างดี และพบการศึกษาของ จายานติ และคณะ (Jayanti et al., 2016) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านความเข้าใจโรคอยู่ในระดับสูงทั้งระยะก่อนฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ด้านการควบคุมโรคด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะตนเองสามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองบ้าง อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งหมายถึงต้องพึ่งพาการรักษา ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้นยังมีการไม่สุขสบายที่คุกคามต่อชีวิต โดยใน 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ได้การเผชิญกับอาการไม่สุขสบายหรือภาวะคุกคามต่อชีวิต จึงอาจทำให้รับรู้ว่าจะตนเองยังไม่สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองต้องพึ่งการรักษาเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โมเลากู และ โมเลากู (Mollaoglu & Mollaoglu, 2016) ในผู้ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วย 83 ราย พบว่า ตัวอย่างเชื่อมั่นว่าพวกเขาสามารถควบคุมโรคส่วนหนึ่งได้ด้วยตนเอง โดยได้คะแนนด้านการควบคุมโรคด้วยตนเองในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 18.72 (SD = 4.35)

ด้านลักษณะเฉพาะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคที่ตนเองเป็นมีอาการแสดงและคุณลักษณะเฉพาะของโรคในระดับปานกลาง แม้กลุ่มตัวอย่างจะป่วยมานานแต่อาจเนื่องมาจากอาการของโรคไม่แน่นอน มีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ จากสภาพร่างกายหรือพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่ไม่แน่นอน มีเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตใน 1 ปีที่ผ่านมาทุกราย

จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การแสดง หรือลักษณะเฉพาะของโรคไม่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เวเลส และบอสช์ (Velez-Velez & Bosch, 2016) เรื่องการรับรู้การเจ็บป่วย การเผชิญและการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 135 ราย พบว่า ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยลักษณะเฉพาะอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 12.10 ($SD = 6.33$)

ด้านความกังวล และด้านอารมณ์ความรู้สึก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ความกังวลและอารมณ์ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.76 มีรายได้ต่อครัวเรือนต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 44.12 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.09 มีรายได้เพียงพอ แม้ว่าสิ่งเหล่านี้อาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างบรรเทาความกังวล และบรรเทาอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม แต่กลุ่มตัวอย่างยังคงต้องพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง อาการคงตัวแต่ไม่หายขาดจึงอาจส่งผลให้รับรู้ความกังวลและอารมณ์ความรู้สึกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เวเลส และ บอสช์ (Velez-Velez & Bosch, 2016) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ความรู้สึกอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 18.70 ($SD = 4.69$)

2. การเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต

การเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับสูง หมายถึงกลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตโดยรวมได้ดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ผ่านประสบการณ์เกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดร้อยละ 79.08 และเคยมีประสบการณ์อยู่ใกล้ชิดบุคคลที่กำลังจะเสียชีวิตร้อยละ 60.13 โดยประสบการณ์เหล่านี้อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญกับระยะสุดท้ายได้ในระดับสูง

ด้านจิตใจ พบว่าตัวอย่างให้คะแนนในระดับสูงและมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด หมายถึงกลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับความรู้สึกของตนเอง และมีความมั่นคงทางจิตใจที่ดี อาจเนื่องมาจากตัวอย่างป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมานาน ไม่ใช่ผู้ป่วยใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เรื่องการคิดล่วงหน้า และความต้องการในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ที่พักเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 20 ราย พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่พูดถึงอนาคตและการตายของตนเอง ซึ่งมีการเผชิญด้านจิตใจโดยเตรียมตัวเผชิญกับความเป็นจริงที่ทุกคนต้องตาย และคิดถึงการตายอยู่ตลอดเวลา (Bristowe et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบพรรณนาเกี่ยวกับ เรื่องราวที่แตกต่างของภาวะคุกคามต่อชีวิต ศึกษาในผู้ป่วย 32 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 14 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเผชิญกับระยะท้ายด้านจิตใจโดยเข้าใจว่าความตายได้ใกล้เข้ามาแล้ว ทุกคนตระหนักดีถึงการตายของเพื่อนที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยพอกเดียวกัน และทุกคนยังเข้าใจว่าการรักษาด้วยการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นเพียงการยืดชีวิตเท่านั้น (Sheilds et al., 2015)

ด้านจิตวิญญาณ พบว่าตัวอย่างให้คะแนนในระดับสูง หมายถึง ตัวอย่างมีการจัดการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนา การกระทำตามความเชื่อของตนเองอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากตัวอย่างร้อยละ 98.37 นับถือศาสนาพุทธ ตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 56-65 ปีมากที่สุด ร้อยละ 25.82 และตัวอย่างเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ใกล้เคียงกับความตายมาแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่อง บทบาทของศาสนาและจิตวิญญาณในการเผชิญของผู้ป่วยไตเรื้อรังและพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทย 20 ราย พบว่า ศาสนาและจิตวิญญาณเป็นกลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยตัวอย่างได้ใช้ศาสนา และการฝึกจิตวิญญาณในการเผชิญความเจ็บป่วยและการรักษา ด้วยการใช้หลักศาสนาจัดการด้านความเชื่อด้วยการทำบุญ การอ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ ขอพรให้คุ้มครองชีวิตสำหรับเป็นที่พึ่งทางจิตวิญญาณ (Yodchai,

Dunning, Savage, & Hutchinson, 2017)

ด้านร่างกาย พบว่าตัวอย่างให้คะแนนในระดับสูง หมายถึง ตัวอย่างได้มีการจัดการด้านร่างกาย จัดการกับอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและทุกข์ทรมานน้อยที่สุด รวมถึงการจัดการเลือกวิธีการและดูแลร่างกายตนเองเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจเนื่องมาจาก ตัวอย่างทุกคนเคยเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตด้านร่างกาย อาจส่งผลให้ตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบายทางร่างกาย อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับการเผชิญระยะท้ายด้านร่างกายในระดับสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ของ เซร์บันเตส โจนส์ ลินาส และฟิสเชอร์ (Cervantes, Jones, Linas, & Fischer, 2017) ของชาวลาตินต่อการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 20 ราย พบว่าตัวอย่างบางรายได้เลือกผู้ที่ไว้วางใจให้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองแล้ว และบางรายไม่เคยพูดคุยกับครอบครัวมาก่อนแต่เชื่อมั่นว่าครอบครัวของเขาจะตัดสินใจเลือกทางที่ดีที่สุดให้

ด้านสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนในระดับต่ำ หมายถึง ตัวอย่างมีการจัดการด้านสังคม หรือภาระหน้าที่อื่น ๆ การวางแผนจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สินในระดับต่ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะตนเองกำลังเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต แต่ไม่ได้มีการวางแผนเรื่องทรัพย์สิน หรืองานศพ ซึ่งถือเป็นภาระหน้าที่อื่น ๆ ในภารกิจด้านนี้โดยตรง จึงอาจส่งผลให้คะแนนการเผชิญระยะท้ายของชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและผู้ดูแลเกี่ยวกับมุมมองการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในออสเตรเลีย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกล่าวว่า จะไม่พูดเกี่ยวกับเรื่องความตายในบ้านเพราะเป็นธรรมเนียมปฏิบัติ เป็นเรื่องต้องห้าม (Sellars et al., 2018) แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับความตายและระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 14 ราย ในแคนาดา พบว่าผู้ป่วยมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย เตรียมการเกี่ยวกับงานศพ โดยเตรียมเพลง สถานที่ หลุมฝังศพ และยังจ่ายเงินล่วงหน้าให้กับงานศพของตนเอง (Molzahn et al., 2012) อาจเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นชาวแคนาดา ที่แตกต่างทั้งวัฒนธรรมและธรรมเนียมปฏิบัติกับประเทศไทย

3. ความสัมพันธ์ของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยและการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต

ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านการควบคุมโรคด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.130, p < 0.05$) และภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านความเข้าใจโรคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.154, p < 0.01$)

ภาพตัวแทนทั้ง 2 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ในทางลบระดับต่ำมากกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดของการวิจัยอาจเนื่องมาจากตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ความเจ็บป่วยระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นช่วงระยะเวลาที่เกินกว่าขอบเขตที่กรอบแนวคิดของ ลีเวนทาล และคณะ (Leventhal et al., 1997) ที่มุ่งเน้นการหาวิธีการเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์การเจ็บป่วยสถานการณ์ทั่วไป อาจไม่ครอบคลุมถึงการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต จึงส่งผลให้พบความสัมพันธ์ในทางลบกับการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยของชีวิตระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านความกังวล พยาบาลควรตระหนักถึงการดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยมีภาพตัวแทนความ

เจ็บป่วยของชีวิตระดับปานกลาง ด้านลักษณะเฉพาะ และด้านการควบคุมโรคด้วยตนเอง พยาบาลควรตระหนักถึงการ ให้ข้อมูล ให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดำเนินของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสามารถจัดการและควบคุมโรคได้ด้วยตนเองมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตด้านสังคมในระดับต่ำ พยาบาลควรตระหนักถึงการจัดการกับภาระหน้าที่ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว หรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตด้านสังคมดีขึ้น โดยพิจารณาตามบริบทและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ด้านความสัมพันธ์ พบว่า ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านการควบคุมโรคด้วยตนเองระดับปานกลางและด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรคระดับดี มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเผชิญระยะท้ายของชีวิต พยาบาลควรส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายที่ยังไม่ทราบข้อมูลของโรคดังกล่าวหรืออาจไม่ได้ติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคซึ่งมีผลต่อการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยทำนายภาพตัวแทนความเจ็บป่วยโดยเฉพาะด้านการควบคุมโรคด้วยตนเองและด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อใช้ทำนายการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

References

- Alharbi, A. A., Alraddadi, R. M., Alharbi, A. A., & Alharbi, Y. A. (2017). Comparison of Saudi Arabian hemodialysis and peritoneal dialysis patients' illness perceptions. *Renal Failure*, 39(1), 187-192. doi:10.1080/0886022x.2016.1256314
- Bristowe, K., Horsley, H. L., Shepherd, K., Brown, H., Carey, I., Matthews, B., ... Murtagh, F. E. M. (2015). Thinking ahead the need for early advance care planning for people on haemodialysis: A qualitative interview study. *Palliative Medicine*, 29(5), 443-450. doi:10.1177/0269216314560209
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Cervantes, L., Jones, J., Linas, S., & Fischer, S. (2017). Qualitative interviews exploring palliative care perspectives of Latinos on dialysis. *Clinical Journal of the American Society Nephrology*, 12(5), 788-798. doi:10.2215/cjn.10260916
- Clarke, A. L., Yates, T., Smith, A. C., & Chilcot, J. (2016). Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: A narrative review. *Clinical Kidney Journal*, 9(3), 494-502. doi:10.1093/cjkj/sfw014
- Corr, C. A., Nabe, C., & Corr, D. M. (2009). *Death and dying, life and living* (6th ed.). Canada: Wadsworth/Cengage Learning.
- Fresenius Medical Care. (2018). *2018 Annual medical report going further, faster: Translating science into practice*. Retrieved from <https://newsroom.fmcna.com/2018FMCNARreport/>



- Jayanti, A., Foden, P., Wearden, A., & Mitra, S. (2016). Illness beliefs in end stage renal disease and associations with self-care modality choice. *Public Library of Science One*, 11(7), 1-17. doi: 10.1371/journal.pone.0154299
- Johnson, S. (2015). Near-death experience in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 42(4), 331-336.
- Knowles, S., Swan, L., Salzberg, M., Castle, D., & Langham, R. (2014). Exploring the relationships between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity in a chronic kidney disease cohort. *American Journal of the Medical Sciences*, 348(4), 271-276. doi:10.1097/maj.0000000000000242
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. *Perceptions of Health and Illness*, 2, 19-46.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Purse, J. (1984). *Illness representations and coping with health threats*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Medical Record and Statistics, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, (2017). *Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital's Patients Statistic 2017*. Chiang Mai: Medical Record and Statistics. (in Thai)
- Mollaoglu, M, C. F., & Mollaoglu, M. (2016). Illness perception and hopelessness in hemodialysis. *Clinical Nephrology*, 2(2), 44-48. doi:10.17352/acn.000014
- Molzahn, A., Sheilds, L., Bruce, A., Stajduhar, K. I., Makaroff, K. S., Beuthin, R., & Shermak, S. (2012). Perceptions regarding death and dying of individuals with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 39(3), 197-204.
- Nakcharoen, U. (2002). Preparing for death among people living with HIV. *Nursing Journal*, 29(2), 41-54. (in Thai)
- Oyegbile Y. O., & Brysiewicz P. (2017). Family caregiver's experiences of providing care to patients with end-stage renal disease in South-West Nigeria. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2624-2632. doi: 10.1111/jocn.13689. Epub 2017 Feb 14. PMID: 27982491
- Pagels, A. A., Soderquist, B. K., & Heiwe, S. (2015). Differences in illness representations in patients with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nephrology and Renal Care*, 41(3), 146-155. doi:10.1111/jorc.12117
- Prekbunjun, S. (2004). *Spiritual experience of patients with end stage of renal failure*. (Master's Thesis). Chulalongkorn University. (in Thai)
- Sellars, M., Clayton, J. M., Morton, R. L., Lockett, T., Silvester, W., Spencer, L., ... Tong, A. (2018). An interview study of patient and caregiver perspectives on advance care planning in ESRD. *American Journal of Kidney Diseases*, 71(2), 216-224. doi: 10.1053/j.ajkd.2017.07.021



- Sheilds, L., Molzahn, A., Bruce, A., Schick Makaroff, K., Stajduhar, K., Beuthin, R., & Shermak, S. (2015). Contrasting stories of life-threatening illness: A narrative inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 207-215.
- Silva, R. A. R., Souza, V. L., Oliveira, G. J. N., Silva, B. C. O., Rocha, C. C. T., & Holanda, J. R. R. (2016). Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. *Escola Anna Nery*, 20(1), 147-154. doi: 10.5935/1414-8145.20160020
- Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health (2018). *Statistic Thailand 2017*. Nonthaburi: Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. (in Thai)
- Thepwan, P. (2010). Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. (Master's Thesis). Mahidol University. (in Thai)
- Velez-Velez, E., & Bosch, R. J. (2016). Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 849-863. doi: 10.1111/jan.12873
- Yodchai, K., Dunning, T., Savage, S., & Hutchinson, A. M. (2017). The role of religion and spirituality in coping with kidney disease and haemodialysis in Thailand. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 359-367. doi: 10.1111/scs.12355



Monitoring in the Peri-Cardiopulmonary Arrest Period and During Cardiopulmonary Resuscitation at an Emergency Department*

การเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน*

ทศพร	พุชชาคำ**	Tossaporn	Putchakam**
อัจฉรา	สุคนธ์สรรพ***	Achara	Sukonthasarn***
สุภารัตน์	วังศรีคุณ****	Suparat	Wangsrikhun****

Abstract

Accurate and appropriate monitoring of patients in the emergency department is crucial for nurses' timely detection of a patient's changing condition so they can receive prompt treatment. This descriptive retrospective study aimed to explore nurses' monitoring in the peri- cardiopulmonary arrest period and during cardiopulmonary resuscitation at an emergency department. Samples included 92 medical records of resuscitation patients who received cardiopulmonary resuscitation at an emergency department. The research instrument was the Nurses' Monitoring in the Peri-Cardiopulmonary Arrest Period and During Cardiopulmonary Resuscitation at an Emergency Department Data Record Form, which was developed by the researcher based on Pothitakis and others' framework (Pothitakis et al., 2011) and the literature review. The record form was checked for its content validity by five experts. The inter-rater reliability between the researcher and experts was conducted and yielded a reliability of 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of this study revealed that only 17.4% of monitoring in the peri-cardiopulmonary arrest period met the monitoring criteria. None of the samples received monitoring during cardiopulmonary resuscitation which was consistent with the monitoring criteria.

The findings of this study demonstrate the need to improve the monitoring of patients done by nurses in the emergency department. Accurate and appropriate monitoring of patients will allow nurses to deliver quality nursing care.

Keywords: Monitoring; Cardiopulmonary arrest; Emergency department

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

** Graduate Student of Nursing Science program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

**** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;

e-mail: suparat.w@cmu.ac.th

Received 26 June 2017; Revised 24 July 2017; Accepted 15 August 2017



บทคัดย่อ

การเฝ้าติดตามผู้ป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสมในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะทำให้พยาบาลสามารถทราบอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทันการณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเฝ้าติดตามในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิตที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 92 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบรวบรวมข้อมูลการเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากแนวคิดของ โพทิตาคิส และคณะ (Pothitakis et al., 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และผ่านการตรวจสอบความตรงของการบันทึก ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ทรงคุณวุฒิ (inter-rater reliability) ได้ความตรงของการบันทึกเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าการเฝ้าติดตามในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจเป็นไปตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 17.40 การเฝ้าติดตามระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตไม่มีกลุ่มตัวอย่างได้รับการเฝ้าติดตามเป็นไปตามเกณฑ์

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาการเฝ้าติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การเฝ้าติดตาม การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: suparat.w@cmu.ac.th

วันที่รับบทความ 26 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 24 กรกฎาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 15 สิงหาคม 2560



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าติดตามอย่างถูกต้องและเหมาะสม การเฝ้าติดตามที่ครอบคลุมการประเมินค่าแสดงทางสรีรวิทยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาและความถี่ที่เหมาะสม มีบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมได้อย่างเป็นระบบ จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และสามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที (Pothitakis, Ekmektzoglou, Piagkou, Karatzas, & Xanthos, 2011; Smith, 2010)

การเฝ้าติดตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เข้ามาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ ครอบคลุมระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยมาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ 2) ระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต ประกอบด้วย 2 ระยะย่อย ได้แก่ การเฝ้าติดตามในช่วงที่มีการปฏิบัติการช่วยชีวิต และในช่วงหลังจากมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต (return of spontaneous circulation) (Pothitakis et al., 2011) ซึ่งในแต่ละระยะมีจุดประสงค์ในการเฝ้าติดตามที่แตกต่างกันไป

การเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ จะสามารถช่วยให้พยาบาลทราบถึงอาการที่เลวลงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และให้การช่วยเหลือได้ทันที หากไม่ได้รับการเฝ้าติดตามจะส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเสียชีวิต และส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในขณะที่ได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิต การเฝ้าติดตามในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจในครั้งแรกจะประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 5 นาที หลังเข้ามาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Canadian Association of Emergency Physicians, 2014) ควรมีการเฝ้าติดตาม อัตราการหายใจ ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว อุณหภูมิกาย ระดับความรู้สึกตัว และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Institute for Healthcare Improvement, 2014; Kyriacos, Jelsma, James & Jordan, 2014) หลังจากการเฝ้าติดตามครั้งแรก ความถี่และค่าแสดงทางสรีรวิทยาในการเฝ้าติดตามครั้งต่อ ๆ ไปจะขึ้นอยู่กับผลการประเมินอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต การเฝ้าติดตามที่เหมาะสมในระบายนี้อาจช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบอาการที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจได้โดยเร็ว และสามารถให้การปฏิบัติการช่วยชีวิตได้ทันที

การเฝ้าติดตามระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต ในขณะให้การปฏิบัติการช่วยชีวิต เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการปฏิบัติการช่วยชีวิต เป็นการกระทำที่ช่วยรักษาชีวิต ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญได้ (American Heart Association, 2014) การเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิตอย่างต่อเนื่อง จะสะท้อนถึงการตอบสนองต่อการรักษา และเป็นการประเมินผลของการปฏิบัติการช่วยชีวิต การเฝ้าติดตาม และการประเมินการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การรักษา และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสม จึงควรมีการเฝ้าติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ชีพจร และระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดอย่างสม่ำเสมอ ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม (Australian Resuscitation Council & New Zealand Resuscitation Council, 2011) ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าติดตามในระบายนี้อาจนำมาปรับเปลี่ยนแผนการรักษา และเป็นการประเมินว่าผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตหรือไม่

การเฝ้าติดตามระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต หลังจากการมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต เป็นการประเมินอาการ การตอบสนองต่อการรักษา ทำให้สามารถตรวจพบการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจที่อาจเกิดขึ้นซ้ำได้ (Peberdy et al., 2010; Pothitakis et al., 2011) จึงยังคงต้องมีการเฝ้าติดตามชีพจร ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ระดับความรู้สึกตัว จำนวนปัสสาวะ และอุณหภูมิกายอย่างสม่ำเสมอ ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม (Agency for Health Care Research and Quality, 2014; Kyriacos et al., 2014) การเฝ้าติดตามในระยะนี้มีประโยชน์ต่อการวางแผนให้การรักษา และการค้นหาสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ เพื่อให้ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง และเหมาะสม

พยาบาลเป็นบุคลากรแรกที่เข้าถึงผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นบุคลากรทางด้านการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นบุคลากรกลุ่มแรกที่เริ่มให้การปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตก่อนบุคลากรสุขภาพอื่น จึงถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นทันที ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต การเฝ้าติดตามที่ดีจะต้องมีการบันทึกอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไว้เป็นหลักฐาน และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเทียบเคียงและการตัดสินใจในการให้การรักษา (Johnson et al., 2014) การเฝ้าติดตามเป็นกิจกรรมที่พยาบาลควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องการเฝ้าติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต ของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที มีโอกาสที่จะรอดชีวิตเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบเฉพาะการศึกษาการเฝ้าติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในต่างประเทศ (Pothitakis et al., 2010) และไม่พบการศึกษาในเรื่องนี้ในบริบทประเทศไทย ผลการศึกษาจากต่างประเทศไม่สามารถสะท้อนภาพการเฝ้าติดตามฯ ของพยาบาลในประเทศไทยได้เนื่องจากความแตกต่างของบริบทในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและการทำงานของพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

คำถามการวิจัย

การเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ โพทิตากิส และคณะ (Pothitakis et al., 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งการเฝ้าติดตามเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ ซึ่งครอบคลุมการเฝ้าติดตามอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิกาย และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ 2) ระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต ประกอบด้วย 2 ระยะย่อย ได้แก่ การเฝ้าติดตามช่วงที่มีการปฏิบัติการช่วยชีวิต ซึ่งครอบคลุมการเฝ้าติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความเข้มข้นของออกซิเจนใน

กระแสเลือด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการเฝ้าติดตามช่วงหลังจากมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งครอบคลุมการเฝ้าติดตามอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิกาย และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเฝ้าติดตามที่เหมาะสมประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาในการเฝ้าติดตามที่เหมาะสม และค่าแสดงทางสรีรวิทยาที่เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (descriptive retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจที่ได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจที่ได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิต ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออก จำนวน 92 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ เป็นข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิตในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเป็นข้อมูลของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการเฝ้าติดตามทั้งระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบรวบรวมข้อมูลการเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจและระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และคู่มือแบบรวบรวมข้อมูลการเฝ้าติดตามระยะก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากแนวคิดของโพทิตาคิส และคณะ (Pothitakis et al., 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม นำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และผ่านการตรวจสอบความตรงของการบันทึกที่ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ทรงคุณวุฒิ (inter-rater reliability) จำนวน 10 ฉบับ ได้ความตรงของการบันทึกเท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลที่เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับอนุมัติให้ทำวิจัย ผู้วิจัยทำการสืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิตที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินตามข้อมูลที่ได้จากสมุดรายงานเหตุการณ์ประจำวันของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิตที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนลงในแบบรวบรวมข้อมูลการเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจและระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้วิจัยประเมินความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามตามเกณฑ์ที่ปรากฏในคู่มือแบบรวบรวมข้อมูลฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจำนวน 92 ราย สาเหตุการเข้ามารับบริการ ภายใต้อุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 23.91 และอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 76.09 ช่วงเวลา การเข้ารับบริการแบ่งเป็นเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ร้อยละ 34.80, 38.00 และ 27.20 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต (n=92)

ระยะการเฝ้าติดตาม	ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตาม			
	เป็นไปตามเกณฑ์	คน(ร้อยละ)		
		ไม่เป็นไปตามเกณฑ์		รวม
	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตั้งแต่ครั้งแรกของการเฝ้าติดตาม	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ของการเฝ้าติดตามเป็นต้นไป		
ระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ	16(17.40)	64(69.56)	12(13.04)	76(82.60)
ระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต				
-ช่วงที่มีการปฏิบัติการช่วยชีวิต	0	92(100.00)	0	92(100.00)
-ช่วงหลังจากมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต	0	92(100.00)	0	92(100.00)

ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 17.40 ที่ได้รับการเฝ้าติดตามเป็นไปตามเกณฑ์ ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเฝ้าติดตามไม่เป็นไปตามเกณฑ์พบว่า ร้อยละ 69.56 ได้รับการเฝ้าติดตามไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตั้งแต่ครั้งแรกของการเฝ้าติดตาม การเฝ้าติดตามในระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเฝ้าติดตามเป็นไปตามเกณฑ์ (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบการเฝ้าติดตามครั้งแรกที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ พบว่า ในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ มีกลุ่มตัวอย่างได้รับการเฝ้าติดตามค่าแสดงทางสรีรวิทยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ถึงร้อยละ 66.30 โดยในจำนวนนี้มีร้อยละ 6.52 ได้รับการเฝ้าติดตามไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในองค์ประกอบระยะเวลาร่วมด้วย (ตารางที่ 2) ในระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการเฝ้าติดตามค่าแสดงทางสรีรวิทยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ทั้งในขณะให้การปฏิบัติการช่วยชีวิตและหลังจากที่มีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามทั้งค่าแสดงทางสรีรวิทยาและเวลาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 92.40 ในช่วงที่มีการปฏิบัติการช่วยชีวิต และร้อยละ 68.48 ช่วงหลังจากมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต (ตารางที่ 2) รายละเอียดค่าแสดงทางสรีรวิทยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเฝ้าติดตามไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในระยะต่าง ๆ ปรากฏในตารางที่ 3-5



Monitoring in the Peri-Cardiopulmonary Arrest Period and During
Cardiopulmonary Resuscitation at an Emergency Department
การเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ
และระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ตารางที่ 2 ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามครั้งแรกในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต (n=92)

ระยะการเฝ้าติดตาม	ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามครั้งแรก คน(ร้อยละ)				
	เป็นไปตาม เกณฑ์	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์			รวม
		ค่าแสดง ทาง สรีรวิทยา ไม่เป็นตาม เกณฑ์	เวลาในการ เฝ้าติดตาม ไม่เป็นตาม เกณฑ์	ค่าแสดงทาง สรีรวิทยาและเวลาใน การเฝ้าติดตามไม่เป็น ตามเกณฑ์	
ระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจ หยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ ระยะระหว่างการปฏิบัติการ ช่วยชีวิต	28(30.43)	55(59.78)	3(3.26)	6(6.52)	64(69.56)
-ช่วงที่มีการปฏิบัติการ ช่วยชีวิต	0	7(7.60)	0	85(92.40)	92(100.00)
-ช่วงหลังจากมีการ คืนกลับมาทำงานของระบบ ไหลเวียนโลหิต	0	29(31.52)	0	63(68.48)	92(100.00)

ตารางที่ 3 ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจใน
ครั้งแรกตามค่าแสดงทางสรีรวิทยา (n=92)

ค่าแสดงทางสรีรวิทยา	ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามค่าแสดงทางสรีรวิทยา			การเฝ้าติดตามที่เป็นไปตามเกณฑ์
	คน(ร้อยละ)			
	ไม่มีการเฝ้าติดตาม	มีการเฝ้าติดตาม แต่ระยะเวลาไม่เป็นไปตามเกณฑ์	รวม	
ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด	40(43.48)	3(3.26)	43(46.74)	49(53.26)
อัตราการหายใจ	35(38.04)	3(3.26)	38(41.30)	54(58.70)
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	20(21.74)	4(4.35)	24(26.09)	68(73.91)
อัตราการเต้นของหัวใจ	18(19.57)	4(4.35)	22(23.91)	70(76.09)
ระดับความรู้สึกตัว ^a	57(65.52)	2(2.30)	59(67.82)	28(32.18)
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ^b	0	7(87.50)	7(87.50)	1(12.50)
อุณหภูมิกาย ^c	0	3(50.00)	3(50.00)	3(50.00)

^a ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีอาการนำที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าติดตามระดับความรู้สึกตัว จำนวน 87 คน

^b ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีอาการนำที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวน 8 คน

^c ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีอาการนำที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าติดตามอุณหภูมิกาย จำนวน 6 คน



ตารางที่ 4 ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตในช่วงที่มีการปฏิบัติการช่วยชีวิตในครั้งแรกตามค่าแสดงทางสรีรวิทยา (n=92)

ค่าแสดงทางสรีรวิทยา	ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามค่าแสดงทางสรีรวิทยา คน(ร้อยละ)			การเฝ้าติดตาม เป็นไป ตามเกณฑ์
	ไม่มีการเฝ้า ติดตาม	มีการเฝ้าติดตาม แต่ระยะเวลาไม่ เป็นไปตามเกณฑ์	รวม	
ความเข้มข้นของออกซิเจนใน กระแสเลือด	90(97.83)	2(2.17)	92(100.00)	0
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	85(92.39)	7(7.61)	92(100.00)	0
อัตราการเต้นของหัวใจ	79(85.86)	11(12.00)	90(97.83)	2(2.17)
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	77(83.69)	12(13.00)	89(96.74)	3(3.26)

ตารางที่ 5 ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตในช่วงหลังจากมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต (n=92)

ค่าแสดงทางสรีรวิทยา	ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามค่าแสดงทางสรีรวิทยา คน(ร้อยละ)			การเฝ้า ติดตามเป็น ไปตามเกณฑ์
	ไม่มีการเฝ้า ติดตาม	มีการเฝ้าติดตาม แต่ระยะเวลาไม่เป็นไป ตามเกณฑ์	รวม	
อุณหภูมิกาย	91(98.91)	1(1.1)	92(100)	0
อัตราการหายใจ	88(95.65)	2(2.20)	90(97.83)	2(2.20)
ระดับความรู้สึกตัว	86(93.48)	3(3.30)	89(96.74)	3(3.30)
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	85(92.39)	2(2.20)	87(94.56)	5(5.40)
ความเข้มข้นของออกซิเจนใน กระแสเลือด	69(75.00)	16(17.40)	85(92.39)	7(7.60)
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	37(40.23)	35(38.00)	72(78.26)	20(21.70)
อัตราการเต้นของหัวใจ	30(32.61)	39(42.40)	69(75.00)	23(25.00)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการเฝ้าติดตามในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 17.40 ที่ได้รับการเฝ้าติดตามเป็นไปตามเกณฑ์ ส่วนการเฝ้าติดตามในระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตทั้งในขณะให้การปฏิบัติการช่วยชีวิตและหลังจากที่มีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตไม่มีกลุ่มตัวอย่างได้รับการเฝ้าติดตามเป็นไปตามเกณฑ์

การเฝ้าติดตามที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในการวิจัยครั้งนี้ อาจเกิดจากข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งพบว่าข้อมูลการเฝ้าติดตามหลายส่วนไม่ได้รับการบันทึก อาจมีความเป็นไปได้ว่าในสถานการณ์การปฏิบัติงานจริงมีการเฝ้าติดตามผู้ป่วย แต่ไม่ได้ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียน การปฏิบัติการเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยแต่ไม่ได้มีการบันทึกอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียน

ให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนและถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และนอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายกรณีมีการฟ้องร้อง (Thana & Klunklin, 2015)

สาเหตุที่ทำให้การบันทึกข้อมูลการเฝ้าติดตามในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ที่พบ อาจเกิดจากลักษณะงานของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการที่ต้องให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต การให้บริการแก่ผู้ป่วยจึงต้องกระทำอย่างเร่งรีบ แข่งกับเวลา ในขณะที่มีบุคลากรจำกัด ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในช่วงนอกเวลาราชการจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.20 โดยปกติในช่วงนอกเวลาราชการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่จะมีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานน้อย ในขณะที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมาก (Linden, Barbara & Linden, 2016) ลักษณะการทำงานที่ต้องเร่งรีบภายใต้ทรัพยากรจำกัด อาจส่งผลทำให้ข้อมูลการเฝ้าติดตามไม่ได้รับการบันทึกในเวชระเบียนหรือได้รับการบันทึกแต่ไม่สมบูรณ์ (Källberg et al., 2015) ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ทีมบุคลากรทางการแพทย์จะไม่สามารถทราบเวลาที่แน่ชัดที่เริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการรักษาจึงทำให้ประเมินอาการ หรือทำการวางแผนการรักษายากขึ้น และเมื่อเกิดมีปัญหาด้านกฎหมายก็ไม่สามารถให้ข้อมูลย้อนหลังได้ (Adane, Muluye & Abebe, 2013)

เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบการเฝ้าติดตามในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจพบว่า มีทั้งระยะเวลาในการเฝ้าติดตาม และการเฝ้าติดตามค่าแสดงทางสรีรวิทยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ การได้รับการเฝ้าติดตามในระยะเวลาที่เหมาะสมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องได้รับการประเมินอาการเมื่อแรกรับทันที หรือภายใน 5 นาที (Bortle & Levitan, 2016) การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเฝ้าติดตามไม่เป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 9 ราย (ตารางที่ 2) ได้รับการเฝ้าติดตามครั้งแรกนาที่ที่ 10-26 หลังจากแรกรับ การประเมินแรกรับที่ล่าช้าอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาไม่ทันการณ์ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะคุกคามชีวิต ภาวะแทรกซ้อน หรือหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นระหว่างที่มีการรอคอย (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011)

นอกจากการเฝ้าติดตามในระยะเวลาที่เหมาะสมแล้ว องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการเฝ้าติดตามค่าแสดงทางสรีรวิทยาที่เหมาะสม ซึ่งค่าแสดงทางสรีรวิทยาที่จำเป็นต้องเฝ้าติดตามครั้งแรกในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจนั้นขึ้นกับอาการนำหรืออาการแสดงก่อนมาโรงพยาบาล โดยค่าแสดงทางสรีรวิทยาที่จำเป็นต้องมีการประเมินในผู้ป่วยทุกราย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตหัตถ์และหัวใจบิวด์ และความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด (Kyriacos et al., 2014) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดมีการเฝ้าติดตามที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.74 รองลงมาคือ การเฝ้าติดตามอัตราการหายใจ คิดเป็นร้อยละ 41.30 เมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้ามาใช้บริการจะต้องได้รับการประเมินอัตราการหายใจและความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดทุกราย เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะคุกคามชีวิตหรือไม่ มีความเสี่ยงสูงแค่ไหนที่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ หากผู้ป่วยมีอัตราการหายใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 29 ครั้งต่อนาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดน้อยกว่า 90 % แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจได้ หากไม่มีการเฝ้าติดตามจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือที่ล่าช้า อาจเสียชีวิตได้ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011)

ค่าแสดงทางสรีรวิทยาที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินและเฝ้าติดตามในผู้ป่วยเฉพาะรายตามอาการนำ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และอุณหภูมิกาย การประเมินระดับความรู้สึกตัวจำเป็นต้องทำในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มาด้วยอุบัติเหตุ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด การทรงตัวไม่ดี ไข้สูงหนาวสั่น ท้องร่วง มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว และหายใจลำบาก หายใจติดขัด

หายใจเหนื่อยหอบ สำลัก (Patocka, Turner, Xue & Segal, 2014) กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 59 คน ที่ได้รับการประเมินระดับความรู้สึกตัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จำเป็นต้องได้รับการประเมินจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 67.82 (ตารางที่ 3) การประเมินระดับความรู้สึกตัวทำให้ทีมบุคลากรทราบถึงระดับความรู้สึกของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการประเมิน เมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปจะทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การรักษ ทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลงกว่าเดิม เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

การวิจัยครั้งนี้พบผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวน 8 คน มีจำนวน 7 คน ได้รับการเฝ้าติดตามไม่เป็นไปตามเกณฑ์การเฝ้าติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจจำเป็นต้องได้รับการประเมินเมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการแน่นหน้าอก ใจสั่น ซึ่งเป็นอาการที่แสดงออกของโรคหัวใจ จากแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 ระบุว่าเมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้ามารับการรักษาด้วยอาการดังกล่าวให้ทำการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยจากลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Roffi et al., 2016) ส่วนผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด การทรงตัวไม่ดี เดินเซ เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคระบบประสาทส่วนกลาง จำเป็นต้องได้รับการประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจเช่นกัน เพราะอาการเหล่านี้อาจมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจได้ (Kernan et al., 2014) หากไม่ได้รับการประเมิน และไม่ได้รับการเฝ้าติดตามจะทำให้ได้รับการรักษาไม่เหมาะสม ไม่ตรงกับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ และเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้

การเฝ้าติดตามระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิต แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามในช่วงที่มีการปฏิบัติการช่วยชีวิต และความเหมาะสมของการเฝ้าติดตามในช่วงหลังจากมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ได้รับการเฝ้าติดตามที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (ตารางที่ 1) เมื่อวิเคราะห์แยกตามค่าแสดงทางสรีรวิทยา พบว่าในช่วงที่มีการปฏิบัติการช่วยชีวิต กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ได้รับการเฝ้าติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด และความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (ตารางที่ 4) โดยปกติขณะให้การปฏิบัติการช่วยชีวิตหลังจากการใส่ท่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยแล้ว ควรมีการเฝ้าติดตามระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 94% อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพหลังให้อาหารในการช่วยชีวิต และควรมีการเฝ้าติดตามให้ครบทั้ง 4 ค่า ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Deakin et al., 2010; Neumar et al., 2010; Travers et al., 2010) เพื่อเป็นการยืนยันว่าออกซิเจนเข้าไปในปอดและได้รับการขนส่งไปยังอวัยวะต่าง ๆ อย่างเพียงพอ (Deakin et al., 2010; Neumar et al., 2010) มีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตหรือยัง ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าเป็นแบบใด เพื่อให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม และรวดเร็ว

การเฝ้าติดตามค่าแสดงทางสรีรวิทยาในช่วงหลังจากมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการเฝ้าติดตามอุณหภูมิกายไม่เป็นไปตามเกณฑ์ การเฝ้าติดตามอุณหภูมิกายอย่างเหมาะสมหลังจากมีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตจะช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับระบบประสาท (Howes et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าติดตามค่าแสดงทางสรีรวิทยาอื่น ๆ ได้แก่ อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และอัตราการเต้นของหัวใจ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 5) ผู้ป่วยที่มีการคืนกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตหลังจากได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิตจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินติดตามอาการ การตอบสนองต่อการรักษา และเฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจซ้ำ (Neumar et al., 2010; Pothitakis et al., 2011)

การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา



ตามอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และทันทั่วทั้งที่ ผลการวิจัยในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงการเฝ้าติดตามที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พยาบาลที่ปฏิบัติงานควรมีความตระหนักถึงอาการที่แย่งลงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต การเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจะทำให้ทราบถึงปัญหา และความต้องการของผู้ใช้บริการในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างเหมาะสม การเฝ้าติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคลากรสามารถทราบอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าติดตามผู้ป่วย และพัฒนาระบบการเฝ้าติดตามผู้ป่วยของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าติดตามผู้ป่วยในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติ การช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้จากงานวิจัยนี้ ในการสร้างความตระหนักของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการเฝ้าติดตามผู้ป่วยในระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการเฝ้าติดตามระยะก่อนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ และระยะระหว่างการปฏิบัติการช่วยชีวิตของพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยศึกษาแบบไปข้างหน้าและรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตจากสถานการณ์จริง

References

- Adane, K., Muluye, D. & Abebe, M. (2013). Processing medical data: A systematic review. *Archives of Public Health*, 71(27), 1-6. doi:10.1186/0778-7367-71-27
- Agency for Health Care Research and Quality. (2011). *Emergency Severity Index (ESI) a triage tool for emergency department care version 4 implementation handbook*. Gaithersburg Rockville, MD: Author.
- Agency for Health Care Research and Quality. (2014). *Early warning scoring system proactively identifies patients at risk of deterioration, leading to fewer cardiopulmonary emergencies and deaths*. Retrieved from <http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=2607>
- American Heart Association. (2014). *About cardiac arrest*. Retrieved from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/CardiacArrest/About-Cardiac-Arrest_UCM_307905_Article.jsp



- Australian Resuscitation Council & New Zealand Resuscitation Council. (2011). Protocols for adult advance life support. ARC and NZRC guideline 2010. *Emergency Medicine Australasia*, 23(3), 271-274. doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01422_10.x
- Bortle, C. D. & Levitan, R. (2016). *Overview of respiratory arrest*. Retrieved from <http://www.merckmanuals.com/professional/critical-care-medicine/respiratory-arrest/overview-of-respiratory-arrest>
- Canadian Association of Emergency Physicians – CAEP. (2014). *Implementation guidelines*. Retrieved from <http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines#goals-of-triage>
- Deakin, C. D., Nolan, J. P., Soar, J., Sunde, K., Koster, R. W., Smith, G. B., & Perkins, G. D. (2010). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 Section 4: Adult advance life support. *Resuscitation*, 81(10), 1305-1352. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.017
- Howes, D., Gray, H. S., Brooks, C. S., Boyd, G. J., Djogovic, D., Golan, E., ... Muscedere, J. (2016). Canadian guidelines for the use of targeted temperature management (therapeutic hypothermia) after cardiac arrest: A joint statement from the Canadian Critical Care Society (CCCS), Canadian Neurocritical Care Society (CNCCS), and the Canadian Critical Care Trials Group (CCCTG). *Resuscitation*, 98, 48–63. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.052
- Institute for Healthcare Improvement. (2014). *Early warning systems: Scorecards that save lives*. Retrieved from <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/EarlyWarningSystemsScorecardsThatSaveLives.aspx>
- Johnson, K. D., Winkelman, C., Burant, C. J., Dolansky, M., & Totten, V. (2014). The factors that affect the frequency of vital sign monitoring in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), 27-35. doi: org/10.1016/j.jen.2012.07.023
- Källberg, A., Göransson A. C. E. K., Florin d. J., Östergren, J., Brixey, J. J., & Ehrenberg, A. (2015). Contributing factors to errors in Swedish emergency departments. *International Emergency Nursing*, 23, 156–161. doi: org/10.1016/j.ienj.2014.10.002
- Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., ... Wilson, J. A. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(7), doi:10.1161/STR.0000000000000024
- Kyriacos, U., Jelsma, J., James, M., & Jordan, S. (2014). Monitoring vital signs: Development of a modified early warning scoring (Mews) system for general wards in a developing country. *PLOS one*, 9(1), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0087073
- Linden, M., C, Barbara, E. A, M. & van der Linden N. (2016). Emergency department crowding affects triage processes. *International Emergency Nursing*, 29, 27–31. doi: org/10.1016/j.ienj.2016.02.003



- Neumar, R. W., Otto, C. W., Link, M. S., Kronick, S. L., Shuster, M., Callaway, C. W., ... Morrison, L. J. (2010). Part 8: Adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18 Suppl 3), s729-s767. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970988
- Patocka, C., Turner, J., Xue, X., & Segal, E. (2014). Evaluation of an Emergency Department Triage Screening Tool for suspected severe sepsis and septic shock. *Journal for Healthcare Quality*, 36, 52-61.
- Peberdy, M. A., callaway, C. W., Neumar, R. W., Geocadin, R. G., Zimmerman, J. L., Donnino, M., ... Kronick, S. L. (2010). Part 9: Post-cardiac arrest care: 2010 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18 Suppl 3), s768-s786. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971002
- Pothitakis, C., Ekmektzoglou, K. A., Piagkou, M., Karatzas, T., & Xanthos, T. (2011). Nursing role in monitoring during cardiopulmonary resuscitation and in the peri-arrest period: A review. *Heart & Lung*, 40(6), 530-544. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.11.006
- Roffi, M., Patrono, C., Collet, J., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., ... Windecker, S. (2016). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 37(3), 267-315. doi: 10.1093/eurheartj/ehv320
- Smith, G. B. (2010). In-hospital cardiac arrest: Is it time for an in-hospital 'chain of prevention? *Resuscitation*, 81(9), 1209-1211. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.04.017
- Travers, H. A., Rea, D. T., Bobrow, J. B., Edelson, J. B., Berg, P. D., Sayre, R. M., ... Swor, A. R. (2010). Part 4: CPR overview: 2010 American Heart Association Guideline for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18 Suppl 3), S676-s684. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970913
- Thana, K., & Klunklin, A. (2015). Nursing documentation: The nurses' most important evidence. *Nursing Journal*, 42(1), 164-170.



Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus*

การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2*

วินัฐ	ดวงแสนจันทร์**	Winut	Duangsanjun**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sririrat	Panuthai***
ณัฐยานันท์	สุวรรณคฤหาสน์ ***	Nattaya	Suwankruhasn***
ณัฐพงศ์	โฆษชุนหนันท์****	Nattapong	Kosachunhanun****

Abstract

Older adults with type 2 diabetes mellitus require a controlled diet to prevent subsequent complications. This research aimed to describe carbohydrate intake, hemoglobin A1c and the relationship between carbohydrate intake and hemoglobin A1c in older adults with type 2 diabetes mellitus. The sample consisted of 88 older adults diagnosed with type 2 diabetes mellitus attending the health promotion hospital in Ban Tom and Mae Ka Sub-District, Muang District, Phayao Province. The sample was purposively selected based on the eligibility criteria. Data were collected using: 1) A 7-day Food Diary Record which was used to determine carbohydrate intake using the Nutrifacts Program software, and 2) a hemoglobin A1c analyzer. The validity and reliability of these instruments were approved prior to data collection. Data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's product-moment correlation.

The study results revealed that:

1. Older adults with type 2 diabetes mellitus had an average carbohydrate intake of 405.04 grams/day, representing average carbohydrate energy of 1278.72 kilocalories/day which accounted for 65.59% of total energy (1949.57 kilocalories).
2. Older adults with type 2 diabetes mellitus had average hemoglobin A1c of 7.60%. About two-thirds (65.91%) of the sample had hemoglobin A1c above the control level ($\geq 7\%$); and
3. Carbohydrate intake showed a positively significant relationship with hemoglobin A1c at a moderate level ($r = .49, p < .05$).

The findings can be used as information for health personnel to promote carbohydrate consumption control in older adults with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Carbohydrate intake; Hemoglobin A1c; Older adults, Type 2 diabetes mellitus

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

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

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

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

Received 15 December 2017; Revised 26 January 2018; Accepted 16 February 2018



Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำเป็นต้องควบคุมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ฮีโมโกลบินเอวันซีและความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้อมและตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 88 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกการบริโภคอาหาร 7 วัน เพื่อคำนวณคาร์โบไฮเดรตที่ได้ในแต่ละวันด้วยโปรแกรมนิวทริแฟกท์ และ 2) เครื่องตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ซึ่งเครื่องมือวิจัยได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บริโภคคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 405.04 กรัมต่อวัน คิดเป็นพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 1278.72 กิโลแคลอรีต่อวัน หรือร้อยละ 65.59 ของพลังงานทั้งหมด (1949.57 กิโลแคลอรี)
2. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.60 เปอร์เซ็นต์ โดยประมาณสองในสาม (ร้อยละ 65.91) มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีสูงกว่าเกณฑ์ควบคุม (≥ 7 เปอร์เซ็นต์)
3. การบริโภคคาร์โบไฮเดรตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับฮีโมโกลบินเอวันซี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .05$)

ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: การบริโภคคาร์โบไฮเดรต ฮีโมโกลบินเอวันซี ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: winut.nurse@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 15 ธันวาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 26 มกราคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 16 กุมภาพันธ์ 2561



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ ในปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 463 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 (International Diabetes Federation, 2019) สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้น โดยในผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 15.0 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 18.2 ในปี พ.ศ. 2557 นอกจากอุบัติการณ์ความชุกที่เพิ่มขึ้นแล้ว โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและพบเพิ่มมากขึ้น ดังรายงานจากสถิติอัตราการตายของโรคเบาหวาน ต่อประชากร 100,000 คนประเทศไทย ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการตายของโรคเบาหวาน ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2554 ในอัตรา 70.2 และเพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 102.9 ในปี พ.ศ. 2558 (Bureau of Policy Strategy, 2016) จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน (insulin) เนื่องจากการทำงานของเบต้าเซลล์ (beta cell) ในตับอ่อนมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีการหลั่งอินซูลินลดลง และความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เนื่องจากมวลของกล้ามเนื้อลดลง และมีปริมาณไขมันเข้ามาแทนที่ ส่งผลให้ตัวจับอินซูลิน (insulin receptor) ที่เยื่อหุ้มเซลล์ลดลง และกล้ามเนื้อไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุด ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (American Diabetes Association, 2020) ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับอ่อนลดลง และมวลของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุลดลง (Welch, Hayhoe, & Cameron, 2020) ซึ่งถ้าหากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันสมควรจากภาวะแทรกซ้อนต่อ ตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง (International Diabetes Federation, 2019) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ เพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมา

ในปัจจุบันโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อย่างไรก็ตามเป้าหมายหลักในการดูแลรักษา คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติมากที่สุด (Deerochanawong & Ferrario, 2013) โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือมีฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ไม่เกิน 7.0 เปอร์เซ็นต์ ตลอดเวลาทั้งในวัยผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ เพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่หรือคุณภาพชีวิต ซึ่งต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่งคือ การควบคุมการรับประทานอาหาร ถือเป็นสิ่งที่ควรทำเป็นอันดับแรกในการดูแลมากกว่าการเริ่มรักษาด้วยยา (American Diabetes Association, 2020) มีงานวิจัยที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของ ชาวโต และคณะ (Sato et al., 2016) เกี่ยวกับผลของการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเท่ากับ 130 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 เดือน ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดฮีโมโกลบินเอวันซีลงได้ และมีข้อเสนอแนะให้บริโภคคาร์โบไฮเดรตสำหรับผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 45 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานทั้งหมด (Gray, Threlkeld, 2019) ดังนั้นการควบคุมปริมาณการบริโภคอาหารเป็นแนวทางหนึ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตมีความจำเป็นในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตจะถูกย่อยในทางเดินอาหารและกลายเป็นน้ำตาลกลูโคส ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะขึ้นอยู่กับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตมากน้อยเพียงใด โดยมีค่าที่บ่งบอกถึงปริมาณน้ำตาลที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายหลัง



Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เรียกว่า ค่าดัชนีน้ำตาล (glycemic index: GI) เป็นดัชนีตรวจวัดคุณภาพของอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตหลังจากอาหารถูกย่อยและดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย และค่าที่บ่งบอกถึงปริมาณน้ำตาลในอาหารแต่ละชนิด เรียกว่า โกลซีมิคโหลด (glycemic load: GL) เป็นค่าปริมาณน้ำตาลในอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (Barclay et al., 2008) สำหรับค่า GI จะไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อปริมาณอาหารเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันจะพิจารณาจากค่า GL ซึ่งเป็นค่าที่แสดงผลของปริมาณคาร์โบไฮเดรตในการบริโภคอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งแนะนำการเลือกบริโภคอาหารที่มี GI และ GL ต่ำ ร่วมกับการนับปริมาณคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Farvid, Homayouni, Shokoochi, Fallah, & Farvid, 2014) มีจากการศึกษาของ แกนนอน และ นัททอลล์ (Gannon, & Nuttall, 2004) เกี่ยวกับผลของการลดปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 8 ราย อายุเฉลี่ย 63 ปี โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับประทานอาหารที่มีสัดส่วนของ คาร์โบไฮเดรต: โปรตีน: ไขมัน เท่ากับร้อยละ 55: 15: 30 ตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของ คาร์โบไฮเดรต: โปรตีน: ไขมัน เท่ากับร้อยละ 20: 30: 50 ตามลำดับ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงจาก 9.8 ± 0.5 เปอร์เซ็นต์ เป็น 7.6 ± 0.3 เปอร์เซ็นต์ และมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันจำนวน 8 เรื่อง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอภิมาน (Meta-Analysis) ซึ่งพบว่าการจำกัดปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรต สามารถลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (Kirk, 2008) ดังนั้นการบริโภคคาร์โบไฮเดรตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปริมาณที่แตกต่างกันและบริโภคอาหารคนละชนิดจะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกันด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริโภคคาร์โบไฮเดรตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการบริโภคคาร์โบไฮเดรตต่ำมีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ แต่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งรูปแบบอาหารที่เป็นคาร์โบไฮเดรตมีความแตกต่างจากรูปแบบอาหารในประเทศไทย สำหรับในประเทศไทยพบว่า การศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตในปริมาณมากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผลทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาไม่ได้วิเคราะห์ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ได้จากอาหารโดยตรง แต่วัดจากการรับรู้รับประทานมากน้อยเพียงใด อาจทำให้ไม่ได้ค่าจริงที่บริโภค และยังพบว่าชาวที่เป็นอาหารหลักที่ผู้สูงอายุรับประทานจะมีค่าดัชนีน้ำตาลสูง แต่ปริมาณคาร์โบไฮเดรตไม่ได้มีในรูปของข้าวเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงยังไม่มียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตว่ามีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด และการศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวยังไม่พบในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษากการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้สูงอายุได้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำถามการวิจัย

1. การบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างไร
2. ฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างไร



Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus

การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3. การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยคาร์โบไฮเดรตเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญที่ร่างกายต้องการมากที่สุด ซึ่งคาร์โบไฮเดรตที่ได้จากการบริโภคอาหารจะมีการย่อยและดูดซึมที่ทางเดินอาหารถูกเปลี่ยนเป็นน้ำตาลกลูโคสทั้งหมด โดยคาร์โบไฮเดรตจะถูกย่อยด้วยอะไมเลส (amylase) ที่สร้างจากตับอ่อน และทำหน้าที่เปลี่ยนสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นน้ำตาลกลูโคส ซึ่งลำไส้เล็กจะทำหน้าที่ดูดซึมกลูโคสเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะดื้ออินซูลินตับอ่อนสามารถหลั่งอินซูลินออกมาทำงานได้ แต่ประสิทธิภาพในการทำงานหรือการออกฤทธิ์ที่เซลล์กล้ามเนื้อในการนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์เสื่อมไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีมวลกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งสามารถตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้จากค่าฮีโมโกลบินเอวันซี ซึ่งเป็นฮีโมโกลบินที่เกาะกับโปรตีนบนเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือด ความเข้มข้นที่มีในกระแสเลือดจะขึ้นอยู่กับช่วงอายุขัยของเม็ดเลือดแดง (โดยเฉลี่ย 120 วัน) และความเข้มข้นของกลูโคสในเลือด ดังนั้นฮีโมโกลบินเอวันซีจึงแสดงค่าเฉลี่ยของระดับกลูโคสในเลือดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ทำให้สะท้อนถึงการควบคุมระดับกลูโคสในระยะเวลาดังกล่าวได้ดี เนื่องจากฮีโมโกลบินเอวันซีจะไม่แปรปรวนหรือเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยในแต่ละวัน เช่น การออกกำลังกาย หรือ ลักษณะอาหารที่รับประทานก่อนการเจาะเลือด เป็นต้น ทำให้ได้ค่าที่น่าเชื่อถือ สำหรับรูปแบบการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของอาหารที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บริโภค โดยการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่เพิ่มมากขึ้นน่าจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นปัจจัยหนึ่งในการทำระดับน้ำตาลในเลือดสูงอาจมาจากการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่มากในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ฮีโมโกลบินเอวันซี และความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี power analysis ซึ่งกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 และเปิดตารางของ โพลิต และ เบ็ค (Polit & Beck, 2004) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือก 2 ตำบล ในอำเภอเมือง ที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด โดยจำนวนของกลุ่มตัวอย่างใน 2 ตำบล ใกล้เคียงกัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีการรับรู้สติปัญญาดี โดยใช้แบบทดสอบการรับรู้ (Mental Status Questionnaire) ของ คาร์สัน, โกลด์ฟาร์บ, โพลเลค, และ เพค (Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peack, 1960) ฉบับภาษาไทยและมี 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน 2) ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาชนิดรับประทาน โดยที่ไม่ได้การรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน 3) สื่อสารภาษาไทยด้วยการฟัง การพูดได้ และ



4) ยินยอมและสมัครใจในการศึกษาในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่มีการจำกัดอาหาร ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับ โรคหัวใจระยะรุนแรง และโรคมะเร็ง 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโลหิตจางจากเม็ดเลือดแตกง่าย (hemolytic anemia) ได้แก่ ธาลัสซีเมีย และภาวะพร่องเอนไซม์ จี-6-พีดี (G-6-PD deficiency) 3) ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ หรือมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน หรือผู้ที่ถือศีลอดอาหาร และ 4) มีการใช้ยาอื่นที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ (steroid), ยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ (thiazide) และกลุ่มต้านเบต้า (beta-blocker)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานะภาพสมรส อาชีพ รายได้
2. แบบบันทึกการบริโภคอาหาร 7 วัน ของ ณัฐธยาน์ สุวรรณคุณหาสน์, ลินจง โพธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ พิกุล บุญช่วง (Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือแล้ว และเครื่องมือนี้เป็นการบันทึกการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุตามสภาพความเป็นจริงจึงไม่จำเป็นต้องหาความเชื่อมั่น
3. โปรแกรมนิวตริแพกซ์ของมูลนิธิส่งเสริมโภชนาการและสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Foundation for the Promotion of Nutrition and Health Sciences, Research Institute, Chiang Mai University, 2014) ที่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และเทียบเคียงกับโปรแกรมอินมูคัล (Inmucal) ที่ได้มาตรฐาน
4. เครื่องตรวจฮีโมโกลบินเอวันซี ที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข มีการตรวจสภาพเครื่องทุก 6 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย ในส่วนของการตอบแบบสอบถาม ได้อธิบายและยกตัวอย่างการจดบันทึกการบริโภคอาหาร 7 วัน ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และให้อุปกรณ์ในการวัดปริมาณอาหาร ได้แก่ ช้อนชา ช้อนโต๊ะ ทัพพี ถ้วยตวง แก้วน้ำ และสมุดจดบันทึก จากนั้นให้นำกลับไปบันทึกที่บ้านตลอดระยะเวลา 7 วัน และแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบในการเจาะเลือด เพื่อดูฮีโมโกลบินเอวันซีในวันนัดหมาย เมื่อบันทึกครบ 7 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลใช้ Kolmogorov-Smirnov พบว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติค่า Pearson's product-moment correlation (Cohen, 1988)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 ราย มีอายุเฉลี่ย 69.48 ปี (SD = 7.93) กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 61.36 เป็นเพศชาย ร้อยละ 25 เพศหญิง ร้อยละ 75 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.09 มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.95 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 67.05 รายได้ตนเองต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 89.77 และอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร/หลาน ร้อยละ 36.36



Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus

การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 405.04 กรัมต่อวัน คิดเป็นพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 1278.72 กิโลแคลอรีต่อวัน หรือร้อยละ 65.59 ของพลังงานทั้งหมด (1949.57 กิโลแคลอรี) การบริโภคคาร์โบไฮเดรตจำแนกตามดัชนีน้ำตาล และไกลซีมิกโหลด ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความถี่ และปริมาณของการบริโภคคาร์โบไฮเดรตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามข้อมูลระดับดัชนีน้ำตาลของหมวดอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรต (n = 88)

ประเภทของอาหารและระดับดัชนีน้ำตาล	ความถี่/วัน/คน (มื้อ)	ปริมาณการบริโภค/มื้อ/คน	ปริมาณการบริโภค (กรัม/มื้อ/คน)
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
1. ข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์			
1-55	0.91	0.57 ถ้วยตวง	25.80
56-69	0.60	0.22 ถ้วยตวง	17.25
70-100	1.71	1.01 ถ้วยตวง	55.90
2. ผลไม้			
1-55	0.18	0.29 ส่วน	4.35
56-69	0.10	0.23 ส่วน	3.45
70-100	0.14	0.26 ส่วน	3.90
3. ผัก			
1-55	0.59	0.67 ถ้วยตวง	4.70
56-69	0.15	0.35 ถ้วยตวง	3.50
4. นมและผลิตภัณฑ์จากนม			
1-55	0.11	0.26 แก้ว	3.12
56-69	0.06	0.14 แก้ว	1.68
5. ขนมหวานและเบเกอรี่			
70-100	0.08	0.50 ชิ้น	11.36

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความถี่ และปริมาณของการบริโภคคาร์โบไฮเดรตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามข้อมูลระดับไกลซีมิกโหลดของหมวดอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรต (n = 88)

ประเภทของอาหารและระดับไกลซีมิกโหลด	ความถี่/วัน/คน (มื้อ)	ปริมาณการบริโภค/มื้อ/คน	ปริมาณการบริโภค (กรัม/มื้อ/คน)
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
1. ข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์			
1-10	0.12	0.11 ถ้วยตวง	3.96
11-19	0.34	0.13 ถ้วยตวง	6.42
≥ 20	2.76	1.56 ถ้วยตวง	88.57



Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus

การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความถี่ และปริมาณของการบริโภคคาร์โบไฮเดรตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามข้อมูลระดับไกลซีมิกโพลต์ของหมวดอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรต (n = 88) (ต่อ)

ประเภทของอาหารและ ระดับไกลซีมิกโพลต์	ความถี่/วัน/คน (มื้อ)	ปริมาณการ บริโภค/มื้อ/คน	ปริมาณการ บริโภค (กรัม/ มื้อ/คน)
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
2. ผลไม้			
1-10	0.17	0.29 ส่วน	4.35
11-19	0.26	0.49 ส่วน	7.35
3. ผัก			
1-10	0.74	1.02 ถ้วยตวง	8.20
4. นมและผลิตภัณฑ์จากนม			
1-10	0.09	0.21 แก้ว	2.52
11-19	0.08	0.19 แก้ว	2.28
5. ขนมหวานและเบเกอรี่			
1-10	0.06	0.29 ชิ้น	6.65
≥ 20	0.02	0.21 ชิ้น	4.71

เมื่อพิจารณาการบริโภคคาร์โบไฮเดรต จำแนกตามข้อมูลเพศ ของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง (n = 88)

ข้อมูล	การบริโภคคาร์โบไฮเดรต (กรัม/วัน)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD		
เพศ				
ชาย	451.89	112.68	2.52	.019
หญิง	389.42	49.28		

3. ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.60 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (n = 88)

ฮีโมโกลบินเอวันซี (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
< 7	30	34.09
≥ 7	58	65.91
(Min = 5.3, Max = 11.9, $\bar{X}$ = 7.60, SD = 1.35)		



Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เมื่อพิจารณาฮีโมโกลบินเอวันซี จำแนกตามข้อมูลอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของฮีโมโกลบินเอวันซี ระหว่างกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 70 ปี และอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ผู้ที่ได้เรียนและผู้ที่ไม่ได้เรียน และผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด/หย่า/หม้าย และสถานภาพสมรสคู่ (n = 88)

ข้อมูล	ฮีโมโกลบินเอวันซี (%)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.		
อายุ				
≤ 69	7.87	1.42	2.45	.017
≥ 70	7.17	1.11		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	7.87	1.38	-2.37	.020
ได้เรียน	7.18	1.18		
สถานภาพสมรส				
โสด/หย่า/หม้าย	7.25	1.30	-2.15	.034
คู่	7.86	1.33		

4. การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .05$)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย ดังนี้

1. การบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการบริโภคคาร์โบไฮเดรตส่วนใหญ่มาจากอาหารประเภทข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์ที่มีดัชนีน้ำตาลสูง (70-100) ความถี่เฉลี่ย 1.71 มื้อ/วัน/คน ปริมาณการบริโภค 1.41 ถ้วยตวง/มื้อ/คน (55.90 กรัม/มื้อ/คน) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธิณี เขียวดี และ บำเหน็จ แสงรัตน์ (kieu dee & Saengrut, 2020) พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงกว่าที่ควร โดยเฉพาะ รับประทานข้าวเหนียวทุกวัน ร้อยละ 30.7 และยังพบว่าการรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักจะสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี อาจเกิดจากข้าวเหนียวทำให้รู้สึกอึดนาน ความเคยชินในการรับประทานข้าวเหนียวตลอด และข้าวเหนียวให้ความรู้สึกสัมผัสขณะรับประทานอาหาร (texture) ดีกว่าจึงทำให้รับประทานในปริมาณมาก และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าอาหารประเภทข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์ที่บริโภคส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีค่าไกลซีมิกโหลดสูง (≥ 20) ความถี่เฉลี่ย 2.76 มื้อ/วัน/คน ปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 1.56 ถ้วยตวง/มื้อ/คน (88.57 กรัม/มื้อ/คน) โดยในประเทศไทยโดยเฉพาะในบริบทของภาคเหนือมีวัฒนธรรมการบริโภคข้าวเหนียวเป็นหลัก ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว โดยรับประทานข้าวจากกระติบข้าวเดียวกัน ซึ่งไม่ได้กะปริมาณ ทำให้สัดส่วนของการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่มาจากข้าวมีปริมาณมาก (Intharabut, & Muktabhant, 2007) นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในเพศชายและเพศหญิง พบว่าใน

เพศชายมีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากการใช้พลังงานพื้นฐานของร่างกาย (basal metabolic rate: BMR) ซึ่งเป็นพลังงานพื้นฐานที่ร่างกายต้องการเพื่อใช้ในการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ และของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายในเพศชายมากกว่าเพศหญิง รวมทั้งเพศชายมีการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศชายมีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่มากกว่าตามมา (Pablos-Velasco et al., 2014)

2. ฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.60 % (SD= 1.35) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ที่อายุต่ำกว่า 70 ปี มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีสูงกว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.87 % ในขณะที่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.17 % สอดคล้องกับการศึกษาของ พาโบลอส-เวลาสโก และคณะ (Pablos-Velasco et al., 2014) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุเฉลี่ย 65.9 ปี จำนวน 5,817 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับฮีโมโกลบินเอวันซี โดยผู้ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มไม่สามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินได้มากกว่าผู้ที่มีอายุมาก เนื่องจากผู้ที่มีอายุน้อยกว่าไม่ได้ดูแลเกี่ยวกับการควบคุมโรคเท่าที่ควร ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษาในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีสูงกว่าผู้ที่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.87 % ในขณะที่ผู้ที่ได้เรียนหนังสือมีฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.18 % เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่สูงจะมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับต่ำ และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าสถานภาพสมรส/โสด/หย่า/หม้าย มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.25 % ในขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.86 % อาจเนื่องมาจากบางรายมีคู่สมรสที่ไม่สามารถดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำได้ดีเท่าที่ควร ทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้ ส่งผลให้ฮีโมโกลบินเอวันซีเพิ่มขึ้นได้ (Siriwattanapornkul, Oba, & Na Rachasima, 2007)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การศึกษานี้พบว่า การบริโภคคาร์โบไฮเดรตของกลุ่มตัวอย่างกับฮีโมโกลบินเอวันซีมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .05$) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูง อธิบายได้ว่าปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย ซึ่งเมื่อคาร์โบไฮเดรตที่ได้จากการบริโภคอาหารจะมีการย่อยและดูดซึมที่ทางเดินอาหารถูกเปลี่ยนเป็นน้ำตาลกลูโคสทั้งหมด โดยคาร์โบไฮเดรตจะถูกย่อยด้วยอะไมเลส (amylase) ที่สร้างจากตับอ่อน และทำหน้าที่เปลี่ยนสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นน้ำตาลกลูโคส ซึ่งลำไส้เล็กจะทำหน้าที่ดูดซึมกลูโคสเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ตามปกติระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงสุดประมาณ 1 ชั่วโมง และจะลดลงหลังจากที่ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงาน หากร่างกายได้รับน้ำตาลมากเกินไปจากการบริโภคคาร์โบไฮเดรตจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จึงทำให้เมื่อบริโภคคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่มากเกินไประดับฮีโมโกลบินเอวันซีก็สูงขึ้นตามด้วย จึงกล่าวได้ว่าการบริโภคคาร์โบไฮเดรตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.09 เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่สูงจะมีความรู้ในการเลือกซื้ออาหารที่มีน้ำตาลต่ำ และสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น (Dankul, Suwichacherdchu, & Tongpenyai, 2011) ทำให้การ



Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษาพยาบาล ผลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่นักวิชาการทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการฝึกอบรมหรือใช้ในการสอนให้กับนักศึกษา หรือบุคลากรทางการพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตได้อย่างเหมาะสม โดยการควบคุมปริมาณอาหารที่มีระดับดัชนีน้ำตาลและไกลซีมิกโหลดสูง เนื่องจากการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บริโภคคาร์โบไฮเดรตหมวดข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์ เป็นส่วนใหญ่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทภาคอื่น ๆ และผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้

References

- American Diabetes Association. (2020). Standards of medical care in diabetes-2020. *Diabetes Care*, 43(Supplement 1), 1-212.
- Barclay, A. W., Petocz, P., McMillan-Price, J., Flood, V. M., Prvan, T., Mitchell, P., & Brand-Miller, J. C. (2008). Glycemic index, glycemic load, and chronic disease risk: a meta-analysis of observational studies. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(3), 627-637.
- Bureau of Policy Strategy. (2015). *Public health statistics A.D. 2015*. Retrived from <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th> (in Thai)
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
- Dankul, P., Suwichacherdchu, P., & Tongpenyai, N. (2011). Association between personal self-care behavioral and supportive factor and blood glucose control of type-2 diabetic patients at primary care units (PCUs) of CUP Maung-Ya 5 network. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima*, 17(2), 27-38. (in Thai)
- Deerochanawong, C., & Ferrario, A. (2013). Diabetes management in Thailand: A literature review of the burden, costs, and outcomes. *Global Health*, 9(11), 1-18. doi: 10.1186/1744-8603-9-11 (in Thai)
- Farvid, M. S., Homayouni, F., Shokoohi, M., Fallah, A., & Farvid, M. S. (2014). Glycemic index, glycemic load and their association with glycemic control among patients with type 2 diabetes. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(4), 459-463.



Carbohydrate Intake and Hemoglobin A1c in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus

การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

- Foundation for the Promotion of Nutrition and Health Sciences, Research Institute, Chiang Mai University. (2014). *Development program to calculate the nutritional value of traditional Lanna Thai food*. (n.p.).
- Gannon, M. C., & Nuttall, F. Q. (2004). Effect of a high-protein, low-carbohydrate diet on blood glucose control in people with type 2 diabetes. *Diabetes*, 53(9), 2375-2382.
- Gray, A., Threlkeld, R. J. (2019). *Nutritional recommendations for individuals with diabetes*. Retrived from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279012/>
- Intharabut M., Muktabhant, B. (2007). Perception and practices of dietary control in type 2 diabetic patients. *Srinagarind Medical Journal*, 22(3), 283-290. (in Thai)
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF diabetes atlas* (9th ed.). Retrived from <https://www.diabetesatlas.org>
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117(4), 326-328.
- Kieudee, S., & Saengrut, B. (2020). Carbohydrate consumption among uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in diabetec clinic, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Chiang Mai Medical Journal*, 59(4), 227-239. (in Thai)
- Kirk, J. K., Graves, D. E., Craven, T. E., Lipkin, E. W., Austin, M., & Margolis, K. L. (2008). Restricted-carbohydrate diets in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(1), 91-100. doi:10.1016/j.jada.2007.10.003
- Pablos-Velasco, P., Parhofer, K. G., Bradley, C., Eschwege, E., Gönder-Frederick, L., Maheux, P., ... & Simon, D. (2014). Current level of glycaemic control and its associated factors in patients with type 2 diabetes across Europe. *Clinical Endocrinology*, 80(1), 47-56.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principle and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sato, J., Kanazawa, A., Makita, S., Hatae, C., Komiya, K., Shimizu, T., ... Watada, H. (2016). A randomized controlled trial of 130 g/day low-carbohydrate diet in type 2 diabetes with poor glycemic control. *Clinical Nutrition*, 36(4), 992-1000. doi:10.1016/j.clnu.2016.07.003
- Siriwattanapornkul, T., Oba, N., & Na Rachasima, I. S. (2007). Factors related to blood glucose level among patients with diabetes mellitus Type II. *Journal of Nursing Science Naresuan University*, 1(2), 57-67. (in Thai)
- Suwankruhasn, N., Pothiban, L., Panuthai, S., & Boonchuang, P. (2013). Effects of a self-management support program for Thai people diagnosed with metabolic syndrome. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 371-383.
- Welch, A., Hayhoe, R., & Cameron, D. (2020). The relationships between sarcopenic skeletal muscle loss during ageing and macronutrient metabolism, obesity and onset of diabetes. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(1), 158-169. doi:10.1017/S0029665119001150



Food Consumption Behavior and Nutritional Status

Among Persons with Head and Neck Cancer*

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ*

อรวรรณ	เรือนมี**	Orawan	Ruanmee**
ประทุม	สร้อยวงศ์***	Pratum	Soivong***
พัชรารณ	อารีย์***	Pacharaporn	Aree***

Abstract

Proper food consumption behaviors and nutritional status are essential for persons with head and neck cancer. Their bodies require adequate nutrients and energy in order to endure a continued regimen course to respond to treatment effectively. This descriptive study aimed to explore food consumption behaviors and nutritional status among persons with head and neck cancer who visited the division of therapeutic radiology and oncology outpatient department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The purposively selected subjects were 126 persons with head and neck cancer. Of these numbers, 63 of them received only radiotherapy and another 63 received chemotherapy in combination with radiotherapy. Research instruments included the Food Consumption Behavior among Persons with Head and Neck Cancer Questionnaire, and the Nutritional Status Data Record Form. The research instruments were approved for their quality prior to data collection. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that:

1. The overall food consumption behaviors among persons with head and neck cancer receiving only radiotherapy and chemotherapy in combination with radiotherapy were at a high level (80.16%). In determination by dimensions, it was found that food consumption behaviors regarding eating habits and food that should be taken, and taboo food were at a high level, at 68.25% and 85.71%, respectively.

2. The overall nutritional status of the subjects receiving only radiotherapy and chemotherapy in combination with radiotherapy were at a normal level (46.83%), at a lower than normal level (33.33%), at a higher than normal level (9.52%), and at risk of a higher than normal level (10.32%). In regards to protein, it was revealed that the subjects were at a normal level (7.14%), and had protein deficiency (92.86%) which was categorized into mild, moderate, and severe protein deficiency (11.11%, 21.43%, and 60.32%, respectively).

The results of this study show preliminary data of overall food consumption behaviors and nutritional status among persons with head and neck cancer receiving only radiotherapy and chemotherapy in combination with radiotherapy at a high level. Overall nutritional status is at a normal level, but protein deficiency is severe. Thus, a care model for promotion of nutritional status in protein among persons with head and neck cancer should be developed.

Keywords: Food consumption behaviors; Nutritional status; Persons with head and neck cancer

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

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

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

Received 28 October 2016; Revised 18 November 2016; Accepted 9 December 2016



บทคัดย่อ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการที่เหมาะสมมีความสำคัญกับผู้ที่ เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอต้องได้รับสารอาหารและพลังงานที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายเพื่อให้ทนต่อการรักษา ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีการตอบสนองต่อการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่มารับการรักษา ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 126 ราย แบ่งเป็นผู้ที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 63 ราย และผู้ที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด จำนวน 63 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และแบบบันทึกภาวะโภชนาการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา และรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.16 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านวิธีการรับประทานอาหารและด้านอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่งดเว้นมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 68.25 และ 85.71 ตามลำดับ

2. ภาวะโภชนาการโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างขณะได้รับรังสีรักษา และรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปกติร้อยละ 46.83 ระดับต่ำกว่าปกติร้อยละ 33.33 ระดับสูงเกินกว่าปกติร้อยละ 9.52 และระดับเสี่ยงต่อภาวะสูงเกินกว่าปกติร้อยละ 10.32 ส่วนภาวะโปรตีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโปรตีนปกติ ร้อยละ 7.14 และมีภาวะขาดโปรตีนร้อยละ 92.68 โดยแบ่งเป็น ภาวะขาดโปรตีนเล็กน้อยร้อยละ 11.11 ภาวะขาดโปรตีนปานกลางร้อยละ 21.43 และภาวะขาดโปรตีนรุนแรงร้อยละ 60.32

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ภาวะโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับปกติ แต่มีภาวะขาดโปรตีนรุนแรง ดังนั้น ควรมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยเฉพาะด้านโปรตีนของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: orawan.nami@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 28 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 18 พฤศจิกายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 9 ธันวาคม 2559

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งศีรษะและคอเกิดจากการเจริญที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิวชนิดสความัส (squamous epithelial cell) ของระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินอากาศส่วนบน คือ ริมฝีปาก ช่องปาก ลิ้น เหงือก ฟัน เยื่อบุกระพุ้งแก้ม เพดานแข็ง โปรงอากาศ และจมูก (Pezzuto et al., 2015) ปัญหาสำคัญที่พบในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ คือ ภาวะโภชนาการต่ำ ภาวะนี้เป็นสภาวะของร่างกายที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ได้รับสารอาหารไม่ครบ หรือไม่เพียงพอ ทำให้ขาดสารอาหารร่วมกับการขาดพลังงาน ทำให้เกิดโรค เช่น โรคขาดโปรตีน โรคขาดวิตามินต่าง ๆ เป็นต้น (Schlenker, 2015) ภาวะโภชนาการต่ำในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ เกิดจาก 2 สาเหตุ คือ 1) การรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ จากการที่ก้อนเนื้ออวกมีขนาดโตกดเบียดอวัยวะในช่องปากและลำคอ บวม ปวด กลืนลำบาก เกิดพังผืด การตีบแคบของหลอดอาหาร น้ำลายแห้ง เยื่อบุในปากแห้งเป็นแผลเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Chitapanarak, 2014) สูญเสียการรับรสและอาการคลื่นไส้ อาเจียน จากการที่ก้อนเนื้ออวกมีการหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokine) ไปกระตุ้นการทำงานสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมอง ทำให้มีความอยากอาหารลดลง จึงรับประทานอาหารได้ลดลงเกิดการขาดทั้งพลังงานและสารอาหาร และ 2) ภาวะที่ร่างกายต้องการสารอาหารและพลังงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเผาผลาญของร่างกายที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเนื้องอก จึงมีการสลายไขมัน และโปรตีนเพิ่มมากกว่าปกติ (Peixoto, Santos, Costa e Silva, Gil da Costa & Medeiros, 2020) ภาวะนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอมีความแข็งแรงของร่างกายลดลง การซ่อมแซมระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นไปได้ไม่ดี หรือช้า ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย รวมทั้งทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอมีความทนต่อการรักษาได้ไม่ดี ต้องหยุดการรักษาหรือการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการหายจากโรคและทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลงได้ (Beirer, 2021)

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศมีการศึกษาที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ พบว่ามีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ (Citak, Tulek, & Uzel, 2019; Orell et al., 2019; Gabsi et al., 2020) สำหรับในประเทศไทย พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ เป็นการศึกษาในประชากรเขตภาคกลาง (Rojanaphan, 2013) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Fungsungnoen, 2014) และภาคใต้ (Krapoohrit, 2014) ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ

การป้องกันหรือลดการเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ สามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและคอได้รับสารอาหารและพลังงานอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนั่นเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอเกี่ยวกับวิธีการรับประทานอาหาร และอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่งดเว้น ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอควรรับประทานอาหารต่อไปนี้ 1) อาหารหลักครบ 5 หมู่ ควรมีโปรตีนและพลังงานสูง (Wagner, 2020) อาหารที่มีเส้นใยพวกธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง เป็นต้น ผักและผลไม้ทั้งดิบและสุกที่สะอาด ปลอดสารพิษ ปลูกในท้องถิ่นตามฤดูกาล (Vittayakasemsont, Klaithong, Phukosi, Chavasit, & Trachootham, 2018) ควรดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีน้ำตาล น้ำผลไม้ที่ไม่หวานจัด และอาหารควรเป็นอาหารที่สะอาดและปรุงสุกใหม่ มีลักษณะอ่อน นุ่ม หรือเหลว รสไม่เผ็ด และไม่มียาลดกรด (Suwittawas, 2021) และ 2) อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและงดเว้น เช่น อาหารปิ้ง ย่าง น้ำอัดลม อาหารที่มีการปนเปื้อนสารเคมี อาหารขจัดสี อาหารรสหวานจัดและเค็มจัด เป็นต้น และอาหารที่งดเว้น เช่น อาหารและเครื่องดื่ม

ที่มีแอลกอฮอล์ น้ำชา กาแฟ เป็นต้น (Brook, 2020) ส่วนอาหารที่ควรงดในช่วงที่มีระดับเม็ดเลือดขาวต่ำ เช่น ผัก และผลไม้สด (Potarin, Saengthong, Chaiyasit, Boonlorn, & Nualsithong, 2021) ดังนั้นหากผู้ที่เป็นโรคมะเร็งมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมก็จะส่งผลทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี

จากการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งในต่างประเทศพบรายงานการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 4 เรื่อง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Pinto & Trunzo, 2005; Arthur, 2013; Iseh, Essien, & Bilbis, 2013; Podesta et al., 2016) สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง 2557 พบการศึกษาในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งที่มีต้นกำเนิดหลายระบบรวมกัน จำนวน 3 เรื่อง และการศึกษาเฉพาะในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 1 เรื่อง ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง (Prakokkit, 2008; Suwittawat, 2013) และระดับดี (Prakokkit, 2008; Nanma, 2012) แต่เมื่อพิจารณาภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่ผ่านมากลับพบว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งยังมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติอยู่ มีการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอเพียงการวิจัยเดียว อีกทั้งการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความถี่ในการบริโภคอาหารซึ่งไม่ได้แสดงถึงวิธีการรับประทานอาหาร และอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่งดเว้น ดังนั้นผลการวิจัยที่ผ่านมาจึงยังไม่พบรายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ ในเขตภาคเหนือที่มีความแตกต่างทั้งสภาพแวดล้อม ลักษณะ ชนิดของอาหาร ความเชื่อ และข้อห้ามต่าง ๆ ในการรับประทานอาหารจึงอาจไม่สามารถนำผลการวิจัยที่ผ่านมามาอธิบายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ในเขตภาคเหนือได้ จึงควรศึกษาภาวะโภชนาการทั้งภาวะโภชนาการโดยรวมและภาวะโปรตีนของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตภาคเหนือเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอต่อไป

โดยสรุป ผลการวิจัยที่ศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นการศึกษาในภาคอื่นของประเทศไทย และผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคมะเร็งโดยรวมเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นความแตกต่างทั้งสภาพแวดล้อม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความเชื่อ และข้อห้ามต่าง ๆ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยมาใช้อธิบายในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ในภาคเหนือ ผลการวิจัยที่ได้คาดว่าจะได้ข้อมูลพื้นฐานไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอมีภาวะโภชนาการที่ดี อันจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอมีความพร้อมในการรับการรักษา ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ
2. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นอย่างไร
2. ภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อธิบายได้ ดังนี้ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่มักมีปัญหาภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ โดยอาจมีสาเหตุจากการดำเนินของโรคมะเร็งที่มีการลุกลามของก้อนมะเร็งกดเบียดอวัยวะ ร่วมกับผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษาและรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอรับประทานอาหารได้ลดลง ในขณะเดียวกันผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอจะมีความต้องการสารอาหารและพลังงานที่เพิ่มขึ้น จากการผลาญในร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เพียงพอความต้องการของร่างกาย และการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเนื้องอกและการสลายไขมันและโปรตีนเพิ่มมากกว่าปกติ จึงทำให้ร่างกายได้รับพลังงานและโปรตีนไม่เพียงพอ นำไปสู่การมีภาวะโภชนาการโดยรวมต่ำกว่าปกติ และเกิดภาวะขาดโปรตีน ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอจึงต้องมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ วิธีการรับประทานอาหารและอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่งดเว้น โดยการปฏิบัติสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี ส่งผลให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีการซ่อมแซมระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย มีภูมิคุ้มกันโรค ลดการติดเชื้อ รวมถึงสามารถทนต่อการรักษาที่ได้รับอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่มารับการรักษา ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่มารับการรักษา ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ เครซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับรังสีรักษา และได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดกลุ่มละ 63 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป อยู่ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด อย่างน้อย 30 วัน ไม่มีภาวะใช้รับประทานอาหารทางปากได้ สื่อสารด้วยการอ่าน เขียน ฟังภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ บุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือดูแลในเรื่องอาหาร ความเชื่อในเรื่องการรับประทานอาหาร และผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่สร้างโดยผู้วิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาได้เท่ากับ .82 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำ (test – retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .74

3. แบบบันทึกภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย การประเมินภาวะโภชนาการโดยรวม และการประเมินภาวะโปรตีน

4. เครื่องตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่มีการตรวจสอบเครื่องมือด้วยวิธีการทดสอบความถูกต้อง และความแม่นยำ โดยมีใช้สารละลายมาตรฐานเป็นตัวทดสอบให้เครื่องอ่านค่า และมี

การตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องเป็นประจำตามมาตรฐานของเครื่องมือปีละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที ในห้องที่เงียบสงบ เป็นส่วนตัว หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ข้อมูล สำหรับแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในส่วนของคุณลักษณะเฉพาะ และแบบบันทึกภาวะโภชนาการผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมและรายด้าน และภาวะโภชนาการโดยรวมและภาวะโปรตีน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 66.67 อายุมากกว่า 60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.06 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 72.22 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 71.43 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 73.02 มีบุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือดูแลในเรื่องอาหารคือ ภรรยา/สามี มากที่สุด ร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่ปรุงอาหารเองร้อยละ 84.92 และรับประทานอาหารอ่อนร้อยละ 55.56 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีความเชื่อในการรับประทานอาหาร คือห้ามรับประทานเนื้อวัว และอาหารทะเล ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารร้อยละ 93.65 โดยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 74.57 รับประทานอาหารเสริมทางการแพทย์ ร้อยละ 60.26 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกมากที่สุด ร้อยละ 35.71 และร้อยละ 66.67 ได้รับปริมาณรังสีที่มากกว่า 60 เกรย์ ขึ้นไป

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.16 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า เกือบร้อยละ 70.00 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านวิธีการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่งดเว้นอยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีภาวะโภชนาการโดยรวมขณะได้รับรังสีรักษาและรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปกติร้อยละ 46.83 ระดับต่ำกว่าปกติร้อยละ 33.33 ระดับสูงเกินกว่าปกติร้อยละ 9.52 และระดับเสี่ยงต่อภาวะสูงเกินกว่าปกติร้อยละ 10.32 สำหรับภาวะโปรตีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างขณะได้รับรังสีรักษาและรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด ร้อยละ 7.14 มีภาวะโปรตีนปกติ และส่วนใหญ่ร้อยละ 92.86 มีภาวะขาดโปรตีนโดยแบ่งเป็น ภาวะขาดโปรตีนเล็กน้อยร้อยละ 11.11 ภาวะขาดโปรตีนปานกลางร้อยละ 21.43 และภาวะขาดโปรตีนรุนแรงร้อยละ 60.32 ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=126)

ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม		
ระดับต่ำ (0 – 36)	0	0.00
ระดับปานกลาง (37– 72)	25	19.84
ระดับสูง (73 – 108)	101	80.16
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านวิธีการรับประทานอาหาร		
ระดับต่ำ (0 – 15)	0	0.00
ระดับปานกลาง (16– 30)	40	31.75
ระดับสูง (31 – 45)	86	68.25
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่งดเว้น		
ระดับต่ำ (0 – 21)	0	0.00
ระดับปานกลาง (22– 42)	18	14.29
ระดับสูง (43 – 63)	108	85.71

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะโภชนาการโดยรวม และภาวะโปรตีน (n=126)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับภาวะโภชนาการโดยรวม		
ระดับต่ำกว่าปกติ (BMI $\leq$ 18.4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	42	33.33
ระดับปกติ (BMI 18.5 – 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	59	46.83
ระดับเสี่ยงต่อภาวะสูงเกินกว่าปกติ (BMI 23.0 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	13	10.32
ระดับสูงเกินกว่าปกติ (BMI $\geq$ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	12	9.52
ภาวะโปรตีน		
ภาวะโปรตีนปกติ (TLC $\geq$ 1,800 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)	9	7.14
ภาวะขาดโปรตีนเล็กน้อย (TLC 1,200 – 1,799 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)	14	11.11
ภาวะขาดโปรตีนปานกลาง (TLC 800 – 1,199 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)	27	21.43
ภาวะขาดโปรตีนรุนแรง (TLC $<$ 800 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)	76	60.32

หมายเหตุ: BMI หมายถึง ดัชนีมวลกาย, TLC หมายถึง ค่าของเม็ดเลือดขาวทั้งหมด

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.16 ที่เป็นเช่นนี้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ประการที่ 1 การมีรายได้ที่เพียงพอ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซื้ออาหารที่ดี มีประโยชน์ และตามความต้องการ อาจทำให้มีการบริโภคอาหารที่ดี มีประโยชน์ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

(Tumwongsa, 2008; French, Wall, & Mitchell, 2010; Chaisang, 2011) รวมทั้งอาจมีความเพียงพอที่จะซื้ออาหารเสริมมารับประทาน เพื่อทดแทนสารอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอในแต่ละวันจากอาหารหลัก (Jiranthorn, Singphaiboonporn, Ngadulyawat, Mongkolsuk, & Mahatthanobol, 2007) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.90 ได้รับอาหารเสริมทางการแพทย์ และอาหารเสริมเพื่อสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.94 รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมและอาหารทดแทนเป็นประจำ เช่น เอนซัวร์ นิวเทรน ซุปไก่ รังนก และนมจืด เป็นต้น

ประการที่ 2 การได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.65 ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล มากสุดร้อยละ 74.57 รองลงมาเป็นบุคคลในครอบครัวร้อยละ 64.40 สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ เอกสารเผยแพร่ และอินเทอร์เน็ตร้อยละ 47.46 และเพื่อน ผู้ร่วมงานร้อยละ 24.58 ตามลำดับ ทำให้ได้รับสารอาหารที่สมดุลและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างอาจใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรับประทานอาหาร และเลือกชนิดอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่งดเว้น ผลการวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ รังสันต์ ไชยคำ, ลาวัลย์ รักษาเวช, นันทพร พิชะยะ, และ จุฬารณ สุขศรีสวัสดิ์ (Chaikham, Raksanaves, Pichaya, & Sooksrisawat, 2018) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ พบว่าอยู่ในระดับดี โดยอธิบายว่า การได้รับความรู้ด้านโภชนาการจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ทีมสุขภาพ ครอบครัว สื่อต่าง ๆ และเพื่อน จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการบริโภคอาหารเป็นอย่างดี จึงสามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการการบริโภคอาหารได้

ประการที่ 3 การมีผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ สามิ ภรรยา มากที่สุดร้อยละ 42.86 รองลงมาคือลูกร้อยละ 34.92 พี่/น้อง/ญาติ ร้อยละ 14.29 และบิดา มารดาร้อยละ 3.97 ตามลำดับ ผู้ดูแลเหล่านี้อาจให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการเลือกอาหาร จัดหาอาหาร และประกอบอาหารให้กับกลุ่มตัวอย่าง (Deepanya, 2014) จากการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมที่ดี (Prasomsri, 2012) ผลการวิจัยคล้ายคลึงกับการวิจัยของ นุชศรา ประจันตะเสน (Prachantasen, 2011) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง ที่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว และครอบครัวได้ให้การช่วยเหลือในการเลือกอาหาร และจัดหาอาหารให้กลุ่มตัวอย่างรับประทาน มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับอาหารที่ถูกต้อง และเพียงพอตามหลักโภชนาการ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี

ประการที่ 4 การปรุงอาหารเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 84.92 ปรุงอาหารเอง อาจจะทำให้สามารถเลือกวัตถุดิบ แบ่งส่วนปริมาณอาหาร วิธีการปรุงอาหาร เลือกประเภทของอาหาร และการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับตัวเอง (Tonaree, 2012) การปรุงอาหารเองยังทำให้สามารถเลือกวัตถุดิบที่จะนำมาปรุงอาหารได้ โดยมีการเลือกอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ของอาหารที่ครบทั้ง 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารใส่เครื่องปรุงรส เช่น ผงชูรส และได้เลือกรับประทานอาหารตามฤดูกาล ซึ่งปลอดภัย (Sararak, & Saennam, 2014)

2. ภาวะโภชนาการโดยรวม และภาวะโปรตีน

ภาวะโภชนาการ แบ่งเป็นภาวะโภชนาการโดยรวม และภาวะโปรตีน ดังนี้

2.1 ภาวะโภชนาการโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติร้อยละ 33.33 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ประการที่ 1 พยาธิสรีรวิทยาของโรค ก้อนเนื้องอกหรือเซลล์มะเร็ง จะทำให้ร่างกายมีการสร้างสารพวกไซโตไคน์ ได้แก่ สารพวกอินเตอร์ลิวคินวัน (interleukin 1) อินเตอร์ลิวคินซิกส์ (interleukin 6) อินเตอร์เฟอรอน-แกมมา (interferon-gamma) ทูเมอร์ เนโครซิส (tumor necrosis) แฟคเตอร์-แอลฟา (factor- alpha)

โปรติโอไลซิส แฟคเตอร์ (proteolysis factor) และไลปิด โมบิลไลซิง แฟคเตอร์ (lipid mobilizing factor) ซึ่งร่างกายจะสร้างเมื่อมีการหลั่งโปรติโอไลซิส แฟคเตอร์ เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการกระตุ้นการตอบสนองของโปรตีนแบบเฉียบพลัน จึงทำให้เกิดการสลายโปรตีนในกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญโปรตีนที่ผิดปกติ ทำให้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เกิดภาวะขาดโปรตีนได้ (Peixoto et al., 2020)

ประการที่ 2 ตำแหน่งของการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งของการเกิดโรคเป็นส่วนของศีรษะและลำคอ ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกมากที่สุดร้อยละ 35.71 รองลงมาเป็นมะเร็งกล่องเสียงและคอหอยร้อยละ 17.46 มะเร็งช่องปากร้อยละ 16.67 มะเร็งต่อมทอนซิลร้อยละ 10.32 มะเร็งต่อมน้ำลายร้อยละ 9.52 มะเร็งที่ช่องจมูกร้อยละ 5.56 และมะเร็งต่อมไทรอยด์ร้อยละ 4.76 ตามลำดับ การมีก้อนมะเร็งในตำแหน่งนี้จะทำให้เกิดการกดเบียดในช่องปาก ทางเดินอาหาร และเกิดความปวด กลืนลำบาก ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และมีน้ำหนักตัวที่ลดลง จนเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ (Wagner, 2020) ผลการวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการวิจัยของไบร์เลอร์ (Beirer, 2021) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งที่มีตำแหน่งของก้อนเนื้องอกเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร จะเกิดการอุดตัน กดเบียด เจ็บปวด และกลืนลำบาก ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และมีน้ำหนักตัวลดลง จึงทำให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ

ประการที่ 3 ความรุนแรงของโรค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะการดำเนินของโรคในระยะที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 54.76 เนื่องจากระยะการดำเนินของโรคที่เพิ่มมากขึ้น จะมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ มีการเพิ่มของจำนวนเซลล์มะเร็งที่มากขึ้น ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานและสารอาหารที่ผิดปกติ ส่งผลให้ร่างกาย มีความต้องการสารอาหารและพลังงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติได้ (Intakhad, & Kaewpan, 2015) ผลการวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการวิจัยของ กานตรัตน์ โรจนพันธ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, สุวิมล กิมปี, และ นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย (Rojanaphan, Chaiyaphut, Kimpee, & Iamwananonthachai, 2013) พบว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่มีการดำเนินของโรคในระยะที่ 4 จะมีกระบวนการเผาผลาญสารอาหารที่ผิดปกติ จึงส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ

ประการที่ 4 การรักษาที่ได้รับอาจมีผลต่อภาวะโภชนาการโดยรวมที่ลดลงได้ เนื่องจากการได้รับการฉายรังสีรักษามากกว่า 60 เกรย์ ขึ้นไปจะทำลายเซลล์มะเร็ง และเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบ ๆ บริเวณที่ฉายรังสีที่มีการแบ่งตัวเร็วเช่นเดียวกับเซลล์มะเร็ง (Lalla et al., 2019) เช่น ต่อมน้ำลายถูกทำลาย และการหลั่งน้ำลายลดลง เกิดน้ำลายแห้ง ปากแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ จึงทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ การฉายรังสีรักษาอาจทำให้บริเวณข้อต่อขากรรไกร เกิดการอักเสบและเกิดพังผืดของเนื้อเยื่อ ทำให้มีอาการบวม ปวด อ้าปากได้ยาก (trismus) และการกลืนลำบากจากการที่เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ และเส้นประสาทบริเวณกล่องเสียง และคอหอยได้รับ การฉายรังสีรักษาในปริมาณที่สูง จึงเกิดอาการปวด บวม อักเสบ และเกิดพังผืดขึ้น ทำให้กลืนลำบาก (Chitapanarak, 2014) ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ (Kang, Li, Huang, Dang, & Gao, 2016)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจะไปทำลายเซลล์มะเร็งโดยการยับยั้งการเจริญเติบโต การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และเซลล์ปกติ (Oun, Moussa, & Wheate, 2018) แต่อย่างไรก็ตามยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงคือ การรับรสชาติผิดปกติ การทนต่อกลิ่นอาหารต่าง ๆ ลดลง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง (Wisuttikul, 2011) นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเยื่อช่องปากอักเสบ เกิดแผลในบริเวณช่องปาก ทำให้รับประทานอาหารได้ไม่ดี (Oun et al., 2018) จากผลข้างเคียงดังกล่าวทำให้

รับประทานอาหารได้ลดลง ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เกิดภาวะขาดสารอาหาร และเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติได้ (Orell et al., 2019)

2.2 ภาวะโปรตีนพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งมีภาวะขาดโปรตีนรุนแรงร้อยละ 60.32 รองลงมาคือ ภาวะขาดโปรตีนปานกลางร้อยละ 21.43 และภาวะขาดโปรตีนเล็กน้อยร้อยละ 11.11 ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะพยาธิสรีรวิทยาของโรค การรักษาที่ได้รับและความเชื่อในการรับประทานอาหาร สามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยที่ 1 พยาธิสรีรวิทยาของโรค ก้อนเนื้องอกหรือเซลล์มะเร็งทำให้เกิดการกระตุ้นการตอบสนองของโปรตีนแบบเฉียบพลัน เกิดการสลายโปรตีนในกล้ามเนื้อ ร่างกายมีการเผาผลาญโปรตีนที่ผิดปกติ จึงทำให้เกิดภาวะขาดโปรตีนได้ดังพยาธิสรีรวิทยาที่ได้อธิบายไว้ในส่วนของภาวะโภชนาการโดยรวม (Peixoto et al., 2020)

ปัจจัยที่ 2 การรักษาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีรักษาและรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด อาจทำให้เกิดภาวะขาดโปรตีนได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการฉายรังสีรักษาจะถูกทำลาย ส่งผลทำให้มีน้ำลายแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ และกลืนลำบาก มีอาการเจ็บปวด ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง (Kumar, Thommachan, Ramadas, & Rajan, 2012) และช่วงการได้รับการฉายรังสีรักษาร่างกายยังต้องการโปรตีนมากกว่าปกติ (Srithamma, 2014) จึงอาจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดสารอาหารหรือขาดโปรตีนได้ (Peixoto et al., 2020) นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดที่เข้าไปในกระแสเลือด ทำให้ทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวในกระแสเลือดทำให้เม็ดเลือดขาวตาย เม็ดเลือดขาวในกระแสเลือดจึงลดต่ำลง และยาเคมีบำบัดที่เข้าไปในร่างกายจะทำลายไขกระดูกซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่ไวต่อยาเคมีบำบัด ทำให้ไขกระดูกเกิดการบาดเจ็บ เสียหาย ลดการสร้างเม็ดเลือดขาวลง และเซลล์ตัวอ่อนของเม็ดเลือดถูกทำลาย (Oun et al., 2018) โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาวชนิด ลิมโฟไซต์ ซึ่งเป็นเม็ดเลือดขาวที่ใช้แสดงถึงภาวะขาดโปรตีน ในการวิจัยครั้งนี้ (Srimorakot, 2010)

ปัจจัยที่ 3 อายุ อาจจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะขาดโปรตีน เนื่องจากโดยปกติบุคคลที่มีอายุ 45 – 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะมีภาวะขาดโปรตีนได้ เนื่องจากการมีอายุมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดการเสื่อมลงตามวัย มีผลต่อการย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารได้ลดลง และอายุที่มากขึ้นยังทำให้การทำงานของไขกระดูกลดลง เกิดการสร้างเม็ดเลือดขาวลดลงจึงทำให้มีระดับของโปรตีนในร่างกายลดลง (Darrigues, van Meerwijk, & Romagnoli, 2018) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 51 – 60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 75.39 ดังนั้นอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงที่จะมีภาวะขาดโปรตีนได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการวิจัยของ ปิยธาดาชาจิ, บาฮาร์ และ ไชเกีย (Bhattacharjee, Bahar, & Saikia, 2015) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ พบว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี มีภาวะขาดโปรตีนสูงถึงร้อยละ 75

ปัจจัยที่ 4 ความเชื่อในการรับประทานอาหาร อาจเนื่องจากคนไทยมีความเชื่อว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ เนื่องจากโปรตีนจากเนื้อสัตว์จะทำให้เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตมากขึ้น (Srithamma, 2014) ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาคเหนือซึ่งคนในภาคเหนือมีความเชื่อ และข้อห้ามในการรับประทานอาหารว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง คือ ห้ามรับประทานเนื้อวัว อาหารทะเล เพราะเชื่อว่าเป็นของแสลง ซึ่งหากรับประทานไปแล้วมีความเชื่อว่าจะรักษาไม่หาย (Arundon, Ruangdam, Ruangakajorn, Pruphetkaew, & Sunpaweravong, 2017) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในการรับประทานอาหาร ร้อยละ 51.59 และพบว่ามีความเชื่อในการรับประทานอาหารพวก เนื้อวัว เนื้อไก่ อาหารทะเล และปลาไม่มีเกล็ด (ร้อยละ 66.15, 66.15, 15.38 และ 6.34 ตามลำดับ) ซึ่งอาหารพวก เนื้อไก่ ปลา เป็นอาหารที่ให้

โปรตีน (Potarin et al., 2021) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยง และงดไม่รับประทานอาหารเหล่านี้ที่เป็นแหล่งให้โปรตีนจากสัตว์ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารหรือโปรตีนไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้เกิดภาวะขาดโปรตีนได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมสูงและภาวะโภชนาการโดยรวมปกติ แต่ยังมีพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งที่มีภาวะโภชนาการโดยรวมต่ำกว่าปกติ ร่วมกับมีภาวะขาดโปรตีนรุนแรง ซึ่งอาจเป็นเพราะพยาธิสรีรวิทยาของโรค ตำแหน่งของการเกิดโรค การรักษาที่ได้รับ และความเชื่อในการรับประทานอาหารจึงควรมีการพิจารณาให้การดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติ ได้ข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรสุขภาพตระหนักถึงปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ และพัฒนาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการโดยเฉพาะภาวะขาดโปรตีนของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ
2. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล ในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอเพื่อเป็นแนวทางเชิงปฏิบัติการต่อไป
2. ควรศึกษาหาวิธีการหรือพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยเฉพาะด้านวิธีการรับประทานอาหาร อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่ควรงดเว้นและประเมินผลลัพธ์ของวิธีการหรือแนวปฏิบัตินั้น
3. ควรศึกษาหาวิธีการหรือพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยเฉพาะด้านโปรตีนของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ และประเมินผลลัพธ์ของวิธีการหรือแนวปฏิบัตินั้น

References

- Arthur, A. E. (2013). *The role of diet in the pathogenesis and prognosis of head and neck squamous cell carcinoma* (Doctoral dissertation, University of Michigan). Retrieved from https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/99852/aranna_1.pdf?sequence=1
- Arundon, T., Ruangdam, A., Ruangkajorn, P., Pruphetkaew, N., & Sunpaweravong, P. (2017). Nutritional status, beliefs, and meat-consumption behaviors among cancer patients. *Journal of Cancer*, 37(4)127-141. (in Thai)
- Beirer, A. (2021). Malnutrition and cancer, diagnosis and treatment. *Memo-Magazine of European Medical Oncology*, 14, 168–173. doi:org/10.1007/s12254-020-00672-3
- Bhattacharjee, A., Bahar, I., & Saikia, A. (2015). Nutritional assessment of patients with head and neck cancer in north-east India and dietary intervention. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(3), 289. doi:10.4103/0973-1075.164889



- Brook, I. (2020). Late side effects of radiation treatment for head and neck cancer. *Radiation Oncology Journal*, 38(2), 84. doi: 10.3857/roj.2020.00213
- Chaikham, R., Raksanaves, L., Pichaya, N., & Sooksrisawat, C. (2018). Factors predicting nutritional behaviors among patients with head and neck cancer at Chon Buri Cancer Hospital. *Journal of The Department of Medical Services*, 43(6), 68-73. (in Thai)
- Chaisang, P. (2011). *Effects of the self-competency promotion program and support society towards changing food consumption behavior in the diabetes risk group Si Sa Ket City, Si Sa Ket Province* (Master of Public Health Degree Management Health System). Graduate School, Mahasarakham University. (in Thai)
- Chitapanarak, I. (2014). *Effects of cancer treatment*. Chiang Mai: Trick Think. (in Thai)
- Citak, E., Tulek, Z., & Uzel, O. (2019). Nutritional status in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy: A longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 27(1), 239-247.
- Darrigues, J., van Meerwijk, J. P., & Romagnoli, P. (2018). Age-dependent changes in regulatory T lymphocyte development and function: A mini-review. *Gerontology*, 64(1), 28-35. doi:10.1159/000478044.
- Deepanya, C. (2014). Relationship between social support and nutritional status of end stage renal disease patients on hemodialysis. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(2), 182-197. (in Thai)
- French, S. A., Wall, M., & Mitchell, N. R. (2010). Household income differences in food sources and food items purchased. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 1-8. doi:10.1186/1479-5868-7-77
- Fungsunghoen, S. (2014). Nutrition status of head and neck cancer patients undergoing radiation therapy at the cancer center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 17(1), 127-135. (in Thai)
- Gabsi, A., Jbali, N., Yahiaoui, Y., Letaief-Ksontini, F., Mghirbi, F., Mokrani, A., ... Mezlini, A. (2020). 1832P Nutritional status assessment in patients followed for head and neck cancer. *Annals of Oncology*, 31(suppl_4), S988-S1017. doi:10.1016/j.annonc.2020.08.1479
- Intakhad, P., & Kaewpan, Y. (2015). *Nutrition status after receiving chemotherapy in patients non-small cell lung cancer at Maharaj Na korn Chiang Mai Hospital*. Chiang Mai: Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University. (in Thai)
- Iseh, K. R., Essien, E., & Bilbis, L. S. (2013). Demographic characteristics and food consumption pattern of head and neck cancer patients in a tertiary health institution north west Nigeria. *Pakistan Journal of Nutrition*, 12(10), 897-902.



- Jiranthorn, R., Singphaiboonporn, N., Ngadulyawat, P., Mongkolsuk, S., & Mahatthanobol, S. (2007). Factors affecting on decision making on purchasing of dietary supplement: A case study of Hat Yai District, Songkhla Province. *Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities*, 13(2), 219-236 (in Thai)
- Kang, W. X., Li, W., Huang, S. G., Dang, Y., & Gao, H. (2016). Effects of nutritional intervention in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy: A prospective randomized clinical trial. *Molecular and Clinical Oncology*, 5(3), 279-282 doi:10.3892/mco.2016.943
- Krapoohrit, A. (2014). *Nutrition assessment and nutrition care in head and neck cancer patient by nurse* (Master of Science Program Thesis Department of Nutrition). Graduate School, Nakhon Pathom Rajabhat University. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement*, 30, 607-176
- Kumar, R. R., Thommachan, C., Ramadas, K., & Rajan, B. (2012). Role of radiotherapy in head and neck cancer. In A. Staffieri, P. Sebastian, M. Kapre, B. T. Varghese, & R. Kazi (Eds.), *Essentials of head and neck cancer* (pp. 57-66). Mumbai: Byword Books Private.
- Lalla, R. V., Brennan, M. T., Gordon, S. M., Sonis, S. T., Rosenthal, D. I., & Keefe, D. M. (2019). Oral mucositis due to high-dose chemotherapy and/or head and neck radiation therapy. *Journal of the National Cancer Institute*, 2019(53), lgz011 doi:10.1093/jncimonographs/lgz011
- Nanma, B. (2012). *Factors related to nutrition status of head and neck cancer patients receiving radiotherapy*. (Master's thesis, Department of Nursing). Graduate School, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Orell, H., Schwab, U., Saarilahti, K., Osterlund, P., Ravasco, P., & Makitie, A. (2019). Nutritional counseling for head and neck cancer patients undergoing (chemo) radiotherapy a prospective randomized trial. *Frontiers in Nutrition*, 6, 22 doi:10.3389/fnut.2019.00022
- Oun, R., Moussa, Y. E., & Wheate, N. J. (2018). The side effects of platinum-based chemotherapy drugs: A review for chemists. *Dalton Transactions*, 47(19), 6645-6653 doi: 10.1039/c8dt00838h
- Peixoto da Silva, S., Santos, J. M., Costa e Silva, M. P., Gil da Costa, R. M., & Medeiros, R. (2020). Cancer cachexia and its pathophysiology: Links with sarcopenia, anorexia and asthenia. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 11(3), 619-635 doi:10.1002/jcsm.12528
- Pezzuto, F., Buonaguro, L., Caponigro, F., Ionna, F., Starita, N., Annunziata, C., ... Tornesello, M. L. (2015). Update on head and neck cancer: Current knowledge on epidemiology, risk factors, molecular features and novel therapies. *Oncology*, 89(3), 125-136 doi:10.1159/000381717



- Pinto, B. M., & Trunzo, J. J. (2005). Health behaviors during and after a cancer diagnosis. *Cancer*, 104(11), 2614-2623. doi:10.1002/cncr.21248
- Podesta, O. P. G. D., Curado, M. P., Marchioni, D. M. L., Podesta, J. R., de Oliveira, J. C., Kowalski, L. P., ... von Zeidler, S. V. (2016). *Food consumption and head and neck cancer in three Brazilian capitals - interchange study* (Doctoral dissertation, University Federal do Espirito Santo). Retrieved from <http://gapbrazil2016.org/wp-content/uploads/2016/05/473.pdf>
- Potarin, W., Saengthong, W., Chaiyasit, Y., Boonlom, T., & Nualsithong, N. (2021). The role of nurse for promoting nutrition in cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(9), 131-143 (in Thai)
- Prachantasen, N. (2011). *Decision on taking hospital food of cancer patients at Khon Kaen Hospital* (Master's thesis, Nutrition for Health). Graduate School, Khon Kaen University. (in Thai)
- Prakokkit, K. (2008). *Factors related to food consumption behavior of cancer patients who received chemotherapy in Phramongkutklao Hospital* (Master's Thesis, Department of Health Education). Graduate School, Kasetsart University. (in Thai)
- Prasomsri, J. (2012). The consequences of nursing care pattern based on the King's theory of goal attainment on food consumption behaviors in chronic kidney disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Christian University of Thailand Journal*. 18(1).68-83 (in Thai)
- Rojanaphan, K. (2013). Factors predicting nutritional status in head and neck cancer patients receiving radiation. Treatment or radiotherapy in combination with chemotherapy. *Journal of the Association of Radiation Oncology and Oncology of Thailand*, 19(1), 35-36 (in Thai)
- Rojanaphan, K., Chaiyaphut, P., Kimpee, S., & Iamwananonthachai, N. (2013). Influences of staging, neck node metastasis, receiving opioid medication and radiation technique on nutritional status in head and neck cancer patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(2), 13-29 (in Thai)
- Sarak, M., & Saennam, S. (2014). Household food security in Mueng Mee Noi Village, Kaunwon Sub-district, Mueng District, Nong Khai Province. *Science and Technology Journal Ubon Ratchathani University*, 16(3), 25-37 (in Thai)
- Schlenker, E., D. (2015). Nutrition and health. In E. D. Schlenker & J. Gilbert (Eds.), *Williams' essentials of nutrition & diet therapy* (11th ed., pp. 6-13). Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Srimorakot, P. (2010). *Nursing of adults and the elderly with health problems Volume 2* (2nd ed.). Bangkok: IGroup Place (in Thai)
- Srithamma, S. (2014). *Eliminate wrong beliefs. Conquer the deadly cancer near you*. Retrieved from <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/ghsh/EliminatingMisconceptions%20ConqueringCancer.pdf> (in Thai)



- Suwittawat, C. (2013). Nutritional status and food behavior of cancer patients in Arokaya Sala hospice, Kampramong monastery, Punnanihom District, Sakon Nakhon. *Journal of Nursing and Health Care*, 32(4), 40-48 (in Thai)
- Suwittawas, J. (2021). Nursing care for cancer patients with nutrients and energy deficiencies. *Journal Maha Sarakham Hospital*, 18(2), 13-21 (in Thai)
- Tonaree, W. (2012). *Food consumption behavior of people in Saluang-Khi Lek Sub-district, Amphoe Mae Rim, Chiang Mai Province (Office of Higher Education Research and Development Project, National Research University Office of the Higher Education Commission)*. Retrieved from <http://www.research.cmru.ac.th/2014/ris/resout/arc/MUA-5-SCI-18-54.pdf> (in Thai)
- Tumwongsa, N. (2008). *Consumption behavior under the concept of habitual consumption*. (Master's thesis, Department of Economics). Graduate School, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Vittayakasemsont, K., Klaithong, C., Phukosi, K., Chavasit, V., & Trachootham, D. (2018). Nutritional status of Thai patients with head and neck cancer during and after completion of radiotherapy. *Journal of The Department of Medical Services*, 43(5), 99-104 (in Thai)
- Wagner, C. (2020). Nutritional management during treatment for head and neck cancer. *Memo-Magazine of European Medical Oncology*, 13, 405-408
doi.org/10.1007/s12254-020-00613-0
- Wisuttikul, K. (2011). Nursing management for cancer patients experiencing anorexia. *Nursing Science Journal of Thailand*, 29(3), 8-16 (in Thai)



Factors Related to Medication Adherence Among Older Persons with Heart Failure

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จิตตวดี	เหรียญทอง*	Jittawadee	Rhiantong*
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช**	Chiraporn	Tachaudomdach**
กาญจนา	ธานะ***	Kanjana	Thana***
ทรรศลักษณ์	ทองหงส์****	Tasalak	Thonghong****
จุฬาลักษณ์	เอกสุวรรณ*****	Chulalak	Eksuwan*****

Abstract

Older persons with heart failure are a group of people with complex problems who are often affected by multiple medications, so medication adherence is needed to reduce potential problems and complications. This research is a descriptive study of the relationship of factors associated with medication adherence among older adults with heart failure. The sample was elderly people who attended cardiovascular clinics in tertiary hospitals, with a specific sample of 84 people. Four questionnaires were used for data collection: a personal information form, the Functional Communication and Critical Health Literacy Scale, social support questionnaires, and the Medication Adherence Scale in Thai. Descriptive statistics were used to determine the demographic data. The correlation between variables was tested with Spearman's rank correlation coefficient.

The results showed that most older adults with heart failure recruited from tertiary hospitals had high health literacy, with an average of 41.31 (SD = 9.49), and received a high level of social support at 73.80% with an average of 52.65 (SD = 6.98). The majority of those had adequate medication adherence, at 96.40 % with an average of 37.86 (SD = 3.50). Moreover, emotional social support had a significantly positive relationship with medication adherence in older adults with heart failure ($r_s = .296$ $p < .01$).

The results of this study can serve as a basis for nurses to plan the promotion of medication adherence in older adults with heart failure.

Keywords: Medication adherence; Health literacy; Social support; Older persons with heart failure

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

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

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

**** Instructor, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

***** Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Province

Received 28 June 2022; Revised 2 August 2022; Accepted 15 August 2022



บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มคนที่มีปัญหาซับซ้อน และมักจะเกิดผลกระทบจากการได้รับยาหลายชนิด จึงจำเป็นต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.31 (SD = 9.49) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงร้อยละ 73.80 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.65 (SD = 6.98) ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอร้อยละ 96.40 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 37.86 (SD = 3.50) และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .296$ $p < .01$)

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการวางแผนการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาทางสุขภาพสำคัญที่กระทบต่อประชากรทั่วโลกอย่างน้อย 26 ล้านคน (Savarese & Lund, 2017) และในปัจจุบันพบว่าความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกเท่ากับ 64.34 ล้านคน หรือ 8.52 รายต่อประชากร 1,000 คน (Lippi & Sanchis-Gomar, 2020) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีความเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย และมีการรอดชีวิตที่ต่ำ (Lueder & Agewall, 2018) หลักการรักษาในปัจจุบันจะมุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการลดอาการกำเริบ โดยเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรักษาต้องอาศัยการใช้ยาเป็นหลัก ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยมีหลายกลุ่มเช่น ยา กลุ่มยับยั้งเอนจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติงเอนไซม์ (Angiotensin-converting enzyme inhibitor: ACEI), ยา กลุ่มเอนจิโอเทนซินรีเซพเตอร์บล็อกเกอร์ (Angiotensin Receptor Blocker), ยา กลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta-blocker), ยา สไปรโนแลคโตน (Spironolactone) แต่อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น นอกจากผู้ป่วยจะใช้ยาตามแผนการรักษาแล้ว ยังพบว่ามักมีการใช้ยาที่นอกเหนือคำสั่งแพทย์ รวมถึงผลิตภัณฑ์อาหารเสริม สมุนไพรที่ตนคิดว่าจะสามารถช่วยควบคุมภาวะโรคที่เป็นอยู่ด้วย (Butrous & Hummel, 2016) ทำให้มีการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (polypharmacy) ซึ่งการใช้ยาจำนวนมากอาจนำไปสู่ผลกระทบที่สำคัญต่อการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวได้เช่นเดียวกัน ได้แก่ ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา ยาบางชนิดอาจทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง (Mastromarino et al., 2014) และยังพบว่าในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจำนวนมาก ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาในอัตราที่สูงขึ้น (Butrous & Hummel, 2016) นอกจากนั้นยังพบว่าการใช้ยาร่วมกันหลายขนานยังส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) ของผู้ป่วยอีกด้วย

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Kripalani, Risser, Gatti, & Jacobson, 2009) และเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้การรักษาได้ผล หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีผลเสียเกิดขึ้น เริ่มตั้งแต่อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลว มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการปรับเปลี่ยนการรักษา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เกิดจากการเสียเวลา ตลอดจนมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อผลการรักษา และคุณภาพชีวิตลดลง (Sthapornnanon, 2012) และจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Pallangyo et al., 2020)

การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีวินัยต่อการรักษา และให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระยะยาวได้อย่างเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 5 ด้าน (Sabaté & Sabaté, 2003; Riles, Jain, & Fendrick, 2014) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรค สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Rungsawang, 2015) 2) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนชนิดยาและความถี่ในการใช้ยา 3) ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนโรคร่วม 4) ปัจจัยด้านระบบสุขภาพและทีมสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และ 5) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Wongyai, Maneesriwongul, & Putawatana, 2014) และความสม่ำเสมอในการมาติดตามการรักษา (Bunyatnopparat & Limpawattana, 2019) และในผู้สูงอายุภาวะหัวใจ

ล้มเหลวที่มักได้รับการรักษาด้วยยาหลายขนาน เพื่อควบคุมอาการของภาวะโรค และยังต้องรักษาโรคร่วมไปด้วยอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้สูงอายุจะต้องมีส่วนร่วมในการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่สำคัญคือปัจจัยทางด้านผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง และปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้นก็คือปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากวัยสูงอายุทำให้เกิดข้อจำกัดหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ข้อจำกัดในการเข้าใจ ต้องการผู้ช่วยสื่อความหมาย สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ หรือข้อจำกัดในการเดินทางที่ต้องมีคนคอยดูแล ทำให้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Cajita, Cajita, & Han, 2016) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้สามารถทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และความสามารถในการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา (Cajita et al., 2016)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญ อันหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพันรวมถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีผลทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร (House, 1981) ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางการเงิน ค่ารักษาพยาบาล ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว หรือการใช้ยา เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้การดูแลตนเองดีขึ้น จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือปานกลาง และยังพบว่าผู้ป่วยมีการปรึกษาหารือกับบุคลากรทางสุขภาพมากกว่า และให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าอีกด้วย (Gallagher, Luttik, & Jaarsma, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น และศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยา แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่มีความแตกต่างทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต อีกทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่อนข้างน้อยและยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในภาวะโรค และยังมีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคอยู่ในตัวคนเดียวทำให้มีการใช้ยาจำนวนมาก โดยในการศึกษานี้จะทำให้ทราบเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพในการวางแผนการส่งเสริม



ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างไร
2. ความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด (polypharmacy) เพื่อควบคุมอาการ และรักษาโรคร่วม การจะใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ต่อเนื่อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้ ผู้ป่วยต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีการใช้ยาตามแผนการรักษา หรือคำแนะนำที่ได้รับจากทีมบุคลากรสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตรงตามเวลา ตรงตามขนาด และตรงตามมียา โดยผู้สูงอายุจะต้องมีส่วนร่วมในการรักษาหรือควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีนั้นต้องอาศัยการมีความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ สามารถทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (functional health literacy/basic skills and understanding) 2) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร (interactive/communication health literacy) 3) ความรู้ด้านสุขภาพด้านวิจรรณญาณ (critical health literacy) และด้วยข้อจำกัดหลายประการที่เกิดจากวัยสูงอายุอาจเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา จึงต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้ยา โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ กำหนดรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้านคือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร จากองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการ



ใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดเชียงใหม่

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ power analysis โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นค่าขนาดกลางที่ได้กำหนดเป็นค่า conventional effect size ไว้กรณีที่ไม่เคยมีการศึกษาในตัวแปรและกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดียวกับที่จะศึกษามาก่อน คำนวณโดยการแทนค่าข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ 1) ได้รับการรักษาด้วยยา 2) รู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ โดยประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญา การรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบขณะรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ตนเองต่อเดือน การมีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (multimorbidity) จำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยใช้แบบวัดของความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อิชิคาว่า, ทาเคอุชิ, และยานโน (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำพลศิริ (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) โดยปรับคำว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแทน และยังคงรายละเอียดของข้อคำถามเดิมทุกประการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจิตวิญญาณจำนวน 4 ข้อ สำหรับข้อคำถามด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าระหว่าง 14 - 56 คะแนน แปลผลโดยแบ่งกลุ่มคะแนนตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .83

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (Wetmanut, 2004) ที่ดัดแปลงและสร้างตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านการประเมินค่า 3 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และด้านทรัพยากร 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เป็นจริง เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงส่วนใหญ่ และเป็นจริงมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าระหว่าง 16-64 คะแนน แปลผลโดยแบ่งกลุ่มคะแนนตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่า



Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84

4. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale in Thais: MAST) ของ กมลชนก จงวิลเกษม และ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต (Jongwilakasem & Lerkiatbundit, 2021) ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบแบบ 6 ตัวเลือก ข้อคำถามที่ 1-6 จะสะท้อนความถี่ของการไม่ได้ใช้ยาภายในระยะเวลา 1 เดือน โดยมีตัวเลือกคือ มากกว่า 15 ครั้ง/เดือน, 10-15 ครั้ง/เดือน, 6-9 ครั้ง/เดือน, 3-5 ครั้ง/เดือน, 1-2 ครั้ง/เดือน และไม่เคยเลย ส่วนข้อที่ 7 และ 8 มีคำตอบ 6 ตัวเลือกเช่นกัน แต่ปรับตัวเลือกเป็น บ่อยมาก บ่อย มีบ้าง น้อย น้อยมาก และไม่เคยเลย คะแนนรวมทั้งหกดมีค่าระหว่าง 0-40 คะแนน แต่ละข้อมีความหมายและมีเกณฑ์การให้คะแนน โดยในข้อคำถามที่ 1-6 หากตอบมากกว่า 15 ครั้ง/เดือน ให้ 0 คะแนน 10-15 ครั้ง/เดือน ให้ 1 คะแนน 6-9 ครั้ง/เดือน ให้ 2 คะแนน 3-5 ครั้ง/เดือน ให้ 3 คะแนน 1-2 ครั้ง/เดือน ให้ 4 คะแนนและไม่เคยเลยให้ 5 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่ 7-8 หากตอบบ่อยมากให้ 0 คะแนน บ่อยให้ 1 คะแนน มีบ้างให้ 2 คะแนน น้อยให้ 3 คะแนน น้อยมากให้ 4 คะแนน และไม่เคยเลยให้ 5 คะแนน โดยมีการแปลผลระดับความร่วมมือในการใช้ยาอาศัยจุดตัดคะแนนที่ระดับ 34 คะแนน นั่นคือผู้ป่วยที่ได้คะแนนตั้งแต่ 34 คะแนน แปลว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ 2564-EXP031 และ NONE-2564-08261 ตามลำดับผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุตามเกณฑ์แล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ขั้นตอนขณะสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัย ทีมผู้ร่วมวิจัยและผู้สูงอายุมีการสวมใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 สำหรับชื่อและรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การรายงานผลการศึกษาก็เป็นเพียงข้อมูลวิเคราะห์โดยรวมเท่านั้น และไม่มีการระบุชื่อ รวมทั้งไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ข้อมูลในแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับ และถูกทำลายโดยผู้วิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ในวันพุธและวันศุกร์เวลา 08.00-12.00 น. และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่มาตรวจตามนัด แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดี ชี้แจงอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสอบถามความประสงค์เรื่องเวลาที่สะดวกตอบแบบสอบถาม เช่น ช่วงเวลาก่อนพบแพทย์ หรือหลังพบแพทย์

4. ประเมินสถิติปัญหาการรู้คิดฉบับสั้น หากผู้สูงอายุได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัย และทีมผู้ร่วมวิจัย จะสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามดังนี้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของไทย แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างสัมภาษณ์อำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยจัดเตรียมสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ห่างไกลจากบริเวณที่มีผู้คนพลุกพล่าน และไม่มีผู้อื่น (ยกเว้นญาติ) ได้ยินการสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที และ 5) เมื่อได้รับแบบสอบถามครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.4 มีอายุตั้งแต่ 60 - 89 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.04 ปี ($\bar{X} = 72.04$, $SD = 7.38$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.1 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 4,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50 มีคนช่วยเหลือดูแล ร้อยละ 86.9 มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมร้อยละ 88.1 และส่วนใหญ่รับประทานยาจำนวน 4-9 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 57.1

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ของโรงพยาบาลตติยภูมิ ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอร้อยละ 96.40 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ 37.86 ($SD = 3.50$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงเป็นส่วนใหญ่คือร้อยละ 48.80 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 41.31 ($SD = 9.49$) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงร้อยละ 73.80 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 52.65 ($SD = 6.98$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามระดับและโดยรวม (n=84)

ความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ความร่วมมือในการใช้ยาไม่เพียงพอ	3	3.60		
มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ	81	96.40	37.86	3.50
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
ระดับต่ำ	7	8.30		
ระดับปานกลาง	36	42.90		
ระดับสูง	41	48.80		
โดยรวม			41.31	9.49



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามระดับและโดยรวม (n=84) (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม			
ระดับต่ำ	-	-	
ระดับปานกลาง	22	26.20	
ระดับสูง	62	73.80	
โดยรวม		52.65	6.98

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิ แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านของการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .296, p < .01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่า Spearman's rank correlation coefficient ระหว่างปัจจัย (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายด้านและโดยรวม) และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n=84)

ปัจจัย	ความร่วมมือในการใช้ยา
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
ระดับพื้นฐาน	-.124
ระดับปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน	-.069
ระดับจิตวิญญาณ	-.052
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม)	-.089
การสนับสนุนทางสังคม	
ด้านอารมณ์	.296**
ด้านการประเมินค่า	.050
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.052
ด้านทรัพยากร	.133
การสนับสนุนทางสังคม (โดยรวม)	.185

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ของโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอยู่ในระดับสูง ที่ร้อยละ 96.40 โดยส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงคือร้อยละ 48.80 และได้รับได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงร้อยละ 73.80 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่รับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป อีกทั้งโดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องโรค และการใช้ยา การที่บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นเตือน หรือปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถทั้งการอ่านและเขียน เข้าถึงและรับรู้ข้อมูล รวมทั้งมี

ความสามารถในการฟัง พูด ติดต่อสื่อสาร ตลอดจนสามารถนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์เลือกปฏิบัติ แก้ไขปัญหา และจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค ดังการศึกษาของ เซเชอร์, วูดส์, สโมเธอร์, และโรเจอร์ (Chesser, Woods, Smothers, & Rogers, 2015) ที่การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้สูงอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคนที่ช่วยเหลือดูแลอยู่ในระดับสูง ที่ร้อยละ 86.90 ซึ่งการมีคนช่วยเหลือดูแล ที่อาจเป็นผู้ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือ ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร (House, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของ แอลลิแมน, สตรอมเบิร์ก, และ ไทเลน (Allemann, Stromberg, & Thylen, 2018) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุกหัวใจ (implantable cardioverter defibrillator) ที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำมักเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว นอกจากนี้ยังเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีคนช่วยเหลือดูแลจะมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงด้วย ดังการศึกษาของ สิริมาส วงศ์ใหญ่ และคณะ (Wongyai et al., 2014) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 225 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยา

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านของการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .296, p < .01$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ นอกจากจะประสบกับภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว ยังพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมด้วยถึงร้อยละ 88.10 ทำให้ต้องเผชิญกับการคุกคามของโรค ที่ส่งผลให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต เกิดความวิตกกังวล จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน ตอบสนองทางด้านอารมณ์ โดยได้รับความรัก ความไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่และห่วงใยซึ่งกันและกัน ทั้งจากสมาชิกของครอบครัว และทีมสุขภาพ และจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคนช่วยเหลือดูแลอยู่ในระดับสูง ที่ร้อยละ 86.90 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติหรือคนในครอบครัว การที่ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีคนคอยช่วยเหลือดูแล จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การไว้วางใจซึ่งกันและกัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ คอยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งสว่าง (Rungsawang, 2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 150 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา

การศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านอื่น ๆ ได้แก่การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริมาส วงศ์ใหญ่ และคณะ (Wongyai et al., 2014) ที่พบว่าการสนับสนุนด้านการประเมินผล ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจากเพื่อนและจากเจ้าหน้าที่/พยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น อาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น รายได้ โดยในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 4,000 บาทต่อเดือน ดังการศึกษาของเฮร์มานโน และคณะ (Hermano et al., 2021) ซึ่งศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 59 ราย พบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร และการปฏิสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับ

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา อันอาจสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความขาดแคลนทรัพยากรทางการเงิน โดยผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มที่จะประสบกับปัญหาที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการมีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เพียงพอ (Lee, Park, Floyd, Park, & Kim, 2019)

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพที่มีองค์ประกอบ 3 ระดับคือระดับพื้นฐานเกี่ยวกับทักษะในการอ่านและเขียน รับรู้ เข้าใจ และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันซึ่งเป็นทักษะหรือสมรรถนะในการพูด ฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสาร เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพ และสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และระดับวิจารณ์ญาณที่ต้องมีทักษะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริม รักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างต่อเนื่อง (Nutbeam, 2008) อาจไม่ใช่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการศึกษานี้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอที่สืบเนื่องมาจากปัจจัยอื่นเช่น วัฒนธรรมและสังคม และลักษณะส่วนบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยไทยที่มักให้ความสำคัญต่อการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เชื่อฟังคำแนะนำของบุคลากรเหล่านี้อย่างเคร่งครัด และกลัวผลที่ตามมาของการปฏิเสธที่จะปฏิบัติตาม รวมถึงผู้ป่วยมักยอมรับประหลาดมากกว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิษณุภัสสร วรณศิริกุล และคณะ (Wannasirikul et al., 2016) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งได้รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 600 ราย พบว่าปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและสังคม และลักษณะส่วนบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยินและสุขภาพจิต รวมถึงระยะเวลาของการวินิจฉัยโรคมักมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การประยุกต์ผลการวิจัยครั้งนี้จะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบจากข้อจำกัดของการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (nonprobability sampling) ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดังนั้นจึงอาจมีผลต่อการนำผลการวิจัยที่ได้อ้างอิงไปยังประชากร อย่างไรก็ตามขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่คำนวณได้ของการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา หรือเป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มเติม
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



Factors Related to Medication Adherence Among Older Persons with Heart Failure ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3. พัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มอบทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

References

- Allemann, H., Stromberg, A., & Thylen, I. (2018). Perceived social support in persons with heart failure living with an implantable cardioverter defibrillator: A cross-sectional explorative study. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(6), E1-E8.
- Bunyatnopparat, K., & Limpawattana, P. (2019). Factor associated with medication adherence in older patients with chronic diseases of Dongluang Hospital. *KKU Journal of Medicine*, 5(2), 40-49. (in Thai)
- Butrous, H., & Hummel, S. L. (2016). Heart failure in older adults. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(9), 1140–1147.
- Cajita, M. I., Cajita, T. R., & Han, H. (2016). Health literacy and heart failure: A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), 121-130. doi:10.1097/JCN.0000000000000229
- Chesser, A. K., Woods, N. K., Smothers, K., & Rogers, N. (2015). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2, 1-13.
- Gallagher, R., Luttik, M., & Jaarsma, T. (2011). Social support and self-care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 439-445.
- Hermano, B. R., Barros, A. L., Lopes, J., Santos, M. A., Lopes, C. T., & Santos, V. B. (2021). Evaluation of social support and medication adherence in patients with coronary artery disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 23(66979), 1-8.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Jongwilaikasem, K., & Lerkiatbundit, S. (2021). Development of the Medication Adherence Scale for Thais (MAST). *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 13(1), 17-30. (in Thai)
- Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M. E., & Jacobson, T. A. (2009). Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value in Health*, 12(1), 118-123. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00400
- Lee, H., Park, J. H., Floyd, J. S., Park, S., & Kim, H. C. (2019). Combined effect of income and medication adherence on mortality in newly treated hypertension: Nationwide study of 16 million person-years. *Journal of the American Heart Association*, 8, e013148. doi: 10.1161/JAHA.119.013148
- Lippi, G., & Sanchis-Gomar, F. (2020). Global epidemiology and future trends of heart failure. *AME Medical Journal*, 3(1), 7-11.



- Lueder, T. G., & Agewall, S. (2018). The burden of heart failure in the general population: A clearer and more concerning picture. *Journal of Thoracic Disease*, 10(Suppl 17), S1934-S1937.
- Mastromarino, V., Casenghi, M., Testa, M., Gabriele, E., Coluccia, R., Rubattu, S. & Volpe, M. (2014). Polypharmacy in heart failure patients. *Current Heart Failure Reports*, 11(2), 212-219. doi: 10.1007/s11897-014-0186-8
- Noppakraw, J., Chintanawat, R., & Khampolsir, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Pallangyo, P., Millinga, J., Bhalia, S., Mkojera, Z., Misidai, N., Swai, H. J., ... Janabi, M. (2020). Medication adherence and survival among hospitalized heart failure patients in a tertiary hospital in Tanzania: A prospective cohort study. *BMC Research Notes*, 13, 89.
- Riles, E. M., Jain, A. V., & Fendrick, A. M. (2014). Medication adherence and heart failure. *Current Cardiology Reports*, 16(3), 458. doi: 10.1007/s11886-013-0458-z
- Rungsawang, S. (2015). Factors related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness. *Journal of Nursing, Siam University*, 18, 6-23. (in Thai)
- Sabaté, E., & Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Retrieved from https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- Savarese, G., & Lund, L. H. (2017). Global public health burden of heart failure. *Cardiac Failure Review*, 3(1), 7-11.
- Sthapornnanon, N. (2012). Medication nonadherence. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 7(1), 23-39. (in Thai)
- Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public health*, 47(1), 109-120.
- Wetmanut, H. (2004). *Factors predicting health promoting behaviors among the elderly with heart failure* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Wongyai, S., Maneesriwongul, W., & Putawatana, P. (2014). Factors related to medication adherence among patients with diabetes mellitus type 2 at diabetic clinics. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(2) 80-90. (in Thai)



Good Death: Perspective of Nurses in Critical Care Units*

การตายดี: มุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต*

วรวรรณ	โมงจันทร์**	Waravan	Mongchan**
พิกุล	พรพิบูลย์***	Pikul	Phornphibul***
ประทุม	สร้อยวงศ์****	Pratum	Soivong****

Abstract

Technological advancements in medical treatment can lead to complicated and unnatural deaths in critical care units. Critical care nurses are responsible for providing a good death for dying patients in critical care units. Thus, nurses' perspectives of what constitutes a good death influences the ways they provide care for these patients. This descriptive research aimed to describe nurses' perspectives on the attributes of a good death. The research sample was 305 critical care nurses randomized from 10 government hospitals in upper Northern Thailand, including those at secondary and tertiary levels. The research instruments consisted of a demographic data recording form and the Thai version of the Good Death Inventory (GDI) which had a reliability of .97. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed the respondents perceived attributes of good death. These attributes were classified as the core domains of good death and were ranked from highest to lowest as follows: 1) being respected as an individual, 2) good relationship with family, 3) preparation for death, 4) religious and spiritual comfort, 5) maintaining hope and pleasure, 6) good relationship with medical staff, 7) receiving enough treatment, 8) natural death, 9) feeling that one's life is worth living, and 10) physical and psychological comfort. In addition, some relatively less important characteristics were classified as optional domains of good death and were ranked from highest to lowest as follows: 1) life completion, 2) dying in a favorite place, 3) environmental comfort, 4) control over the future, 5) awareness of death, 6) independence, 7) not being a burden to others, and 8) pride and beauty.

The results of this study can contribute to knowledge regarding good death of critically ill patients as perceived by critical care nurses in Thailand. These findings also provide information for further improving critical care nurses' competency in end-of-life care. Factors associated with good death as well as nursing interventions promoting good death among critical care nurses are recommended for further studies.

Keywords: Good death; End of life; Critical care nurses

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

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

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

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

Received 27 June 2016; Revised 29 July 2016; Accepted 19 August 2016

บทคัดย่อ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถทำให้การตายในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความยุ่งยากซับซ้อนและไม่เป็นตามธรรมชาติ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นมุมมองของพยาบาลเกี่ยวกับการตายดีมีอิทธิพลต่อวิธีการดูแลสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายคุณลักษณะการตายดีตามมุมมองของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 305 ราย โดยการสุ่มจากโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 10 แห่งในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการตายดีฉบับภาษาไทย ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะของการตายดีที่รับรู้โดยกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะหลักของการตายดีเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ 1) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล 2) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 3) การเตรียมตัวก่อนตาย 4) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ 5) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข 6) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 7) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 8) การตายอย่างธรรมชาติ 9) ความรู้สึกมีชีวิตของเขานั้นมีค่า และ 10) ความสุขสบายด้านจิตใจ และนอกจากนี้คุณลักษณะที่สำคัญน้อยกว่าถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกของการตายดี เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดดังนี้ 1) ความสมบูรณ์ของชีวิต 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ 3) ความสบายของสภาพแวดล้อม 4) การควบคุมอนาคต 5) การตระหนักรู้ถึงความตาย 6) ความเป็นอิสระ 7) การไม่เป็นภาระของผู้อื่น และ 8) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม

ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการตายดีของผู้ป่วยวิกฤตตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ข้อค้นพบนี้ยังเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายดีและการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายดีในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำสำคัญ: การตายดี การดูแลระยะท้ายของชีวิต พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: waravanmongchan@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถรักษาและยืดชีวิตผู้ป่วยได้ยาวนานขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมาก ผู้ป่วยบางกลุ่มสามารถยืดชีวิตได้สำเร็จ แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่การบำบัดรักษาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่สามารถยืดชีวิตหรือทำให้ดีขึ้นได้ เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทรุดลง และตายในที่สุด (Staworn, 2011) การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงมักพบการตายอยู่เสมอ

สถิติการตายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนการตายในโรงพยาบาลเป็นการตายที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤต (Miller, Forbes, & Boyle, 2001) และจากสถิติการตายในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าจำนวนมากกว่าหนึ่งในสามของการตายในโรงพยาบาลเป็นการตายในหอผู้ป่วยวิกฤต (Medical Records and Statistics Section Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2015)

การดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้บรรลุการตายดี (Sangchart, 2014) แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีสุขภาพอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและตายดีมีสัดส่วนไม่มากนัก (Health Assembly specific issues, 2013a) ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้รับการดูแลทั้งหมด และมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยังได้รับการทำหัตถการที่คุกคามร่างกาย (Sooraphanth, Katanyoo, & Bunditvattanawong, 2012) หัตถการเหล่านี้ส่วนหนึ่งถือเป็นการยืดชีวิตที่การสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยก่อนการตาย (Phra Paisal Visalo, 2015) ผู้ป่วยที่ตายในหอผู้ป่วยวิกฤตมักจะตายในสภาพที่ยังใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น เป็นเพียงการยืดความตายแต่ไม่ใช่การรักษาให้หายได้ ซึ่งการตายในลักษณะนี้ถูกมองว่าเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (Ungsraphan, 2009) อีกทั้งคนทั่วไปยังมีความเชื่อว่าการตายในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่ใช่การตายดี

การตายดี ยังไม่มีนิยามที่เป็นสากล ในซีกโลกตะวันออก ญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกที่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการตายดี โดยเริ่มจากแนวคิดว่าภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้แนวคิดเรื่องการตายดีของชาวญี่ปุ่นมีความแตกต่างกับชาวตะวันตก จึงได้เริ่มการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตายดีในมุมมองของชาวญี่ปุ่น (Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo, & Uchitomi, 2006) ต่อมาได้มีพัฒนาแนวคิดนี้เรื่อยมา ดังการศึกษาของมียาชิตะและคณะ (Miyashita et al., 2008) ซึ่งพัฒนามาจากผลการวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้ระบุว่าการตายดีประกอบด้วยคุณลักษณะ 18 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ 3) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 4) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข 5) การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น 6) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 7) ความเป็นอิสระ 8) ความสบายของสภาพแวดล้อม 9) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล 10) ความสมบูรณ์ของชีวิต 11) การตายอย่างธรรมชาติ 12) การเตรียมตัวก่อนตาย 13) ความความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า 14) การตระหนักรู้ถึงความตาย 15) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 16) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม 17) การควบคุมอนาคตและ 18) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ

การตายดีเป็นการตายที่มีคุณลักษณะที่พึงปรารถนา คนทุกคนย่อมปรารถนาให้การตายของตนเองเป็นการตายที่ดี นอกจากนี้ยังเป็นสิทธิที่ทุกคนพึงได้รับ ดังปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (Office of the Council of State, 2007a) แต่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมักจะพบปัญหาในการรักษาที่มุ่งเน้นด้านร่างกายมากเกินไป และการละเลยมิติความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (Chatrkaw, 2011) เพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์จึงพยายามให้การดูแลอย่างดีที่สุด

พยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตายของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล และมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุการตายดี (Walker, & Read, 2010) ในปัจจุบันพบว่ามีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต (Chaipet, Nilmanat, & Kongin, 2011; Kongsuwan

& Locsin, 2009) แต่ก็ยังพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติ ประสิทธิภาพในการดูแล และปัญหาด้านจิตใจของพยาบาล (Wattradul, & Sombatkaew, 2013; Ranse, Yates, & Coyer, 2012) แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพยาบาลควรจะต้องมีความเข้าใจในแนวคิดเรื่องการตายดีเป็นอย่างดี การศึกษามุมมองต่อการตายดี จะทำให้ทราบถึงลักษณะการตายดีในมุมมองของพยาบาล ซึ่งสะท้อนมาจากความเข้าใจ ทศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการตายดีได้

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมุมมองต่อการตายดีของพยาบาลวิกฤต พบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศมีจำนวน 3 เรื่อง (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006; Bratcher, 2010; Ryan & Seymour, 2013) และในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง (Kongsuwan, Keller, Touhy, & Schoenhofer, 2010) ผลการศึกษาได้ระบุถึงลักษณะของผู้ป่วยก่อนตาย สิ่งแวดล้อมและการได้รับการดูแลที่ได้รับก่อนตายแต่ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถอธิบายการตายดีตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ในภาพรวมได้ ทำให้ไม่สามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาบุคลากรกลุ่มนี้ได้เหมาะสมและชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาลักษณะของการตายดีตามมุมมองของพยาบาลวิกฤตเพื่อเติมเต็มองค์ความรู้เรื่องการตายดี และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทั้งในด้านการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตได้บรรลุการตายดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะการตายดีตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

ลักษณะการตายดีตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะการตายดีตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดการตายดีของ มียาชิตะ และคณะ (Miyashita et al., 2008) ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงพรรณนา แล้วจึงนำมาวิเคราะห์หมวดหมู่เป็นคุณลักษณะตามผลการศึกษา โดยมีความเชื่อว่าภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้แนวคิดเรื่องการตายดีมีความแตกต่างกัน การตายดีตามแนวคิดที่วิเคราะห์ได้ประกอบด้วยคุณลักษณะ 18 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ 3) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 4) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข 5) การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น 6) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 7) ความเป็นอิสระ 8) ความสบายของสภาพแวดล้อม 9) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล 10) ความสมบูรณ์ของชีวิต 11) การตายอย่างธรรมชาติ 12) การเตรียมตัวก่อนตาย 13) ความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า 14) การตระหนักรู้ถึงความตาย 15) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 16) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม 17) การควบคุมอนาคต และ 18) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาลักษณะการตายดีของผู้ป่วยตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ที่อยู่ในสังกัดของรัฐบาล ในเขตภาคเหนือตอนบน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเต็มเวลา จำนวน 906 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) จากประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 906 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 277 ราย และเนื่องจากการรวบรวมข้อมูลทางไปรษณีย์ จึงเพิ่ม

กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 332 ราย ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก รายชื่อแบบแทนที่ (sampling with replacement) ในการวิจัยครั้งนี้ได้แจกแบบสอบถาม 332 ฉบับ ได้รับการตอบกลับ 311 ฉบับ อัตราการตอบกลับ (response rate) ร้อยละ 93.67 ในจำนวนนี้เป็นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ผลได้ จำนวนทั้งสิ้น 305 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 91.87

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเภทของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงานอยู่ ระดับการศึกษา และประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย หรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

2. แบบประเมินการตายดี (GDI) ของมียาชิตะ และคณะ (Miyashita et al., 2008) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย เพ็ญภัสสร มาพงษ์ (Mapong, 2013) โดยแบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้นจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ และวิจัยเชิงปริมาณที่มียาชิตะ และคณะ (Miyashita et al., 2008) ได้ทำการศึกษามาก่อนหน้านี้ในปี ค.ศ. 2006 และปี ค.ศ. 2007 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแนวคิดการตายดี ซึ่งเป็นกลุ่มของคุณลักษณะการตายดี 18 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยคุณลักษณะจำนวน 2 ถึง 3 ข้อ รวม 52 ข้อ เป็นแบบคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

แบบประเมินการตายดี (GDI) ต้นฉบับ (Miyashita et al., 2008) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แต่ไม่ได้ระบุดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาไว้ และได้ทดสอบความตรงเชิงสภาพ (concurrent validity) กับแบบประเมินการดูแล (care evaluate scale: CES) และแบบประเมินความพึงพอใจ (overall care satisfaction) พบว่ามีความสอดคล้องภายในสูง ($\alpha = 0.74-0.95$) และแบบประเมินการตายดีฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย เพ็ญภัสสร มาพงษ์ (Mapong, 2013) การแปลได้ใช้การแปลย้อนกลับ (back translation) ผ่านการทดสอบความทัดเทียมของภาษา (semantic equivalence) และทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI = เท่ากับ 1) และดัดแปลงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการรวมข้อคำถามที่สื่อความหมายในทางเดียวกัน และปรับลักษณะคำตอบที่เป็นแบบมาตรวัดแบบ ลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 7 ระดับ ให้เป็น 5 ระดับเพื่อให้กลุ่มอาสาสมัครเข้าใจลักษณะคำตอบง่ายขึ้น ทั้งนี้ข้อคำถามในแบบสอบถามไม่ได้เจาะจงถึงผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้การดูแลเอง แต่เป็นมุมมองทั่วไปต่อการตายดี และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับคำถามนำจากเดิม ที่ว่า "ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกร้อยละอย่างไรในช่วงสุดท้ายของชีวิต" เป็น "ท่านคิดอย่างไร เกี่ยวกับคุณลักษณะการตายดีเหล่านี้" เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามให้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้วิธีการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รวมทั้งผู้บริหารและกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการชี้แจงผ่านเอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางปฏิบัติในการตอบแบบสอบถาม และสามารถให้ข้อมูลโดยไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น และนำเสนอในภาพรวม ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการรวบรวมข้อมูล แล้วจึงทำ

การติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้ประสานงานโครงการวิจัยทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถาม และขอรายชื่อพยาบาลเพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้ประสานงานโครงการวิจัย พร้อมทั้งระบุกลุ่มตัวอย่างและจำนวนตามที่คำนวณไว้ และขอความอนุเคราะห์ในการแจกและรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย ภายใน 4 สัปดาห์ทางไปรษณีย์ ทั้งนี้เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามการรวบรวมแบบสอบถามจากผู้ประสานงานของฝ่ายการพยาบาล 1 ครั้ง เมื่อได้แบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนั้นมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบประเมินการตายดี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ และการแปลผลคะแนนตามแนวทางของการวิจัยที่ได้ใช้เครื่องมือการวิจัยเดียวกันในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan, Hongjuan, Tieying, & Xuemei, 2015) เพื่อจัดประเภทของกลุ่มคุณลักษณะด้วยจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบในระดับความเห็น "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" โดยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคุณลักษณะหลัก (core domain) คือ กลุ่มที่ข้อย่อยทุกข้อภายในกลุ่มได้รับความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป อธิบายว่าข้อย่อยทุกข้อในกลุ่มคุณลักษณะหลักเหล่านั้นเป็นลักษณะที่สำคัญของการตายดี และกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก (optional domain) คือ กลุ่มคุณลักษณะที่ข้อย่อยบางข้อ หรือทุกข้อมีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 80 มีความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" อธิบายว่า ลักษณะในข้อย่อยบางข้ออาจเป็นหรือไม่เป็นลักษณะของการตายดีก็ได้ กลุ่มคุณลักษณะทางเลือกมีความสำคัญน้อยกว่ากลุ่มคุณลักษณะหลัก (Miyashita et al., 2008)

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 305 ราย พบว่าร้อยละ 94.75 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 22 ถึง 55 ปี อายุเฉลี่ย 34.71 ปี (SD = 7.98) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.39 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 3.28 และศาสนาอิสลามร้อยละ 0.33 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ตั้งแต่ 1 ถึง 30 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 10.25 ปี (SD = 7.56) ตำแหน่งในการปฏิบัติงานพบว่าร้อยละ 97.05 เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และร้อยละ 2.95 เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ลักษณะหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 93.11 เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะทาง และร้อยละ 6.89 เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.82 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 9.18 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ในด้านประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.64 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมาก่อน และร้อยละ 95.13 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่เป็นผู้ป่วย

คุณลักษณะของการตายดีที่รับรู้โดยกลุ่มตัวอย่างถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดี (core domain) มีจำนวน 10 กลุ่ม เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดดังนี้ 1) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล 2) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 3) การเตรียมตัวก่อนตาย 4) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ 5) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข 6) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 7) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 8) การตายอย่างธรรมชาติ 9) ความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า และ 10) ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย และคุณลักษณะที่สำคัญน้อยกว่าถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกของการตายดี (optional domain) มีจำนวน 8 กลุ่ม เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดดังนี้ 1) ความสมบูรณ์ของชีวิต 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ 3) ความสบายของสภาพแวดล้อม 4) การควบคุมอนาคต 5) การตระหนักรู้ถึงความตาย 6) ความเป็นอิสระ 7) การไม่เป็นภาระของผู้อื่น และ 8) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม

การอภิปรายผล

คุณลักษณะหลักของการตายดี อภิปรายเรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดดังนี้

การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล ถูกยอมรับว่าเป็นลักษณะของการตายดีสูงสุด คล้ายกับผลการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015). และประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) ซึ่งทั้งสองประเทศอยู่ในซีกโลกตะวันออกเหมือนประเทศไทย อาจมีวัฒนธรรมคล้ายกันในเรื่องความเคารพในความเป็นบุคคลของมนุษย์ สะท้อนถึงการให้ความสำคัญเรื่องการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่มองว่าความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวเป็นกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดี สะท้อนถึงวัฒนธรรมตะวันออกที่ให้ความสำคัญกับครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย (Kongsuwan et al., 2010) ผลการศึกษาในต่างประเทศ ในซีกโลกตะวันตก (Bratcher, 2010; Ryan & Seymour, 2013) และแนวคิดทางศาสนา (Department of medical services, 2014) ที่ล้วนให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว

การเตรียมตัวก่อนตาย สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการเตรียมตัวก่อนตายเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการตายดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ผลการศึกษาในประเทศทางตะวันตก (Ryan & Seymour, 2013) และเจตนารมณ์ของการทำหนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวต่อความตายและแสดงความต้องการต่อความตาย (Office of the National Health Commission, 2010)

ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Bratcher, 2010) และหลักการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตสังคม แต่ผลการศึกษามีความแตกต่างกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มคุณลักษณะนี้ในลำดับสุดท้าย น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 69 ระบุว่าตนเองมีความเชื่อในศาสนา น้อย และกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในประเทศจีนมีเพียงร้อยละ 3.5 เท่านั้นที่มีความเชื่อทางศาสนา ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกรายมีศาสนาที่นับถือ อาจเป็นสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) การศึกษาของประเทศจีน (Haishan et al., 2015) และผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ความหวังสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นความต้องการหรือเป็นเป้าหมายในชีวิต และเป็นพลังทางบวกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามทำให้ชีวิตมีความสุขและเป็นการกำลังใจให้ดำเนินชีวิตต่อไป (Thongprateep, 2010)

ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ที่ดีทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ (Panitrat, 2015) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว จะนำไปสู่การดูแลที่มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเป็นการช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้บรรลุการตายดี ผลการศึกษาสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการตายดี สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และการศึกษาของประเทศจีน (Haishan et al., 2015)

การได้รับการรักษาที่เพียงพอ ผลการศึกษาแตกต่างกับผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่ให้คุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาของประเทศญี่ปุ่นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง การศึกษาในประเทศจีนกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป แต่ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย และบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และรอดชีวิต อาจเป็นเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับกลุ่มคุณลักษณะนี้ค่อนข้างมาก

การตายอย่างธรรมชาติ สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าการตายดีควรมีลักษณะที่เป็นการตายอย่างธรรมชาติ และสอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลวิกฤตในประเทศตะวันตก (Beckstrand et al., 2006; Bratcher, 2010; Ryan & Seymour, 2013) แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาก็มีความแตกต่างกับผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่กลุ่มตัวอย่างให้คุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกเท่านั้น

ความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า สะท้อนถึงการเคารพในฐานะบุคคลของผู้ป่วย แต่ผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกับผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มคุณลักษณะความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่าเป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกของการตายดีเท่านั้น

ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย การได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเป็นความปรารถนาหนึ่งที่สำคัญของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (Kurat, Pharakho, & Swannakot, 2013) ผลการศึกษาสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นคุณลักษณะการตายดีสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ (Miyashita et al., 2008; Kongsuwan et al., 2010; Bratcher, 2010) และยังสอดคล้องกับนิยามการตายดีของสถาบันทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Field & Cassel, 1997) นิยามของการตายดีในแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 (Health Assembly specific issues, 2013b) แสดงให้เห็นว่ามีการยอมรับว่าความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกายเป็นคุณลักษณะของการตายดีอย่างกว้างขวาง

การอภิปรายผลการศึกษาในกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดีข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มคุณลักษณะทั้ง 10 กลุ่ม มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นที่ใช้เครื่องมือการวิจัยเดียวกัน การวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และนิยามการตายดีอื่น ๆ ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันว่ากลุ่มคุณลักษณะดังกล่าวได้รับการยอมรับโดยทั่วไปให้เป็นลักษณะที่สำคัญของการตายดี และมีความเป็นสากล สำหรับกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกได้อภิปรายผลตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้

ความสมบูรณ์ของชีวิต ถูกจัดให้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกของการตายดีเช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนนี้คิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะรู้สึกตัว ทำให้การส่งเสริมในประเด็นนี้ทำได้ยาก แต่ทั้งนี้ก็ยังถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญและท้าทายสำหรับพยาบาล

การตายในสถานที่ที่พอใจ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่ให้กลุ่มคุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก ทั้งนี้ในทางปฏิบัติ การให้ผู้ป่วยเลือกหอผู้ป่วยเองอาจเป็นไปได้ยาก เพราะต้องใช้ดุลพินิจของแพทย์ในการพิจารณาอาการของผู้ป่วย และความพร้อมของหอผู้ป่วย แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่ให้กลุ่มคุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะหลัก อาจเนื่องมาจาก ในประเทศญี่ปุ่นมีความรู้และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าประเทศไทยและประเทศจีน

ความสบายของสภาพแวดล้อม ในการศึกษาของประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) คุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดี เช่นเดียว กับการศึกษาของแบรทเชอร์ (Bratcher, 2010) และในมุมมองของพุทธศาสนาก็ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะตาย (Phra Paisal Visalo, 2010) แต่ผลจากการศึกษาครั้งนี้กลับพบว่าคุณลักษณะนี้ถูกจัดให้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก แสดงให้เห็นว่ามีกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมน้อย ทั้งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก ๆ

การควบคุมอนาคต การให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ความจริงจะช่วยให้เกิดการยอมรับ และการเตรียมตัวเพื่อรับมือกับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคุณลักษณะนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al.,

2015) อาจเนื่องกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังเชื่อว่าการไม่ต้องรับรู้ถึงความตายที่จะเกิดขึ้นดีกว่า หรืออาจเกิดจากลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มักไม่รู้สึกรู้สีกตัว การรับรู้ถึงความตายและการคิดถึงอาการของตนเองในอนาคตอาจเป็นไปได้น้อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การตระหนักรู้ถึงความตาย ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การตระหนักรู้ถึงความตายถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) อาจมีสาเหตุคล้ายกับคุณลักษณะการควบคุมอนาคต

ความเป็นอิสระ ความเป็นอิสระเป็นความต้องการด้านอัตลักษณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nilmanat, 2012) ผลการศึกษาของประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ความเป็นอิสระอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะหลัก แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ถูกจัดอยู่กลุ่มคุณลักษณะทางเลือกเท่านั้น ทั้งนี้ในทางปฏิบัติการส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความอิสระในกิจวัตรประจำวัน อาจไม่สามารถทำได้ทุกราย

การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่ให้เหตุผลว่าในวัฒนธรรมจีนการดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติตามหลักการของความกตัญญู แม้ว่าในมุมมองของคนทั่วไปจะปรารถนาให้การตายของตนเองไม่สร้างความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น (Phra Paisal Visalo, 2013) และการอยู่ในภาวะพึ่งพา ไม่มีความอิสระ เป็นภาระแก่ผู้อื่น เป็นการตายที่ไม่ดี (Vig & Pearlman, 2004) แต่ในมุมมองของพยาบาลการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยไม่ได้คิดว่าเป็นภาระ อีกทั้งสังคมไทยก็มีแนวคิดเรื่องความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ การดูแลสมาชิกในครอบครัวคล้ายกับวัฒนธรรมของชาวจีน กลุ่มตัวอย่างบางส่วนจึงไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยว่าการไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นเป็นคุณลักษณะของการตายดี

ความภาคภูมิใจและความสวยงาม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่ให้กลุ่มคุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกเช่นกัน ประเด็นความสงสารในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ (Kurat et al., 2013) กล่าวว่า ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะที่มีความรู้สึกร่วมตาสงสารต่อผู้ป่วย จึงอาจเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างจะเห็นว่าการได้รับความสงสารจากบุคคลอื่นไม่ได้เป็นเรื่องเลวร้าย และเป็นสิ่งที่ยอมรับได้

นอกจากลักษณะการตายดีที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสำคัญหรือเห็นว่าเป็นทางเลือกของการตายดีแล้วยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางราย มีความเห็นที่ในระดับไม่แน่ใจ หรือไม่เห็นด้วยต่อข้อย่อยบางข้อซึ่งเป็นลักษณะที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าเป็นลักษณะของการตายดี เช่น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมเกียรติ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันกับครอบครัวอย่างเพียงพอ และผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือหายใจลำบาก ซึ่งอาจเป็นการสะท้อนถึงการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรืออาจเป็นการสะท้อนถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ในประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการศึกษาในเชิงลึกถึงสาเหตุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. เป็นการขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับการตายดีของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผนพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป
3. นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายดีของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ควรทำการศึกษาทดลองเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายดีในหอผู้ป่วยวิกฤต



References

- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving end of life care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 37-45.
- Bratcher, J. R. (2010). How do critical care nurses define a "good death" in the intensive care unit? *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(1), 87-99. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181c8e2d7
- Chaipet, O., Nilmanat, K., & Kongin, W. (2011). Experience of ICU nurses in hospice care. *Journal of Nursing Council*, 26(1), 41-54.
- Chatrkaw, P. (2011). End of life care: Quality improvement. In D. Staworn, A. Wattanatum & A. Poompichet (Eds.), *Critical care medicine: Make it easy* (pp. 520-526). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Department of Medical Services. (2014). *Guidelines for palliative care 2014*. Retrieved from https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf (in Thai)
- Field, M. J., & Cassel, C. K. (1997). *Approaching death: Improving care at the end of life*. Retrieved from http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=5801
- Haishan, H., Hongjuan, L., Tieying, Z., & Xuemei, P. (2015). Preference of Chinese general Public and healthcare providers for a good death. *Nursing Ethics*, 22(2), 217-227. doi: 10.1177/0969733014524760
- Health Assembly Specific Issues. (2013a). *National strategic plan for post-life health promotion 2014-2016* (Resolution). Retrieved from http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/resolution_gooddeath_17_Dec_final.pdf
- Health Assembly Specific Issues. (2013b). *National strategic plan for post-life health promotion 2014-2016* (Main Document). Retrieved from http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/main_gooddeath_17_Dec_final.pdf
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 140- 147. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.06.012
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review*, 56, 116-122. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00674.x
- Kongsuwan, W., Keller, K., Touhy T., & Schoenhofer, S. (2010). Thai Buddhist intensive care unit nurses' perspective of a peaceful death: An empirical study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 241-247.
- Kurat, S., Pharakho, P., & Swannakot S. (2013). *End-stage care: A challenging new dimension. Nurse's role*. Maha Sarakham: Sri Maha Sarakham Nursing College.
- Mapong, P. (2013). *Evaluation of end-stage critical care and mortality by family members* (Master's Thesis, Khon Kaen University). Retrieved from <http://tdc.thailis.or.th/tdc/download.php> (in Thai)



- Medical Records and Statistics Section Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2015). *Statistics of movement of patients admitted to hospital Classified by ward 2014*. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Retrieved from http://www.med.cmu.ac.th/hospital/medrec/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=932:9003&catid=142&Itemid=589 (in Thai)
- Miller, P. A., Forbes, S., & Boyle, D. K., (2001). End-of-life care in the intensive care unit: A challenge for nurses. *American Journal of Critical Care*, 10(4), 230-237.
- Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5), 486-498. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009
- Nilmanat, K. (2012). *The end of life care*. Songkhla: Chanmuang of printing.
- Office of the Council of State (2007a). *Constitution of the Kingdom of Thailand 2007*. Retrieved from <http://www.ogad.ago.go.th/dagsu/images/stories/ratamnoon/2550.pdf>
- Office of the National Health Commission (2010). *Last needs of life (living will) letter of intent by National Health Act, B.E. 2550 (2007), Section 12*. Nondebi: Author.
- Panitrat, R., (2015). Remedial communication. In P. Intarasombat & S. Kasemkijwattana (Ed.), *Handbook for developing skills for nurses in hospice care* (1st ed., pp. 19-46). Nonthaburi: The National Strategic Plan Driving Project.
- Phra Paisal Visalo. (2010). *Dharma for the patient*. Nakhon Pathom: Mahamakut Buddhist College. (in Thai)
- Phra Paisal Visalo. (2013). *Beyond death, from crisis to opportunity*. Bangkok: Buddhika Network. (in Thai)
- Phra Paisal Visalo. (2015). *What should Thai society learn from the death of Yodlak Salakjai* Retrieved from http://www.visalo.org/article/D_Yodrak.htm (in Thai)
- Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. (2012). End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Australian Critical Care*, 25(1), 4-12. doi: 10.1016/j.aucc.2011.04.004
- Ryan, L., & Seymour, J. (2013). Death and dying in intensive care: Emotional labour of nurses. *End of Life Journal*, 3(2), 1-9. doi:10.1136/eoljnl-03-02.1
- Sangchart. B., (2014). Spiritual well-being and good death. *Journal of Nursing Science & Health*, 37(1), 147- 156. (in Thai)
- Sooraphanth, C., Katanyoo, K., & Bunditvattanawong, C. (2012). Palliative care prior to death for in-patients at the Faculty of Medicine, Vajira Hospital: A situational analysis. *Vajira Medical Journal*, 56(2), 113-121. (in Thai)
- Staworn, D. (2011). Palliative care in the ICU setting. In D. Staworn, A. Wattanatum, & A. Poompichet (Ed.), *Critical care medicine: Make it easy* (pp. 527-536). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Thongprateep. T. (2010). *Nurse: Being with the dying* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)



- Ungpraphan, V. (2009). Right to refuse treatment, right to die. In P. Limsathit & A. Khansen (Ed.), *Before the defoliation letter showing the intention of leaving in the last period* (2nd ed., pp. 59-74). Bangkok: Amy Enterprise.
- Vig, E. K., & Pearlman, R. A. (2004). Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Archives of Internal Medicine*, 164(9), 977-981. doi:10.1001/archinte.164.9.977
- Walker, R., & Read, S. (2010). The Liverpool care pathway in intensive care: An exploratory study of doctor and nurse perceptions. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 267-273.
- Wattradul, D., & Sombatkaew, N. (2013). Improving nursing care for critical patients with terminal illness: Perspectives of critical nursing student of the Thai Red Cross College of Nursing. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 24(2), 44-56. (in Thai)
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.



Effects of a Self-management Program Among Patients with Ischemic Stroke ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

สุกัญญา	ทองบุผา*	Sukanya	Thongbupa*
สมบัติ	มั่งทวีพงษา **	Sombat	Muengtaweepongsa**
อุไร	คำมาก***	Urai	Kommarg***

Abstract

This study used a quasi-experimental research design with pretest-posttest control groups. The objective of the study was to evaluate the effects of a self-management program among ischemic stroke patients. The study was undertaken at a university hospital. Sixty acute stroke patients were recruited for the study, and they were then assigned to an experimental group (n = 30) or a control group (n = 30). The experimental group received the self-management program, designed based on the concept of self-management by Creer (2000), from the researcher, whereas the control group received usual care by the nursing staff. The outcomes were evaluated at baseline and 8 weeks. The instruments used in the study were the demographic questionnaire; the clinical outcomes, including blood pressure, blood glucose, and lipid profile; and the self-management behaviors test. Data were analyzed using descriptive statistics and the independent t-test.

The findings showed that the mean score of clinical outcomes in the experimental group increased with statistical significance and was greater than the mean score of clinical outcomes in the control group and greater than at baseline ($p < .001$). The mean score of self-management behaviors in experimental group increased with statistical significance, and was greater than the mean score self-management behaviors in the control group and greater than at baseline ($p < .001$).

The results demonstrated that the self-management program can increase clinical outcomes and self-management behaviors in ischemic stroke patients. Nurses and healthcare team can apply this program to improve quality of care among stroke patients.

Keywords: Self-management program; Ischemic stroke; Self-management behavior; Clinical outcomes

* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University, e-mail: sukanyat@tu.ac.th

** Associate Professor, Faculty of Medicine, Thammasat University

*** Registered Nurse, Stroke and Neurology Unit, Thammasat University Hospital



Effects of a Self-management Program Among Patients with Ischemic Stroke ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ เครียร์ (Creer, 2000) โดยผู้วิจัย มีระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และ สถิติ Independent t- test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน พฤติกรรมการจัดการตนเอง
ผลลัพธ์ทางคลินิก

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: sukanyat@tu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** พยาบาลชำนาญการ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก เป็นสาเหตุหลักของความพิการในผู้ใหญ่ที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับสองของโลก รองจากโรคหัวใจ และมีแนวโน้มว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (Gorelick, 2019) โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะความดันเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

จากปัจจัยเสี่ยงและอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นต้นทางของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่การจัดการกับภาวะโรคเรื้อรังยังถูกจัดการอย่างไม่ครอบคลุมและทั่วถึง ทั้งที่ในปัจจุบันพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรเกิดความพิการที่มากที่สุด ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมในประเทศเป็นอย่างมาก (Suwanwela, 2014; Areechokchai et al., 2017) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริม ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเกิดซ้ำของโรค ดังนั้นการจัดการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันให้สามารถจัดการตนเองได้เมื่อเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ในระยะ 2-3 เดือนภายหลังการเกิดโรค ถือได้ว่าเป็นระบบการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง (Bailey, 2018; Kleindorfer et al, 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีลักษณะเฉพาะด้านที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Boger, Demain, & Latter, 2013) บางพฤติกรรมแม้จะมีผลดีทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมจัดการตนเองที่จำเป็นทั้งหมดและไม่ได้มีการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการของโรคไม่สามารถขอความช่วยเหลือและเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาในระยะเฉียบพลัน เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจากการไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ และเกิดการฟื้นตัวได้น้อยและไม่สามารถฟื้นตัวได้ภายหลังการเกิดโรคก่อให้เกิดภาวะพิการ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และภาระค่าใช้จ่ายในการเยียวยาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก (Wang, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้ในดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยงานวิจัยพบว่า สามารถส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยลดอาการกำเริบของโรค และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ที่ระยะ 12 สัปดาห์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ritklar, Wattana, & Kitipawong, 2012) และจากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่ายังมีอยู่จำกัด ส่วนมากเป็นการศึกษาถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจในการนำโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรค การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรค มาเป็นแนวทางในการศึกษาโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้เมื่อเกิดโรค มีการจัดการตนเองได้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการฟื้นตัวจากความพิการสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้



Effects of a Self-management Program Among Patients with Ischemic Stroke ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

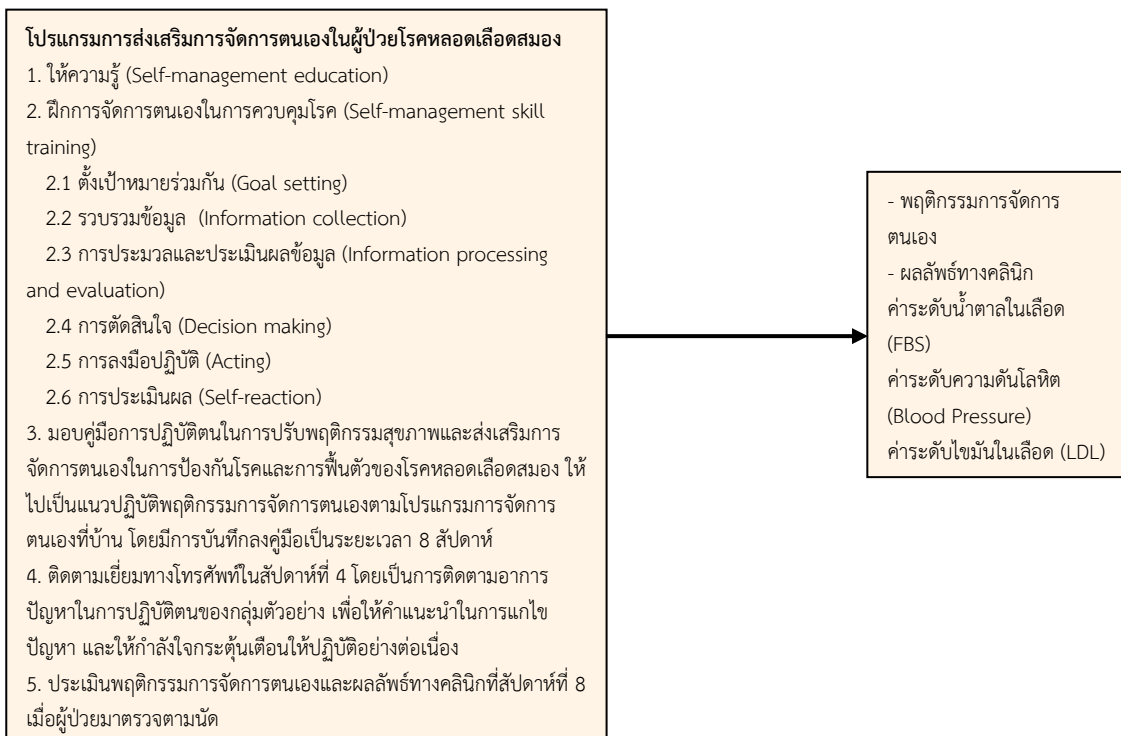
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแครี (Creer, 2000) โดยการส่งเสริมความรู้และ ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรค 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรค โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคซึ่งการจัดการตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบในการควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรค ได้แก่ การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตในรายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมอาหารในรายที่เป็นเบาหวานร่วมด้วย การเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การทำกายภาพบำบัด การรับประทานยา การประเมินอาการการกลับเป็นซ้ำและการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการ รวมทั้งติดตามกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง



แผนภูมิกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยก่อนหน้าของ เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุกะ และ ทศพร คำผลศิริ (Thatsaeng, Lasuka, & Khampolsiri, 2012) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .70 และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อใช้ในการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณในโปรแกรม G*power ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 - 20 (Srisatidharakul, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันในครั้งแรก และอยู่ในช่วงฟื้นฟูที่เข้ามารับการรักษาตัวภายในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2) ผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale) ที่มีระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 3) มีการรับรู้และมีการสื่อสารปกติ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองระดับรุนแรง และมีผลต่อการรับรู้ ได้แก่ มีภาวะ aphasia, neglect และ 2) ผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่สร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ

2. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมโรค และแบบประเมินพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) ครอบคลุมกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้เกี่ยวกับโรค การประเมินอาการและการจัดการตนเองเมื่อเกิดโรค ประกอบด้วยแผนการสอน และคู่มือการจัดการตนเอง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ .96

3. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง จำนวน 13 ข้อคำถาม ความรู้และการจัดการอาการหวั่นข้อความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค จำนวน 4 ข้อคำถาม พฤติกรรมในการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยแบ่งออกเป็นด้านการรับประทานยา ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การพักผ่อนนอนหลับและ

การมาตรวจตามนัด จำนวน 21 ข้อคำถาม มีข้อคะแนน 0-3 คะแนน ซึ่งแบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .98 และค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่า Cronbach alpha coefficient .98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการวิจัย MTU-EC-OO-2-245/63 ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และในขณะที่เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้กับผู้วิจัยทราบ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยมีการให้โปรแกรมพร้อมทั้งคู่มือการจัดการตนเองแก่กลุ่มควบคุม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บกลุ่มควบคุมจนครบตามที่กำหนด หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยก่อนเริ่มโครงการผู้วิจัยทำการประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการและดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเองที่กำหนด ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ให้ความรู้ (Self-management education) ความรู้เกี่ยวกับโรค และครอบคลุมถึงการประเมินอาการและการจัดการตนเองเมื่อเกิดโรค โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยใช้สื่อการนำเสนอแบบภาพนิ่ง
2. ฝึกการจัดการตนเองในการควบคุมโรค (Self-management skill training) โดยครอบคลุมในเรื่องภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและการจัดการ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงในรายบุคคล การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ การประเมินอาการและการจัดการตนเองเมื่อเกิดโรค โดยใช้ขั้นตอนการจัดการตนเองของ Creery (Creer,2000) เป็นกรอบแนวคิด รายละเอียดขั้นตอนดังนี้

- 2.1 ตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่คาดหวังโดยผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันตั้งเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายที่จะควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคซ้ำ

- 2.2 รวบรวมข้อมูล (Information collection) ผู้วิจัยฝึกให้กลุ่มตัวอย่างเฝ้าระวังและสังเกตอาการด้วยตนเองหากเกิดโรคซ้ำ

- 2.3 การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล (Information processing and evaluation) หลังจากผู้ป่วยได้รับทราบอาการและการรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถทราบถึงอาการดังกล่าวและการปฏิบัติตัวจะทำให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

- 2.4 การตัดสินใจ (Decision making) หลังจากผู้ป่วยได้มีการรวบรวมข้อมูลและประมวลผลข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้วิจัยได้ฝึกให้ผู้สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน

- 2.5 การลงมือปฏิบัติ (Acting) เป็นการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ

- 2.6 การประเมินผล (Self-reaction) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินการปฏิบัติของตนเองในการจัดการตนเอง



3. ผู้วิจัยสอนการใช้คู่มือการจัดการตนเองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคและการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่าย ผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการตนเองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคและการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง ให้ไปเป็นแนวปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเองที่บ้าน โดยมีการบันทึกลงคู่มือการจัดการตนเอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

5. ผู้วิจัยทำการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 โดยเป็นการติดตามอาการ ปัญหาในการปฏิบัติตามของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และให้กำลังใจกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

6. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกที่สัปดาห์ที่ 8

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในแผนก เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวรวมถึงการใช้ยา ภายหลัง สิ้นสุดโครงการ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการป้องกันและการฟื้นตัวของโรค หลอดเลือดสมองพร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการตนเอง เอกสารประกอบและให้คำแนะนำกับกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติ independent t-test และใช้สถิติ chi-square test ในการเปรียบเทียบข้อมูล ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่สมองของทั้งสองกลุ่ม

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวัดก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ dependent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุเฉลี่ย 62.13 ปี (SD = 12.55) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 เพศหญิง ร้อยละ 20 โรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.30 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75 โรคเบาหวาน ร้อยละ 33 และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด Atrial Fibrillation ร้อยละ 15 และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด ได้แก่ สูบบุหรี่ และ ดื่มเหล้า ร้อยละ 33 และ 18.30 ตามลำดับ ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่สมอง พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสมองขาดเลือดบริเวณ Subcortical area คิดเป็นร้อยละ 51.70 รองลงมา คือ บริเวณสมองส่วนกลาง (MCA) ร้อยละ 15 และบริเวณก้านสมองส่วน pons และ TIA ร้อยละ 10

และจากข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวเมื่อจำแนกเป็นกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติ Chi-Square test พบว่า อายุ เพศ โรคประจำตัว และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่สมอง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1



Effects of a Self-management Program Among Patients with Ischemic Stroke ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป และโรคประจำตัว
(n = 60 คน)

ตัวแปร	รวม (n = 60)	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	Chi-Square
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				.748 ^{NS}
ชาย	48 (80%)	23 (76.7%)	25 (83.3%)	
หญิง	24 (20%)	13 (23.3%)	11 (16.7%)	
อายุ (X = 62.13, SD = 12.55)				.935 ^{NS}
โรคร่วม				
ความดันโลหิตสูง	45 (75%)	21 (46.7%)	24 (53.3%)	.552 ^{NS}
เบาหวาน	20 (33%)	12 (60%)	8 (40%)	.412 ^{NS}
ไขมันในเลือดสูง	50 (83.3%)	24 (48%)	26 (52%)	.731 ^{NS}
AF	9 (15%)	5 (55.6%)	4 (44.4%)	1.00 ^{NS}
สูบบุหรี่	20 (33%)	12 (60%)	8 (40%)	.412 ^{NS}
ดื่มเหล้า	11 (18.3%)	6 (54.5%)	5 (45.5%)	.537 ^{NS}
ตำแหน่งของ พยาธิสภาพที่ สมอง				.132 ^{NS}
subcortical	31 (51.7%)	15 (48.4%)	16 (51.6%)	
frontal	4 (6.7%)	3 (75%)	1 (25%)	
pons	6 (10%)	2 (33.3%)	4 (66.7%)	
Cerebellar	4 (6.7%)	4 (100%)	-	
MCA	9 (15%)	5 (55.6%)	4 (44.4%)	
TIA	6 (10%)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	

^{NS} = non statistical significant p>.05

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้ง 3 หัวข้อ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมจัดการตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ย ดังแสดงในตารางที่ 2

หลังทดลอง กลุ่มทดลองมี

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในหัวข้อความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 37.13$, SD = 1.717) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 34.97$, SD = 2.498)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในหัวข้อความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค ($\bar{X} = 11.73$, SD=0.691) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 10.67$, SD=1.241)
3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง



Effects of a Self-management Program Among Patients with Ischemic Stroke ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

($\bar{X} = 44.7$, $SD = 3.086$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 39.86$, $SD = 4.688$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทั้ง 3 หัวข้อ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง (n = 30) $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มควบคุม (n = 30) $\bar{X}$ (SD)	t	df	p-value
ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง					
Pretest	27.40 (3.936)	26.80 (4.038)	.583	57.96	.562
Post test	37.13 (1.717)	34.97 (2.498)	3.915	58	.000
ความรู้และการจัดการอาการหัวข้อความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค					
Pretest	7.87 (1.137)	7.97 (1.245)	-0.32	58	.746
Post test	11.73 (0.691)	10.67 (1.241)	4.112	58	.000
พฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรค					
Pretest	30.9 (5.932)	31.13 (5.757)	-0.15	58	0.878
Post test	44.7 (3.086)	39.86 (4.688)	4.716	58	.000

ผลลัพธ์ทางคลินิก

ก่อนทดลองเมื่อนำค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

หลังทดลอง กลุ่มทดลองมี

1. ค่าเฉลี่ยระดับ SBP ($\bar{X} = 126.53$, $SD = 20.03$) ระดับ DBP ($\bar{X} = 73.4$, $SD = 13.11$) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ระดับ SBP ($\bar{X} = 149.5$, $SD = 20.49$) ระดับ DBP ($\bar{X} = 89.9$, $SD = 13.84$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

2. ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ($\bar{X} = 135.01$, $SD = 54.89$) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 120.88$, $SD = 36.36$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

3. ค่าเฉลี่ยของระดับไขมันในเลือด ($\bar{X} = 86.16$, $SD = 19.07$) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 97.98$, $SD = 24.01$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3



Effects of a Self-management Program Among Patients with Ischemic Stroke ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิก

Clinical Outcome	กลุ่มทดลอง (n = 30) $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มควบคุม (n = 30) $\bar{X}$ (SD)	t	df	p-value
Blood Pressure					
Pretest					
SBP	162.53 (31.87)	158.13 (16.4)	.672	58	.504
DBP	87.33 (16.59)	85.97 (16.3)	.749	58	.749
Post test					
SBP	126.53 (20.03)	149.5 (20.49)	-4.39	58	.00
DBP	73.4 (13.11)	89.9 (13.84)	-3.59	57.83	.001
Fasting Blood Glucose					
Pretest					
FBS	144.95(62.6)	101.65(22.72)	.654	57.02	.516
Post test					
FBS	135.01(54.89)	120.88(36.36)	-2.46	58	.017
LDL					
Pretest					
LDL	133.34(28.38)	121.97(26.17)	1.613	58	.112
Post test					
LDL	86.16(19.07)	97.98(24.01)	-2.11	58	.039

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ อภิปรายตามผลการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 3 หัวข้อ เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐาน โดยจากการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เครียร์ (Creer, 2000) ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และหลักสำคัญในการปรับพฤติกรรม เพื่อควบคุมโรค โดยการฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วยรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยครอบคลุมในเรื่องภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงในรายบุคคล ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหารหวาน ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วม การควบคุมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นโรคร่วม การงดอาหารที่อาจทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ การงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสังเกตอาการผิดปกติและการปฏิบัติตัวเมื่อ

เกิดอาการ ซึ่งกลุ่มควบคุมนั้นได้รับการให้การรักษาพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะเป็นการให้สุศึกษาและแนะนำวิธีการดูแลตนเองก่อนกลับบ้านซึ่งทำเป็นรายกลุ่ม และยังไม่มียุทธศาสตร์การจัดการดูแลที่เป็นรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการวางแผนร่วมกันและการกำกับติดตามภายหลังจำหน่าย

นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยการฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Self management skill training) โดยพัฒนาจากแนวคิดของ เครียร์ (Creer, 2000) ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองในการควบคุมโรคหลอดเลือดสมองร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ตั้งเป้าหมายควบคุมอาการเพื่อไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยจะลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง ลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่เป็นเบาหวาน และลดระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติให้ได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง และการสังเกตอาการของตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างจะลงบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ผลการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน ผลระดับความดันโลหิต การประมวลและประเมินข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้รับรวบรวมมาวิเคราะห์ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสมเพื่อให้ควบคุมโรคได้ โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมไว้เป็นพื้นฐาน การลงมือปฏิบัติ เพื่อฝึกทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ และการประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองเป็นการประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคหรือภาวะเจ็บป่วยได้ตามที่กำหนดเป้าหมายไว้ เพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิตจากการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมีการตรวจสอบด้วยการลงบันทึกระดับความดันโลหิตในคู่มือ จะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเห็นผลถึงการปฏิบัติอย่างชัดเจนและดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป

ผู้วิจัยได้มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 โดยเป็นการประเมินพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ติดตามอาการ ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยขอคำปรึกษา ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และให้กำลังใจกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า อุปสรรคที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ภายหลังดำเนินโปรแกรม คือ ความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวบางครอบครัวที่ไม่ส่งผลต่อการควบคุมอาหาร ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งเมื่อครอบครัวเล็งเห็นความสำคัญของการปรับพฤติกรรมก็ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการปรับได้ตามแผนที่กำหนดไว้ โดยผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำได้สำเร็จ รวมทั้งมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ ซึ่งผลจากการมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ดีส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง 3 หัวข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค และคะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟู และคณะ (Fu et al., 2003) ที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศจีน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ใช้เวลาในการศึกษา 6 เดือน โดยกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนวิถีออกกำลังกาย เทคนิคการจัดการกับอาการเจ็บป่วย แนวทางการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การจัดการเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าและการนอนหลับ การจัดการ กับอารมณ์กลัว โกรธ และภาวะซึมเศร้า การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพ การรวบรวม ปัญหาและการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ผลการศึกษพบว่า

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สามารถ จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ มีสมรรถนะในตนเอง มีภาวะสุขภาพที่ดี และ เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยลง

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ สามารถควบคุมตนเองจากปัจจัยเสี่ยง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานให้เหมาะสมกับโรค มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงสูญเสียหน้าที่ทำให้เกิดการตีบแข็ง (Atherosclerosis) ชะลอความเสื่อมของหลอดเลือดแดงได้ (Neurological Institute of Thailand, 2019) ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับไขมันในเลือด ลดระดับน้ำตาลในเลือด จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ โคโดช และคณะ (Chodosh et al., 2005) ได้ศึกษาโดยวิธี meta-analysis ในงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ และโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองทำให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น โดยผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกลง 5 mmHg และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 4.3 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ชตชัย วัฒนะ, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ลินจง โปธิบาล และ แชนดร้า แอล อัพเชช (Wattana, Srisuphan, Pothiban, & Upchurch, 2007) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยชาวไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 147 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 72 ราย และกลุ่มทดลอง 75 ราย เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วม โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การอภิปรายร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้คู่มือ ผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเองมีผลต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคที่ดีเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นยืนยันแนวคิดของ เครียร์ (Creer, 2000) ที่กล่าวว่า โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้ถูกต้อง และเป็นวิธีการหนึ่งที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ในระยะ 2-3 เดือนภายหลังการเกิดโรค



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาว โดยมีการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง และขยายผลศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความพิการของโรคกลุ่มอื่นเพิ่มเติม โดยอาจให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ได้ดำเนินการสำเร็จลุล่วง โดยได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปีงบประมาณ 2563 รหัสโครงการ 8/2563.2 ที่สำคัญผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือจนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

References

- Areechokchai, D., Vijitsoonthornkul, K., Pongpan, S. & Maeakhian S. (2017). Population attributable fraction of stroke risk factors in Thailand: Utilization of non-communicable disease surveillance systems. *Outbreak, Surveillance & Investigation Reports*, 10(1), 1-6.
- Bailey, R. R. (2018). Lifestyle modification for secondary stroke prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(2), 140-147.
- Boger, E. J., Demain, S., & Latter, S. (2013). Self-management: A systematic review of outcome measures adopted in self-management interventions for stroke. *Disability and Rehabilitation*, 35(17), 1415–1428. doi.org/10.3109/09638288.2012.737080
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hilton, L., ... Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: Chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine*, 143(6), 427–438. doi.org/10.7326/0003-4819-143-6-200509200-00007
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*. Handbook of self-regulation (pp.601-629). California: Academic.
- Fu, D., Fu, H., McGowan, P., Shen, Y. E., Zhu, L., Yang, H., ... Wei, Z. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: Randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(3), 174-182.
- Gorelick, P. B. (2019). The global burden of stroke: Persistent and disabling. *The Lancet Neurology*, 18(5), 417-418.
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockcroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., ... Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 52(7), e364-e467.
- Neurological Institute of Thailand. (2019). *Clinical practice guidelines for ischemic stroke*. Bangkok: Tana press. (in Thai)



Effects of a Self-management Program Among Patients with Ischemic Stroke ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

- Ritklar, L., Wattana, C., & Kitipawong, P. (2012). Effects of a self-management program on self-management behaviors, dyspnea, activities of daily Living, and quality of life among patients with congestive heart failure. *Nursing Journal*, 39(1), 64-76. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research*. Bangkok: U & I inter media. (in Thai)
- Suwanwela, N. (2014). Stroke Epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*, 16(1), 1-7. doi:10.5853/jos.2014.16.1.1
- Thatsaeng, B., Lasuka, D., & Khampolsiri, T. (2012). Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. *Nursing Journal*, 39(4), 125-137. (in Thai)
- Wang, Y. L., Pan, Y. S., Zhao, X. Q., Wang, D., Johnston, S. C., Liu, L. P., ... investigators, T. C. (2014). Recurrent stroke was associated with poor quality of life in patients with transient ischemic attack or minor stroke: Finding from the CHANCE Trial. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 20(12), 1029-1035.
- Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, L. & Upchurch, S. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing and Health Science*, 9(2), 135-141. (in Thai)

Pain Management and Outcomes Among Patients After Thoracic or Abdominal Surgery*

การจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง*

สิรนนท์	จันทร์ชุม**	Siranun	Janchum**
วิภา	แซ่เซี่ย***	Wipa	Sae-Sia***
ประณีต	ส่งวัฒนา****	Praneed	Songwathana****

Abstract

This descriptive and correlational study aimed to examine nurses' management using clinical nursing practice guidelines (CNPG) for pain management among patients within 72 hours after thoracic or abdominal surgery. The sample was comprised of 150 patients who underwent thoracic or abdominal surgery, and 90 nurses working in one tertiary care hospital in Southern Thailand. The research instruments consisted of the CNPG questionnaire (which collected data on pain management); the Short Form of the Thai version of the Pain Intensity Questionnaire (which collected data on pain outcomes), the Pain Interference Questionnaire, and the Mobility Record. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results showed that:

1. Nurses' application of CNPG for pain management was at a good level, overall, and for each dimension.
2. Pain intensity at 24 hours after surgery was at a moderate level and had decreased to a mild level by 72 hours after surgery. Pain interference 24 hours to 72 hours after surgery was at a mild level, whereas patients' mobility increased from 24 hours after surgery through 72 hours later.
3. Pain intensity showed a positive correlation with pain interference at 48 hours after surgery ($p < .001$) and had a negative association with mobility at 72 hours after surgery ($p < .001$).

This study indicates that application of CNPG leads to good pain outcomes among patients after thoracic or abdominal surgery.

Keywords: Pain management; Pain outcomes; Post-thoracotomy; Post-abdominal surgery

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adults and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai campus

** Graduate Student of Master of Nursing Science Program in Adults and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai campus

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai campus; e-mail: wipa.sa@psu.ac.th

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai campus

Received 2 May 2022; Revised 3 July 2022; Accepted 25 August 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะ 72 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 90 ราย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง จำนวน 150 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล และแบบประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ประกอบด้วย แบบสอบถามความปวดอย่างสั้น ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการรบกวนจากอาการปวด และแบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation

ผลการศึกษา พบว่า

1. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี
2. ความรุนแรงของความปวดในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับปานกลาง และลดลงเป็นระดับเล็กน้อยในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง การรบกวนจากอาการปวดในระยะหลังผ่าตัด 24 ถึง 72 ชั่วโมงอยู่ในระดับเล็กน้อย ขณะที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัด
3. ความรุนแรงของความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ($p<.001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ($p<.001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การจัดการความปวดของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดช่วยให้เกิดผลลัพธ์การจัดการความปวดที่ดีในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง

คำสำคัญ: การจัดการความปวด ผลลัพธ์การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

**นักศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

e-mail: wipa.sa@psu.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

วันที่รับบทความ 2 พฤษภาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 3 กรกฎาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 25 สิงหาคม 2565

ความเป็นมาและความสำคัญปัญหา

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้โดยเฉพาะการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อช่วยหายใจหรือการเคลื่อนไหว เช่นกล้ามเนื้อทรวงอกหรือหน้าท้อง เป็นต้น (Saeangchai, Piyasut & Kaewkulpat, 2019) มักมีความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับสูงในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Dinic et al., 2018; Wang et al., 2017; Mesbah, Yeung, & Gao 2016) ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยถึงร้อยละ 85 มีความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับรุนแรงมาก ขณะที่ร้อยละ 40 มีความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ มีเลือดอุดตัน ท้องอืด หรือกลุ่มอาการปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ กลัว วิดกกังวล หรือนอนไม่หลับได้ (American lung Association, 2019; Mesbah et al., 2018; Shargall, & Little, 2018) ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

จากการทบทวนแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากองค์กรต่างๆในปัจจุบัน สามารถประมวลองค์ประกอบของการจัดการความปวดได้เป็น 5 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วย 2) การประเมินความปวด 3) การจัดการความปวดแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา 4) การประเมินความปวดซ้ำและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด และ 5) การประเมินผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจกรรมทั่วไป การเคลื่อนไหว การนอน และอารมณ์ทางลบของผู้ป่วย (American Lung Association, 2019; Chou et al., 2016; Royal College of Anesthesiologist of Thailand and Thai Association for the Study of Pain, 2019) ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ขนาด 900 เตียง ได้ประกาศใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดตั้งแต่ปี 2560 จนถึงปัจจุบัน เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของแนวปฏิบัติดังกล่าว พบว่าประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วย การประเมินความปวด การจัดการความปวดแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา และการประเมินความปวดซ้ำและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด อย่างไรก็ตาม การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด พยาบาลประเมินเฉพาะความรุนแรงของความปวดภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการประเมินผลลัพธ์การรบกวนความปวดต่อกิจกรรมทั่วไป การเคลื่อนไหว การนอน และอารมณ์ทางลบของผู้ป่วย และยังไม่มีการรายงานผลลัพธ์ของการจัดการความปวดที่เฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะ 72 ชั่วโมง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ในมิติความรุนแรงความปวด การรบกวนจากอาการปวด และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติของพยาบาลในตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์การจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ในมิติความรุนแรงความปวด การรบกวนจากอาการปวด และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด เป็นอย่างไร
3. ความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของโฮลซีเมอร์ (Holzemer, 1994) 2 องค์ประกอบ จาก 9 องค์ประกอบ คือองค์ประกอบด้านกระบวนการดูแลของผู้ให้บริการและ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ร่วมกับ แนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากองค์กรต่างๆในปัจจุบัน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกระบวนการดูแลของผู้ให้บริการครั้งนี้เป็นการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ที่ประกาศใช้โดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้ ตั้งแต่ ปี 2560 ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วย 2) การประเมินความปวด 3) การจัดการความปวดแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา และ 4) การประเมินความปวดซ้ำและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มองค์ประกอบที่ 5 ในเรื่อง การประเมินผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจกรรมทั่วไป การเคลื่อนไหว การนอน และอารมณ์ทางลบของผู้ป่วย จาก แนวปฏิบัติการจัดการความปวดขององค์กรต่างๆในปัจจุบัน ได้แก่ American Lung Association, (2019); Chou et al., (2016); Royal College of Anesthesiologist of Thailand และ Thai Association for the Study of Pain, (2019) เพื่อให้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น โดยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการคือผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในประเด็นความรุนแรงของความปวด การรบกวนจากอาการปวด และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคใต้ และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 3 หอผู้ป่วย ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยวิจัย มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ไม่อยู่ในระหว่างลาพักร้อน ลาคลอดบุตร ได้กลุ่มตัวอย่าง 90 ราย
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 3 หอผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งแบบเปิดและแบบส่องกล้อง ประเภทเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความเจ็บป่วย (American Society of Anesthesiologists: ASA) ระดับ 5 ขึ้นไป ซึ่งประเมินโดยวิสัญญีแพทย์ มีความปวดจากสาเหตุของโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เช่น ปวดจากโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด ต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยอภิบาลวิกฤต ภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หรือย้ายโรงพยาบาลก่อนครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane (Yamane, 1973) จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ ในปี 2562 ที่จำนวนผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทรวงอกหรือหัวใจลดลงจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 1,200 ราย กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 300 ราย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ยังคงระบาดต่อเนื่อง ทางโรงพยาบาลยังคงลดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดน้อยลงในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงมีเท่ากับ 150 ราย เพื่อป้องกันการสรุปผิดพลาดชนิดที่ 2 (type II error) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบค่าขนาดอิทธิพล (effect size) และอำนาจการทดสอบ (power analysis) พบว่าค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดและการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง .07, .27 และ .20 ตามลำดับ ส่วนอำนาจการทดสอบ (power analysis) อยู่ระหว่าง .67, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ซึ่งโดยภาพรวมพบว่าเพียงพอในการป้องกันการเกิด type II error (Polit & Beck, 2018) หลังจากนั้น ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น โดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องจากสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับพยาบาล

2. แบบสอบถามการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลที่โรงพยาบาลประกาศใช้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด 2) การประเมินความปวด 3) การบันทึกความปวด 4) เครื่องมือประเมินความปวด 5) การจัดการความปวด และ 6) ตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการความปวด มีข้อคำถามรวม 22 ข้อ คำตอบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 4 (ปฏิบัติทุกครั้ง) ผลรวมของคะแนนอยู่ระหว่าง 22 -88 คะแนน การแปลผลจะทำการแปลงคะแนนเป็นร้อยละ และแบ่งระดับการจัดการความปวดเป็น 4 ระดับ คือ ต้องปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25) พอใช้ (ร้อยละ 26-74) ปานกลาง (ร้อยละ 75-99) และระดับดี (ร้อยละ 100)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและการผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. แบบประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประกอบด้วย แบบสอบถามความปวด แบบสอบถามการรบกวนจากอาการปวด และ แบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดโดย มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสอบถามความปวดอย่างสั้นฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน (Chaudakshetrin, 2009) ที่แปลจากแบบประเมินความปวดฉบับย่อ (Brief Pain Inventory Short Form [BPI-SF]) ของ คลีแลนด์ และคณะ (Cleeland et al., 1988) ใช้ประเมินความปวดใน 2 มิติ คือ ความรุนแรงของความปวดและการรบกวนจากอาการปวด โดย

1) ความรุนแรงของความปวด ประเมินจากการสอบถามระดับความปวด โดยมีข้อคำถาม 4 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ารุนแรงมากที่สุด (worst pain) รุนแรงน้อยที่สุด (least pain) รวมถึงระดับความปวดโดยเฉลี่ย (average pain) และระดับอาการปวดที่รู้สึกในขณะนี้ถามข้อมูล (pain right now) โดยใช้มาตรวัดแบบเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale: NRS) 0 ถึง 10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด การแปลผลคะแนนความรุนแรง

ความปวด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ปวดเลย (0 คะแนน) ปวดเล็กน้อย (0.01-3.99 คะแนน) ปวดปานกลาง (4.00-6.99 คะแนน) และปวดมาก (7.00-10.0 คะแนน)

2) การรับทวนจากอาการปวด ประเมินจากการสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยว่าอาการปวดนั้นรบกวนต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ รวม 7 ด้านมากน้อยเพียงใด สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามในเรื่องการรบกวนจากอาการปวดต่อการทำงานประจำวัน ดัดแปลงเป็นการรบกวนจากอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และในเรื่องการรบกวนจากอาการปวดต่อความสุขในชีวิตประจำวัน ดัดแปลงเป็นการรบกวนจากอาการปวดต่อการไอและการหายใจแบบลึก เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกและช่องท้อง โดยใช้มาตรวัดแบบเรียงลำดับตัวเลข 0 ถึง 10 เช่นเดียวกัน การแปลผลคะแนนการรบกวนจากอาการปวดเป็น 4 ระดับ เช่นเดียวกับมิติความรุนแรงของความปวด

3.2 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด เป็นแบบบันทึกที่พัฒนาโดย ศศิวิมล เพ็งแก้ว (Pengkaew, 2015) เพื่อใช้ประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง (บนเตียง/ข้างเตียง) และการลุกเดิน โดยการนับจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหว การคิดคะแนนเป็นดังนี้ พลิกตะแคงตัว 1 ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ลุกนั่ง 1 ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) และ ลุกเดิน 1 ครั้งเท่ากับ 3 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) การเคลื่อนไหวคิดจากการรวมคะแนนทั้ง 3 กิจกรรมซึ่งมีคะแนนเต็ม 60 คะแนน หารด้วย 6 คิดเป็น 10 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมาก แบ่งการเคลื่อนไหว ออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคลื่อนไหวเลย (0 คะแนน) เคลื่อนไหวเล็กน้อย (0.01 -4.0 คะแนน) เคลื่อนไหวปานกลาง (4.01-6.0 คะแนน) และเคลื่อนไหวมาก (6.01-10.0 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล แบบสอบถามความปวดอย่างสั้น นำไปตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าแบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามความปวดอย่างสั้น มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ .98 หลังจากนั้น นำแบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล ไปตรวจสอบความเที่ยงแบบวัดซ้ำ โดยให้พยาบาล จำนวน 5 คน ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 วัน จากนั้นนำข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation) ได้เท่ากับ 1.0 และนำแบบสอบถามความปวดอย่างสั้นทั้งด้านความรุนแรงของความปวด และการรบกวนจากอาการปวด รวมทั้งแบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ไปตรวจสอบความเที่ยงแบบวัดซ้ำ กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น เท่ากับ .98, 1.0 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ 63-045-19-6) กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือการรักษาที่ได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล ใส่ซองเอกสารตามจำนวนพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 3 หอผู้ป่วย ไปมอบให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรเพื่อแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลซึ่งการทำแบบสอบถามนั้นจะไม่รบกวนเวลาการปฏิบัติงานสามารถใช้เวลาส่วนตัวในการทำแบบสอบถามได้ โดยผู้วิจัยกำหนดเวลารับแบบสอบถามคืนภายใน 5 วัน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัด 2 วัน และทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการผ่าตัด โดยการสอบถามผู้ป่วยและเก็บข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย หลังการผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามข้อมูล ดังนี้ 1) ความรุนแรงของความปวดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 2) การรบกวนจากอาการปวดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา สอบถามวันละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง ส่วนการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา
2. ข้อมูลการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล และความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนพิสัยควอไทล์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Spearman's rank correlation เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และกำหนดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ ค่าน้อยกว่า 0.30 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ระหว่าง 0.30-0.50 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง มากกว่า 0.50 มีความสัมพันธ์ระดับสูง (Cohen, 1988)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (98.90%) มีอายุเฉลี่ย 32.41 ปี (SD = 7.73) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (98.90%) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.99 ปี (SD = 8.0) เคยเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับความปวดจำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 86.60

การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลร้อยละ 77.30 มีการปฏิบัติการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดฯ โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mdn = 100, IQR = .28) และเมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การบันทึกการปวด การใช้เครื่องมือประเมินความปวด การจัดการความปวด และตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการความปวด พบว่าทุกด้านมีการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี (Mdn = 100, IQR = .00 ทุกด้าน)

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (80%) อายุเฉลี่ย 56.60 ปี (SD = 9.57) สถานภาพสมรสคู่ (79.30%) ส่วนใหญ่ (99.30%) มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยประเมินโดย ASA class อยู่ในระดับ I ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วย

แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่ได้รับยาแก้ปวดก่อนไปห้องผ่าตัดสำหรับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งปอด (17.33%) และมะเร็งท่อน้ำดีและถุงน้ำดี (17.33%) ชนิดของการผ่าตัด ร้อยละ 66 ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง และร้อยละ 44 ได้รับการผ่าตัดทรวงอก ส่วนใหญ่ (71.33%) มีระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า 1 ชั่วโมงเฉลี่ย 4.97 ชั่วโมง มีขนาดแผลผ่าตัดเฉลี่ย 17.56 เซนติเมตร (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด
(n = 150)

ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งปอด	26	17.33
มีหนองในเยื่อหุ้มปอด	25	16.66
โรคอ้วน	23	15.33
ใส่ติ่งแตก	17	11.33
มะเร็งท่อน้ำดีและถุงน้ำดี	26	17.33
มะเร็งลำไส้ใหญ่และเล็ก	25	16.66
มะเร็งต่อมลูกหมาก	8	5.36
ชนิดของการผ่าตัด		
ผ่าตัดทรวงอก	51	34
ผ่าตัดช่องท้อง	99	66
วิธีและเทคนิคการผ่าตัด		
ผ่าตัดแบบเปิดทรวงอกหรือช่องท้อง	94	62.67
ผ่าตัดปอดแบบส่องกล้อง	56	37.33
การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป	150	100.00
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
มี	0	0
ไม่มี	150	100.00
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระยะเวลาการผ่าตัด (ชั่วโมง)	4.97	2.19
(Min = 1, Max = 16)		
ขนาดแผลผ่าตัด (เซนติเมตร.)	17.56	3.43
(Min = 10, Max = 24)		

หมายเหตุ: Min = minimum, Mx = maximum

กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 72 ชั่วโมงแรก วิธีการบริหารยาระงับปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถึง 48 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ (99.3%) ได้รับการบริหารยาระงับปวดโดยผู้ป่วยควบคุมเอง (patient controlled analgesia) ส่วนการบริหารยาหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.33 ได้รับการบริหารยาด้วยยาระงับปวดเฉพาะเมื่อต้องการ สำหรับชนิดของยาระงับปวดที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับ คือ ยามอร์ฟิน (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง จำแนกตามวิธีการบริหารยาระงับปวดและชนิดของยาแก้ปวด (n = 150)

วิธีการบริหารยาระงับปวด ชนิดยาแก้ปวด	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการบริหารยาแก้ปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง - 48 ชั่วโมง		
ยาระงับปวดโดยผู้ป่วยควบคุมเอง	149	99.30
ยาระงับปวดช่องเหนือไขสันหลัง	1	.70
วิธีการบริหารยาแก้ปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง- 72 ชั่วโมง		
ยาระงับปวดช่องเหนือไขสันหลัง	1	.70
ยาระงับปวดเฉพาะเมื่อต้องการ	149	99.30
ชนิดของยาระงับปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง- 72 ชั่วโมง		
มอร์ฟีน 3-5 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง	116	77.33
เฟนทานิล 75-80 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง	34	22.67

ความรุนแรงของความปวด

กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความปวดที่รู้สึกว่ารุนแรงมากที่สุดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (Mdn = 5.0, IQR = 2.0) และลดลงเป็นระดับเล็กน้อยในระยะเวลาหลังผ่าตัดแล้ว 72 ชั่วโมง (Mdn = 3.0, IQR = 1.0) ส่วนความปวดที่รู้สึกน้อยที่สุด อาการปวดโดยเฉลี่ย และความปวดที่รู้สึกในขณะที่ยาข้อมูล หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ต่างอยู่ในระดับเล็กน้อย และลดลงจนไม่มีอาการปวดเลยในระยะเวลาหลังผ่าตัดแล้ว 72 ชั่วโมง (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่ามัธยฐานและพิสัยคลอไทล์ของความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมงแบ่งตามความรุนแรงมากที่สุด ความรุนแรงน้อยที่สุด ความปวดโดยเฉลี่ย และอาการปวดที่รู้สึกในขณะที่ยาข้อมูล (n = 150)

ความรุนแรงความปวด	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง	
	Mdn (IQR)	ระดับ	Mdn (IQR)	ระดับ	Mdn (IQR)	ระดับ
รุนแรงมากที่สุด	5.00 (2.00)	ปานกลาง	3.00 (2.00)	เล็กน้อย	3.00 (1.00)	เล็กน้อย
รุนแรงน้อยที่สุด	2.00 (3.00)	เล็กน้อย	0.00 (2.00)	ไม่ปวด	0.00 (0.00)	ไม่ปวด
ความปวดโดยเฉลี่ย	3.00 (1.00)	เล็กน้อย	2.00 (2.00)	เล็กน้อย	0.00 (2.00)	ไม่ปวด
ความปวดที่รู้สึกในขณะที่ยาข้อมูล	3.00 (1.00)	เล็กน้อย	1.00 (2.01)	เล็กน้อย	0.00 (1.00)	ไม่ปวด

หมายเหตุ: Mdn = median, IQR = interquartile range

การรบกวนจากอาการปวด

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมง อยู่ในระดับเล็กน้อย (ตาราง 4)

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรบกวนจากอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดแบ่งตามรายด้านและคะแนนรวม (n = 150)

การรบกวนจากอาการปวด ด้านที่รบกวน	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง	
	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ
กิจวัตรประจำวัน	4.63 (1.69)	ปานกลาง	3.89 (1.56)	เล็กน้อย	2.64 (2.01)	เล็กน้อย
อารมณ์	1.09 (1.36)	เล็กน้อย	0.61 (1.10)	เล็กน้อย	0.24 (0.67)	เล็กน้อย
การเดิน	2.34 (2.40)	เล็กน้อย	2.38 (2.19)	เล็กน้อย	2.61 (2.38)	เล็กน้อย
การเคลื่อนไหว	4.75 (1.60)	ปานกลาง	3.03 (2.19)	เล็กน้อย	2.49 (2.18)	เล็กน้อย
ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	0.87 (1.20)	เล็กน้อย	0.40 (0.87)	เล็กน้อย	0.18 (0.61)	เล็กน้อย
การนอนหลับ	1.12 (1.41)	เล็กน้อย	0.57 (0.99)	เล็กน้อย	0.20 (0.59)	เล็กน้อย
การโอและหายใจลึก	4.51 (1.58)	ปานกลาง	3.90 (1.46)	เล็กน้อย	2.95 (1.97)	เล็กน้อย
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.76 (1.01)	เล็กน้อย	2.11 (0.80)	เล็กน้อย	1.61 (1.14)	เล็กน้อย

หมายเหตุ: M = mean, SD = standard deviation

การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถึง 48 ชั่วโมงอยู่ระดับเล็กน้อย (M = 2.66, SD = 0.80) และ (M = 3.20, SD = 0.87) ตามลำดับ ส่วนหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง (M = 4.93, SD = 1.58) (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (n = 150)

การเคลื่อนไหว หลังผ่าตัด	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง	
	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ
พลิกตะแคงตัว	6.91 (1.90)	มาก	7.65 (1.73)	มาก	8.09 (1.70)	มาก
ลุกนั่งบนเตียง/ ข้างเดียว	8.80 (3.77)	มาก	10.39 (3.41)	มาก	11.37 (4.22)	มาก
ลุกเดิน	0.25 (1.19)	น้อย	1.18 (2.89)	น้อย	10.11(6.25)	มาก
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.66 (0.80)	น้อย	3.20 (0.87)	น้อย	4.93 (1.58)	ปานกลาง

หมายเหตุ: M = mean, SD = standard deviation

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ในระยะ 72 ชั่วโมง

อาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ตามลำดับ แต่อาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง นอกจากนี้ พบว่าอาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

ตามลำดับ แต่อาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับเล็กน้อยกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง (ตาราง 6)

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก (n = 150)

ความรุนแรงความปวด	การรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด		
	24 ชั่วโมง	48 ชั่วโมง	72 ชั่วโมง
อาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด			
24 ชั่วโมง	.09		
48 ชั่วโมง		.42**	
72 ชั่วโมง			.15
	การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด		
24 ชั่วโมง	.80		
48 ชั่วโมง		.04	
72 ชั่วโมง			-.22**

หมายเหตุ: ** $p < .001$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากฝ่ายบริการพยาบาลมีนโยบายในการกำหนด ให้พยาบาลทุกคนใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ร่วมกับการมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี จึงทำให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ลำดวน มีภาพ, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, และ นงลักษณ์ เมธากาญจนาศักดิ์ (Meepap, Methakanjanasak, & Saensom, 2017) ที่พบว่าพยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตสม่ำเสมอ ทำให้ผลการศึกษา พบว่าความรุนแรงของความปวดลดลงในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาล ร้อยละ 93.3 ได้ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด 1-3 ครั้งต่อปี จึงอาจทำให้มีความรู้ ทักษะที่ดีในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับ

ผลลัพธ์การจัดการความปวด

ผู้วิจัยอภิปรายผลลัพธ์การจัดการความปวดตามมิติดังนี้ คือ ความรุนแรงความปวด การรบกวนจากอาการปวด และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

ความรุนแรงของความปวด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของความปวดในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลมีประสิทธิภาพดังที่กล่าวมาแล้ว ร่วมกับการจัดการความปวดแบบใช้ยาเพียงพอ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยร้อยละ 99.3 ได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์แบบการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง (patient controlled analgesic: PCA) ใน 24 ชั่วโมงแรก ถึง 48 ชั่วโมงแรก จึงทำให้ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวดที่เหมาะสมและเพียงพอ นอกจากนี้ ในการศึกษา

ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 เป็นเพศชาย ซึ่งมีขีดความอดทนต่อความปวด (pain threshold) สูงกว่าเพศหญิง (Akhami, Mendpara, Palan, & Harsoda, 2014) จึงทำให้ความรุนแรงของความปวดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและลดลงเป็นระดับเล็กน้อยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง นอกจากนี้ แนวแผลผ่าตัดแนวขวางก็ส่งผลต่อความรุนแรงของความปวดน้อยกว่าแผลผ่าตัดแนวตั้ง โดยพบว่า เส้นประสาทที่ได้รับความรู้สึกปวดจากอวัยวะในช่องท้องจะส่งไปยังไขสันหลังที่อยู่แนวกลางของลำตัว ทำให้ผู้ป่วยมักบอกว่าปวดบริเวณแนวกลางลำตัวมากกว่า (Steven & Peter, 2005) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะแผลผ่าตัดตามแนวขวาง จึงทำให้ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างแนวตั้งและแนวขวาง พบว่ามารดาที่มีแผลผ่าตัดแนวขวางจะมีความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงต่ำกว่ามารดาที่มีแผลผ่าตัดแนวตั้ง (Suwannarurk et al., 2017) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมากกว่าผ่าตัดทรวงอก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะแผลผ่าตัดตามแนวขวาง จึงทำให้ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย

การบรรเทาอาการปวด

การที่ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย ส่งผลให้การบรรเทาอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อยเช่นกัน นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน ระยะ 72 ชั่วโมงแรก ที่เป็นเช่นนั้น เพราะกลุ่มตัวอย่าง มี ASA class I และพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวตั้งแต่หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะการลุกนั่งข้างเตียง ทำให้ช่วงลดอาการท้องอืด ส่งผลให้ลดการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก และเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังบริเวณแผลผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อการหายของแผลผ่าตัด (Theoret, 2017) จึงทำให้การบรรเทาอาการปวดน้อยลงได้เช่นกัน

การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้นนับตั้งแต่หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จนถึงหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง โดยเฉพาะในเรื่องการลุกนั่งบนเตียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทำได้เร็วกว่าการพลิกตะแคงตัว และการลุกเดินเป็นเพราะว่าความรุนแรงของความปวดและการบรรเทาอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเคลื่อนไหวโดยการลุกนั่งบนเตียง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ง่าย นอกจากนี้ พยาบาลมีส่วนช่วยส่งเสริมกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเคลื่อนไหว โดยเริ่มจาก การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียงและข้างเตียง และการลุกเดิน ซึ่งเริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายไปยาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยเร็วในผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง พบว่าการเริ่มเคลื่อนไหวจากกิจกรรมง่ายไปยาก ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจกรรม และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ในระดับมาก (Longwet, Srimoragot, Danaidutsadeekun, & Airamaneera, 2020)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดกับการบรรเทาอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่าความรู้สึกปวดที่มากที่สุด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ไม่มีความสัมพันธ์กับการบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างยังมีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม ร่วมกับในระยะหลังผ่าตัด 24 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.3 ได้ยาระงับปวดโดยผู้ป่วยควบคุมเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงจากฤทธิ์ของยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ทำให้ไม่มีกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับการบรรเทาอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้สึกปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงอยู่ในระดับเล็กน้อย เนื่องจากได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอ และแผลผ่าตัดเริ่มมีกระบวนการหายตามระยะเวลา

จึงไม่รบกวนต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ส่วนความรู้สึกปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นการฟื้นฟูหลังผ่าตัดจากพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมมากขึ้น จึงทำให้รู้สึกว่าการรบกวนจากอาการปวด และยังพบว่าความรู้สึกปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย จึงทำให้สามารถเคลื่อนไหวตนเองในการพลิกตะแคงตัว ลูกนั่งและลุกเดินได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่พบว่าความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการรบกวนจากอาการปวด ในเรื่องการหายใจลึก การไอ และการทำกิจกรรมทางกายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง แต่การศึกษาดังกล่าวไม่ได้ศึกษาหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมง (Ögüt & Dağ, 2019) จึงไม่มีข้อมูลอ้างอิงในระยะเวลาดังกล่าว

สรุปผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องมีความรุนแรงของความปวดและการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย และพบว่าความรู้สึกปวดมากที่สุดมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงและมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล ไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และควรประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. ควรศึกษาการปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องของพยาบาลโดยใช้วิธีการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลร่วมกับการใช้แบบสอบถาม
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบการจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปวดแยกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอก หรือระหว่างกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

References

- Akhani, P., Mendpara, S., Palan, B., & Harsoda, J. (2014). Gender differences in response to experimental pain among medical students from a Western State of India. *The International Journal of Medical Students*, 2(1), 13-17.
- American Lung Association. (2019). *Complication after thoracotomy*. Retrieved from <https://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-procedures-and-tests/thoracotomy.html>
- Chaudakshetrin, P. (2009). Validation of the Thai version of brief pain inventory (BPI-T) in cancer patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 19(2), 34-40. (in Thai)

- Cleeland, C. S., Ladinsky, J. L., Serlin, R. C., & Nugyen, C. T. (1988). Multidimensional measurement of cancer pain: Comparisons of US and Vietnamese patients. *Journal of Pain Symptom Management*, 3, 23-27.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ... Wu, L. C. (2016). Guideline of management of postoperative pain. *The Journal of Pain*, 17(2), 131-157.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic.
- Dinic, V. D., Stojanovic, M. D., Markovic, D., Cvetanovic, V., Vukovic, A. Z., & Jankovic, R. J. (2018). Enhanced recovery in thoracic surgery: A review. *Frontiers in Medicine*, 5(14), 2-7. doi: 10.3389/fmed.2018.00014
- Holzemer, W. L. (1994). The impact of nursing care in Latin America and the Caribbean: A focus on outcomes. *Journal of Advance Nursing*, 20(1), 5-12.
- Longwet, O., Srimoragot, P., Danaidutsadeekun, S., Airmaneera, C. (2020). Impact of early rehabilitation programme on post-open abdominal surgery gastrointestinal patients' ability to perform activities of daily living. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(2), 32-51. (in Thai)
- Meepap, L., Methakanjanasak, N., & Saensom, D. (2017). Clinical nursing practice guideline for acute pain management in critically ill patients. *Srinagarind Medical Journal*, 32(6), 561-570. (in Thai)
- Mesbah, A., Yeung, J., & Gao, F. (2016). Pain after thoracotomy. *British Journal of Anaesthesia Education*, 11(1), 1-7. doi:10.1093/bjaceaccp/mkv005
- Öğüt, S., & Dağ, G. S. (2019). Pain characteristics and pain interference among patients undergoing open cardiac surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34 (4), 757-766.
- Pengkaew, S. (2015). *Effects of foot reflexology on abdominal distention and postoperative recovery in elderly patients with abdominal surgery* (Master's thesis, Prince of Songkla University). Retrieved from <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9983> (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9 th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Royal College of Anesthesiologist of Thailand and Thai Association for the Study of Pain. (2019). *Clinical guidance for acute postoperative pain management*. Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Saeangchai, J., Piyasut, C., Kaewkulpat, S. (2019). Multimodal pain management: Goal setting for postoperative pain. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(2), 161-171. (in Thai)
- Sawangchai, J., & Ngamkham, S. (2017). Postoperative pain in patients after abdominal surgery at Sawanpracharak Hospital. *Journal of Health Science Research*, 11 (Suppl 1), 1-10. (in Thai)

- Shargall, Y., & Little, V. R. (2018). European perspectives in Thoracic Surgery, the ESTS venous thromboembolism (VTE) working group. *Journal of Thoracic Disease*, 10(8), 963–968. doi: 10.21037/jtd.2018.04.70
- Steven, B., & Peter, G. (2005). Transverse versus midline incisions for abdominal surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online). 19. CD005199. doi:10.1002/14651858.CD005199.pub2
- Suwannarurk, K., Kasemsin, P., Pongrojpraw, D., Chanthasenont, A., Lertvutivivat, S., Pattaraarchachai, J., & Bhamarapratana, K. (2017). Post-cesarean pain associated with skin incision: Vertical versus pfannenstiel. *Journal of Medical Association of Thailand*, 100 (Suppl. 5), S162-S167
- Theoret, C. (2017). Physiology of wound healing in C. Theoret & J. Schumacher (Eds.), *Equine Wound Management* (3 rd ed). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wang, H., Li, S., Liang, N., Lui, W., Lui, H., & Lui, H. (2017). Postoperative pain experiences in Chinese adult patients after thoracotomy and video-assisted thoracic surgery. *Journal Critical of Nursing*, 26(17), 2744-2754. doi: 10.1111/jocn.13789
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3 rd ed). New York: Harper & Row.



Effects of Experiential Learning on Knowledge, Screening, and Advice Regarding Opisthorchiasis Among Village Health Volunteers*

ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*

ณัฐธิดา	ท้าวนิล**	Nattida	Tawnil**
เดชา	ทำดี***	Decha	Tamdee ***
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***

Abstract

This quasi-experimental research study aimed to investigate the effects of experiential learning on knowledge, screening practices, and advice regarding opisthorchiasis among village health volunteers. The sample consisted of 23 village health volunteers at Thawangtan Health Promoting Hospital, Saraphi district, Chiang Mai province, and random sampling was used. The research instruments consisted of: 1) the experiential learning package of knowledge, screening practices, and advice regarding opisthorchiasis; 2) a personal information questionnaire; 3) a questionnaire on knowledge, screening and advice regarding opisthorchiasis; 4) a screening practice observation form; and 5) an observation form for advice regarding practice related to opisthorchiasis. The research instruments were tested for content validity and reliability. Data were analyzed by descriptive statistics and Fisher's exact probability test.

The results showed that, following participation in the experiential learning program, the levels of knowledge among village health volunteers were statistically significantly higher than before participation ($p = .027$), and the levels of screening and advice practices for opisthorchiasis were statistically significantly higher than before participation in the program ($p < .001$).

This study showed that the experiential learning program can improve knowledge, screening practices, and advice regarding opisthorchiasis among village health volunteers. Therefore, it should be used to enhance the capacity development of village health volunteers.

Key words: Experiential learning, Opisthorchiasis, Screening, Advice for opisthorchiasis, Village health volunteers

* 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: dragoon.nookker@gmail.com

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

Received 19 July 2019; Revised 30 August 2019; Accepted 20 September 2019



บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 23 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) ชุดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบสอบถามความรู้ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) แบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 5) แบบสังเกตการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Fisher's exact probability test

ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .027$) และระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถเพิ่มความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ดังนั้นรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง การให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับพบครั้งแรกในประเทศไทยที่จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการตรวจพบจากซากศพ (Leiper, 1911) พบเป็นชนิด *O.viverrini* (Wykoff, 1965) ประเทศไทย พบอัตราการป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับปี พ.ศ. 2549 - 2553 เท่ากับ 0.73, 0.98, 0.56, 0.47 และ 1.25 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น (Kaewphitun et al., 2011) สถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2558 พบอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ 1.10 ต่อประชากรแสนคน (Health Information Mission Group, 2016) ซึ่งโรคพยาธิใบไม้ตับถูกระบุให้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (IARC, 1994) สัมพันธ์กับสถานการณ์ของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราการป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 73.73 ต่อประชากรแสนคน โดยพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 100.86 และภาคเหนือ 97.28 ต่อประชากรแสนคน (Health Information Mission Group, 2016) และข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ 436 ราย เป็นเพศชาย 342 ราย และเพศหญิง 121 ราย (Information Technology Division National Cancer Institute, 2018) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบ (Yotsapanya, Saithakham, Chanmaha, & Thaewnonngio, 2015) การใช้ยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ (Saengsawang, Promthet, & Bradshaw, 2013) และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ๆ เป็นอีกปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (Poomphakwaen et al., 2009) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการเรียนรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหลายการศึกษาซึ่งได้ผลดี แต่อุปสรรคของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังเกิดอย่างต่อเนื่อง

จากสถานการณ์โรคที่ได้กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่าปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาทางสาธารณสุขมายาวนาน จึงได้มีการจัดการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (National Assembly for Health 7, 2014) ดำเนินงานใน 27 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคตะวันออก ในส่วนการดำเนินงานของภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่เป็นหนึ่งในจังหวัดที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามแผนยุทธศาสตร์ จากการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี พบปัญหาในการดำเนินการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับเนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ จึงอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการค้นหาผู้เข้ารับการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยก่อนปฏิบัติงาน อสม. จะได้รับการอบรมให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับก่อนไปปฏิบัติงานจริง ผลการดำเนินงานของ อสม. พบว่ามีจำนวนผู้ที่เข้ามารับการคัดกรองไม่เป็นไปตามจำนวนเป้าหมายที่ต้องการ นอกจากนี้ยังพบว่า ในจำนวน 221 ราย มีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1 ราย ซึ่งถ้าหากว่ามีจำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองมากกว่านี้ อาจจะทำให้พบผู้ติดเชื้อมากขึ้นได้ โดยจากการศึกษานำร่องในกลุ่ม อสม. จำนวน 10 ราย พบว่ามีคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 73 และในการอบรมความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีการวัดคะแนนก่อนและหลังเข้าอบรม พบว่า อสม. มีความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักระหว่างก่อนและหลังการอบรม ซึ่งอาจจะมาจากรูปแบบการเรียนรู้ไม่เหมาะสมกับกลุ่ม อสม. ดังนั้นจึงควรส่งเสริมความรู้ และทักษะการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา ความรู้ที่มีอยู่เดิมของ อสม. หากนำมาสะท้อนคิดและอภิปราย สรุปเป็นความคิดรวบยอด และนำไปทดลองปฏิบัติจริง อาจส่งผลให้การคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่นำประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาใช้พัฒนาผู้เรียนให้เกิดความรู้ ทักษะคิด และทักษะจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน (Ruenkham, 2007; Meathip, Tamdee, & Puttharakkun, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาที่นำการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ไป



ใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนความรู้ และระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (Meathip et al., 2016) เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการนำไปใช้ในกลุ่มอาสาสมัครผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิงเชียงใหม่ในการศึกษาความรู้ ทักษะ และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า มีการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Wicha, 2013) และการศึกษาในกลุ่มสมาชิกในครอบครัวต่อความรู้ และการปฏิบัติการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pramoosin, 2017) จะเห็นได้ว่า ผลการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ได้ถูกนำไปใช้ในกระบวนการเรียนรู้หลากหลายกลุ่ม ซึ่งสามารถพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เรียนได้ แต่ยังไม่พบในการนำการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ไปใช้พัฒนาศักยภาพ อสม. ในเรื่องการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ประชาชน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการดำเนินงานผ่าน อสม.ที่มีประสบการณ์คัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับให้มีความรู้และทักษะที่เพียงพอ จึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวรวมถึงการไปคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้การเข้าถึงการคัดกรองของประชาชนเพิ่มขึ้น เป็นการป้องกันอุบัติการณ์การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

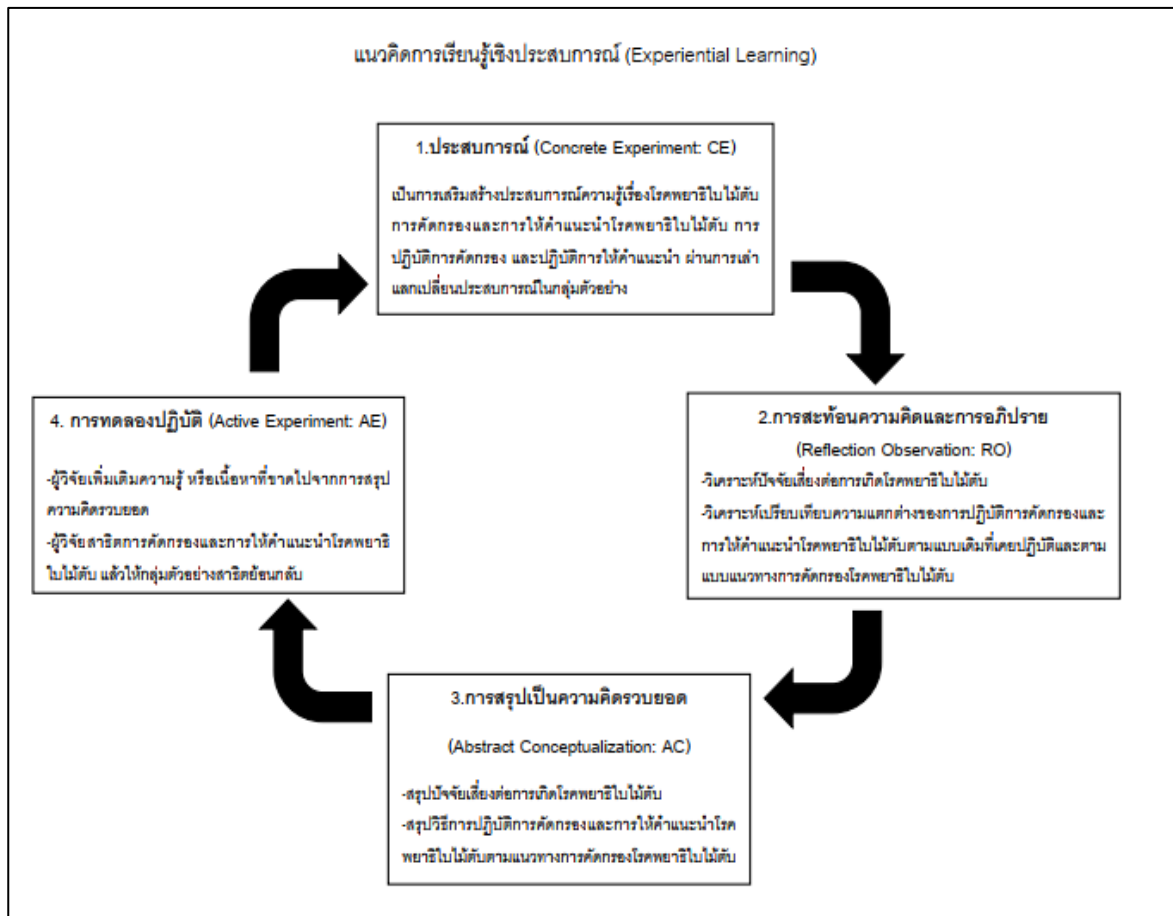
เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
2. ภายหลังเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ของโคลบ์ (Kolb, 1984) เป็นการเรียนรู้มุ่งเน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาพัฒนาต่อยอดความรู้ มีองค์ประกอบหลัก 4 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์ นำประสบการณ์เดิมที่เคยมีออกมาใช้ในการเรียนรู้ 2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย กระบวนการคิดวิเคราะห์ช่วยทำให้เกิดความรู้ที่เปิดกว้างและได้ข้อสรุปที่หลากหลาย 3) ความคิดรวบยอด เป็นการสรุปหลักความคิดที่ได้จากการเรียนรู้ขั้นที่แล้วมา และ 4) การทดลองปฏิบัติ เป็นการนำความรู้ไปสู่การประยุกต์ใช้จริง ตามแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวทางการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดซ้ำกลุ่มเดียว (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าวังตาล อำเภอสรรค จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 148 ราย

กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดจากการประเมินค่าโดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ 0.80 และคำนวณ effect size จากการศึกษามีลักษณะใกล้เคียง ของ นิดา มีทิพย์ และคณะ (Meathip et al., 2016) เรื่องผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ค่า effect size = 1.45 จึงได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.6 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลางสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ ได้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 ราย (Burns & Grove, 2009) และคำนวณเพื่อป้องกันการขาดหายไปของการมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (20% dropout rate) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24 ราย

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคัดกรองโรคพยาธิ-

ใบไม้ตับมาก่อน และอยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัด เชียงใหม่ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทย ยินดีเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตลอดการวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย มีกลุ่ม ตัวอย่างมารับฟังการชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย 24 ราย ในจำนวนนี้มี 1 ราย ไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีผู้เข้าร่วมจำนวน 23 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับการอบรมความรู้ ประสบการณ์ในเรื่องการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับของนโยบายแผน ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ชุดย่อย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามที่ตรงกับ ความคิดเห็นที่สุดคือ “ถูก” หรือ “ผิด” เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกจะได้เท่ากับ 1 ตอบผิดจะไม่ได้คะแนน แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพยาธิ ใบไม้ตับ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.98, 0.96 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นนำมา ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้กับอสม.ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อทดสอบ หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richarson ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 โดยแบ่งเป็น แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าเท่ากับ 0.76 ความรู้เรื่องการคัดกรอง ได้ค่าเท่ากับ 0.82 และ ความรู้เรื่องการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าเท่ากับ 0.86

1.3 แบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการคัดกรอง โรคพยาธิใบไม้ตับของนโยบายแผนยุทธศาสตร์ จำนวน 10 ข้อ การแปลผลการปฏิบัติ แบ่งตามอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติระดับดี การปฏิบัติระดับปานกลาง และการปฏิบัติระดับต่ำ (Meathip et al., 2016) โดย ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการปฏิบัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการปฏิบัติให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ 1 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไป ทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ภายใต้การดูแลของ รพ.สต. ยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยทดลองสังเกตพร้อมกับพยาบาลเชี่ยวชาญ 1 ท่าน โดยการกระทำพร้อม ๆ กัน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 1

1.4 แบบสังเกตการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการคัด กรองโรคพยาธิใบไม้ตับของนโยบายแผนยุทธศาสตร์ จำนวน 10 ข้อ การแปลผลการปฏิบัติ แบ่งตามอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติระดับดี การปฏิบัติระดับปานกลาง และการปฏิบัติระดับต่ำ (Meathip et al., 2016) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการปฏิบัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการปฏิบัติให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพยาธิ ใบไม้ตับ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ 1 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อน



นำไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ภายใต้การดูแลของ รพ.สต. ยางนึ่ง อำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยทดลองสังเกตพร้อมทั้งพยาบาลเชี่ยวชาญ 1 ท่าน โดยการกระทำพร้อม ๆ กัน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ชุดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามแนวคิดของ โคลบ (Kolb, 1984) โดยให้นำเอาประสบการณ์เดิมที่เคยมีเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมาใช้ในการเรียนรู้ การสะท้อนคิดและวิเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่เป็ดกว้าง หลากหลาย การสรุปรวบยอดเป็นหลักความคิด และการนำไปทดลองปฏิบัติจริงเกี่ยวกับความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 1) แผนการสอน ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในการเรียนรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ และใช้ระยะเวลาในฝึกการปฏิบัติ 3 สัปดาห์ 2) สื่อการสอน 3) แนวทางการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 4) คู่มือความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการตามแผนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ครั้งที่ 1 (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วม และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับครั้งที่1 (Pre-test) ใช้ระยะเวลา 20 นาที

3. แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน โดยให้แต่ละกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มในประเด็นที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่ ทั้งหมด 12 คู่ สลับกันสาธิตการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างตามแบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ระยะเวลา 40 นาที

4. กิจกรรมเรียนรู้ตามแผนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ครั้งที่ 1 (ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) ผู้วิจัยสอบถามการรับทราบปลาน้ำจืดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3-4 คนเพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่ขั้นตอนการเรียนรู้ ใช้ระยะเวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 1 ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ดำเนินการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยเพิ่มเติมเนื้อหาส่วนที่ขาดด้วยการบรรยายประกอบสไลด์และการเปิดวิดีโอเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับพร้อมกับมอบคู่มือความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ใช้ระยะเวลา 55 นาที

กิจกรรมที่ 2 การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ดำเนินการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น พร้อมกับบรรยายเนื้อหาเพิ่มเติมโดยใช้สไลด์บรรยายความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ระยะเวลา 45 นาที

ในกิจกรรมที่ 1 และ 2 การเรียนรู้ตามขั้นตอนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นประสบการณ์ กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง 2) ขั้นการสะท้อนคิดและการอภิปราย ช่วยกันวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดขึ้นกับกรณีศึกษา 3) ขั้นสรุปความคิดรวบยอด กลุ่มตัวอย่าง



ช่วยกันสรุปปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 4) ขั้นตอนการทดลองปฏิบัติ/ประยุกต์แนวคิด จัดการเรียนรู้ให้มีการสาธิตปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ แสดงบทบาทสมมติการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความเข้าใจมากขึ้น

5. ผู้วิจัยทำการนัดหมายการเข้าร่วมในครั้งถัดไปแก่กลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการตามแผนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ครั้งที่ 2 (ใช้ระยะเวลารวม 90 นาที)

1. ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาความรู้จากสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที

2. กิจกรรมการเรียนรู้ตามแผนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ครั้งที่ 2 (ใช้ระยะเวลา 70 นาที)

กิจกรรมที่ 1 การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ดำเนินการตามแผนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นประสบการณ์ กลุ่มตัวอย่างออกมาสาธิตการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับตามแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องแก่กลุ่มตัวอย่าง 2) ขั้นตอนการสะท้อนความคิดและอภิปราย กลุ่มตัวอย่างช่วยกันวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติการคัดกรองและให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับตามแบบเดิม และตามแนวทางการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) ขั้นตอนการสรุปความคิดรวบยอด กลุ่มตัวอย่างช่วยกันสรุปความแตกต่างของการปฏิบัติการคัดกรองและให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับตามแบบเดิม และตามแนวทางการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 4) ขั้นตอนการทดลองปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจับคู่ปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. ผู้วิจัยนัดหมายการเข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนการฝึกปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ (ใช้ระยะเวลา 10 นาที)

สัปดาห์ที่ 3 – 5 ฝึกปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่างผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงานที่ รพ.สต.ท่าวังตาล เพื่อฝึกปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใน 1 วันจะมีกลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติงาน 2 คน ระยะเวลาการฝึกปฏิบัติงานทั้งหมด 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดูแลการฝึกปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 6 – 7 ประเมินหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (Post-test) เพื่อประเมินความรู้หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้แบบสอบถามความรู้

2. ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงพื้นที่ปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำ มีผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 8 การรวบรวมข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนจะนำไปวิเคราะห์ผลด้วยวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 058/2019 ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างทุกคนโดยการแนะนำตนเองต่อกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย วิธีรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมในการวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยใช้สถิติ Fisher's exact probability test
3. เปรียบเทียบระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยใช้สถิติ Fisher's exact probability test

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของ อสม. พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.70 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.78 (SD = 8.69) ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 39.10 มีรายได้เฉลี่ย 7,873.91 บาทต่อเดือน (SD = 5620.11) มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 52.20 อสม.ทุกคนได้รับการอบรมฟื้นฟูเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุก 1 ปี ร้อยละ 100 และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.ส่วนมากอยู่ในระยะเวลา มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.10 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.96 (SD = 8.12) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 23)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	1	4.30
	หญิง	22	95.70
อายุ (ปี)	41- 50 ปี	7	30.40
	51 – 60 ปี	10	43.50
	มากกว่า 60 ปี	6	26.10
	อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	54.78	(8.69)
อาชีพ	แม่บ้าน	9	39.10
	รับจ้างทั่วไป	8	34.80
	ค้าขาย	5	21.70
	เกษตรกร	1	4.30



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 23) ต่อ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	9	39.10
10,001 – 20,000 บาท	2	8.70
20,001 – 30,000 บาท	2	8.70
รายได้เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	7,873.91	(5,620.11)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	26.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	17.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	52.20
อนุปริญญา	1	4.30
การได้รับการอบรมฟื้นฟูเกี่ยวกับบทบาทของอสม.		
ทุก 1 ปี	23	100.00
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.		
1-5 ปี	3	13.00
6-10 ปี	4	17.40
11-15 ปี	5	21.70
16-20 ปี	5	21.70
มากกว่า 20 ปี	6	26.10
ระยะเวลาเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	14.96	(8.12)

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ
ของ อสม. ก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดี ร้อยละ 87.00 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 13 และหลังเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. เพิ่มขึ้นในระดับสูง ร้อยละ 95.70 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 4.30 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .027$) (ดังตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (n = 23)

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับดี (คะแนน 21 - 30)	20	87.00	22	95.70	.027
ระดับปานกลาง (คะแนน 11 - 20)	3	13.00	1	4.30	
ระดับต่ำ (คะแนน 0 - 10)	0	0	0	0	

ระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม.ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับของอสม.ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.90 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 39.10 และหลังเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของอสม. เพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ร้อยละ 87.00 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 13.00 ซึ่งสูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (n = 23)

ระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับดี (คะแนน 13.34 - 20)	0	0	20	87.00	< .001
ระดับปานกลาง (คะแนน 6.67 - 13.33)	9	39.10	3	13.00	
ระดับต่ำ (คะแนน 0 - 6.66)	14	60.90	0	0	

ระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของอสม. ก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์การปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ทุกคนอยู่ในมีระดับต่ำ(ร้อยละ 100) หลังเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์การปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของอสม.เพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ร้อยละ 95.70 และรองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 4.30 ดีกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ดังตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (n = 23)

ระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับดี (คะแนน 13.34 – 20)	0	0	22	95.70	.001
ระดับปานกลาง (คะแนน 6.67 – 13.33)	0	0	1	4.30	
ระดับต่ำ (คะแนน 0 – 6.66)	23	100.00	0	0	

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ มีระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เนื่องมาจากผลของกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ โคลบ (Kolb, 1984) เป็นการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลให้แก่สมาชิกในกลุ่มรับฟังเรื่องราวทั้งของตนเองและผู้อื่น ทำให้ได้ความรู้เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้ใช้คำถามกระตุ้นให้อสม.ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นประสบการณ์และความรู้เดิมจากการปฏิบัติงานในพื้นที่ จากการร่วมกันสะท้อนความคิดและร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับกับกรณีศึกษา ทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลายและทำให้มีการพัฒนาความรู้ได้ดีขึ้น จากนั้นทำการสรุปเนื้อหาเป็นหลักความคิด แล้วจับคู่การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยยืนยันตามผลการศึกษาของ นิดา มีทิพย์ และคณะ (Meathip et al., 2016) ที่นำทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มาใช้ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดรูปแบบการเรียนรู้ตามองค์ประกอบการเรียนรู้ประสบการณ์ 4 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรู้ในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่จัดรูปแบบการเรียนรู้ให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ผ่านการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 50 ปีขึ้นไป จึงมีประสบการณ์ในการทำงานมานาน สามารถแสดงความคิดเห็นและสะท้อนคิดได้หลากหลาย ส่งผลให้มีการสรุปความคิดรวบยอด พัฒนาความรู้และทัศนคติได้กว้างขึ้น ถึงแม้ว่าการประเมินการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น ทำโดยการสังเกตของผู้วิจัยเพียงคนเดียว แต่ในกิจกรรมการเรียนรู้ได้มีการจัดการสาธิตปฏิบัติ และการสาธิตย้อนกลับ ขั้นตอนการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีช่วงระยะเวลาให้กลุ่มตัวอย่างสลับหมุนเวียนกันไปฝึกปฏิบัติจริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการสาธิตให้ได้เห็นและได้ปฏิบัติ เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้เกิดทักษะ โดยประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นเรียนรู้ว่าทักษะนั้น ๆ มีวิธีการทำหรือ



ฝึกฝนอย่างไร และชั้นลงมือกระทำ เปิดโอกาสให้ได้ลองปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้มาจากชั้นแรก (Department of mental health ministry of public health, 2000) เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ นิดา มีทิพย์ และคณะ (Meathip et al., 2016) ที่ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านการปฏิบัติการคัดกรองและให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง ที่จัดการเรียนรู้ให้มีการสาธิต และปฏิบัติจริงในพื้นที่ ทำให้สามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติการคัดกรองและให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงได้ และเป็นไปในทางเดียวกับผลการศึกษาของ นิศมา แสนศรี, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, และ อะเคื้อ อุณหเลขกะ (Sansri, Lertwatthanawilat, & Unahalekhaka, 2015) ที่นำทฤษฎีนี้ไปจัดรูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบบมุ่งเป้าให้มีการลงมือปฏิบัติจริง พบว่ามีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการนำรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ที่จัดให้มีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และปฏิบัติจริงไปใช้พัฒนาทักษะจัดอาหารในกลุ่มสมาชิกครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Pramoosin, 2017) ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มสมาชิกครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการจัดอาหารสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ชุดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาต่อยอดความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน
2. กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบบริการสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ ตามประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทดลองแบบ 1 กลุ่มการทดลอง ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรจะมีการทดลองแบบกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามประสิทธิผลของการศึกษาในระยะยาว เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของผลการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

References

- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2000). *Handbook of participatory training*. Nonthaburi: Wongkamon Productions. (in Thai)
- Health Information Mission Group. (2016). *Public health statistics 2015. Strategy and Planning Division Ministry of Public Health Office*. Retrieved from <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/175>. (in Thai)
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. (1994). Schistosomes, Liver Flukes and *Helicobacter pylori*. *IARC Monographs on The Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, 61, 1-241. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK487782/>



- Information Technology Division National Cancer Institute. (2018). *Cancer registration at the hospital level year 2017*. Bangkok: Pornsap Printing. (in Thai)
- Kaewphitun, N., Sathapolratchapoom, A., Kaewphitun, S., Rattanasarong, W., Ngamnuan, A., & Ruchirakun, R. (2011). Epidemiology of liver fluke in Thailand. *Srinagarind Medical Journal*, 26 (Suppl), 133.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Leiper, R. T. (1911). Notes of the occurrence of parasites presumably rare in man. *Journal of The London School of Tropical Medicine*, 1(1), 16–19.
- Meathip, N., Tamdee, D., & Puttharakkun, P. (2016). Effects of experiential learning on knowledge and screening practice and advice for hypertension among village health volunteers, *Nursing Journal*, 43(5). 104–115. (in Thai)
- National Assembly for Health 7. (2014). *Removal of liver fluke and bile duct cancer in people*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1057720201009062730.pdf>
- Pramoosin, O. (2017). *Effects of participatory learning of family members on knowledge and practice in dietary for older persons with uncontrollable hypertension* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Poomphakwaen, K., Promthet, S., Kamsa-ard, S., Vatanasapt, P., Chaveepojnkamjorn, W., Klaewkla, J., ... Pichainarong, N. (2009). Risk factors for cholangiocarcinoma in Khon Kaen, Thailand: A nested case-control study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 10(2), 251–258.
- Ruenkham, R. (2007). *The effect of the participatory learning program on knowledge, attitude and skill self-examination of women of the public health volunteers* (Unpublished master's thesis). Naresuan University, Thailand. (in Thai)
- Saengsawang, P., Promthet, S., & Bradshaw, P. (2013). Infection with *Opisthorchis viverrini* and use of Praziquantel among a working-age population in northeast Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(5), 2963–2966. doi.org/10.7314/apjcp.2013.14.5.2963
- Sansri, N., Lertwatthanawilat, W., & Unahalekhaka, A. (2015). Effect of experiential learning on efficiency of targeted hospital associated infection surveillance among infection control ward nurses. *Nursing Journal*, 42 (4). 36–47. (in Thai)
- Wicha, P. (2013). *Effectiveness of using participatory learning program on breast examination self-breastfeeding in prison inmates in Chiang Mai Woman Correctional Institution*. (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Wykoff, D. A., Harinasuta, C., Juttijudata, P., & Winn, M. M. (1965). *Opisthorchis viverrini* in Thailand – The life cycle and comparison with *O. felinus*. *The Journal of Parasitology*, 51(2), 207–214.



Yotsapanya, A., Saithakham, S., Chanmaha, B., & Thaewnonngio, K. (2015). Prevalence and factors affecting the occurrence of liver fluke disease in Loei Province, 2013. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control, Khon Kaen Province*, 22(1), 28-38. (in Thai)



Effects of a Self-management Program on Medication Adherence and Blood Pressure Level Among Persons with Hypertension in a Community*

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
และระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน*

วรังกนา	ไชยวรรณ**	Warangkana	Chaiwan**
รังสียา	นารินทร์***	Rangsiya	Narin***
วิลาวณย์	เตือนราษฎร์****	Wilawan	Tuanrat****

Abstract

This study examined the effects of a self-management program on medication adherence scores and blood pressure levels among people with hypertension in a community. It was a two-group quasi-experimental study with a pretest-posttest design. The objectives of the study were to compare medication adherence scores and blood pressure levels of people in a community. The sample group consisted of 48 people with hypertension, aged 35 to 59 years, who were equally divided with 24 people each in the experimental group and control group. The study was conducted in Sri Bua Ban Subdistrict, Muang District, Lamphun Province. The experimental group received the self-management program for 8 weeks. The program was developed by the researcher by applying the self-management concept (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991), and included 3 steps: 1) self-monitoring, 2) self-evaluation, and 3) self-reinforcement. The control group received standard care. Data were collected using a demographic questionnaire and a medication adherence scale (in Thai) with a CVI of .96 and a reliability coefficient value of .98. Data on medication adherence scores were analyzed using the paired sample t-test and t-test for the independent sample. Blood pressure levels were analyzed by the Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks test and the Mann-Whitney U test.

The results revealed that the experimental group who received the self-management program for 8 weeks had average medication adherence scores which were higher than before receiving the self-management program with statistical significance ($p < 0.05$) and higher than the control group who received regular nursing care with statistical significance ($p < 0.05$). It was found that the experimental group had lower mean blood pressure levels than before receiving the self-management program with statistical significance ($p < 0.05$) and less than those of the control group, but there was no statistical significance ($p > 0.05$). After receiving the self-management program, the experimental group had a difference in mean change of blood pressure levels which was lower than the control group with statistical significance ($p < 0.05$).

The results of this research will be beneficial to community nurse practitioners and health care teams who can use them as guidelines for promoting self-management of people with hypertension in the community. Together with telephone follow-up and home visits, they can educate people to build an understanding of hypertension and how to take the right type of antihypertensive medications at the right dose and the right time, continuously and regularly, and be able to properly manage adverse drug reactions to effectively reduce blood pressure levels.

Keywords: Self-management; Medical adherence; Hypertension in community

* 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: schaiwan47@gmail.com

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

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

Received 17 February 2022; Revised 28 May 2022; Accepted 20 June 2022



บทคัดย่อ

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ถึง 59 ปี จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย ศึกษาในพื้นที่ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concept) ของ แคนเฟอร์ และ เกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale in Thais) ที่มีดัชนีความตรงของเนื้อหา .96 และ ดัชนีความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยสถิติ Paired Sample t-test และ t-test for independent sample และระดับความดันโลหิตโดยสถิติ the Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks test และ the Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และทีมสุขภาพในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในการจัดการตนเอง รวมทั้งมีการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาลดความดันโลหิตที่ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา รับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สามารถจัดการตนเองกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และสามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: schaiwan47@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) พบว่า ประชากรทั่วโลกจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.13 พันล้านคน และ 1 ใน 5 คนของวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 21 มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า มี 1 ใน 3 คน ของประชากรวัยผู้ใหญ่พบภาวะความดันโลหิตสูง โดยคาดการณ์การว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน โดยร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับในประเทศไทยพบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 (Non-communicable disease office Department of Disease Control, 2017) จากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในปี พ.ศ. 2560-2562 มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.33

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลาในการรักษานาน หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในระยะยาวได้ (Hypertension Association of Thailand, 2019) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มพบมากขึ้นในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่จะต้องมีการมีความรู้และความเข้าใจในการดำเนินไปของโรค และมีการติดตามการรักษาและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยการรับประทานยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อาจจะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและอุปสรรคในการรับประทานยาร่วมกันหลายชนิด ถึงร้อยละ 20.00 (คิดเป็นประมาณ 2.5 ล้านคน) (Hypertension Association of Thailand, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา นิลเพชรพลอย, สมศักดิ์ เทียมเก่า, และ ทรงขวัญ ศีลารักษ์ (Nilphetploy, Thiamkao, & Silarak, 2004) ที่ทำการศึกษานิตยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี พบว่าความชุกของการเกิดโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยอายุน้อยถึงร้อยละ 5.37 ในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดและมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความพิการด้านร่างกาย เกิดการสูญเสียทางด้านภาพลักษณ์ และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และความเจ็บป่วยยังส่งผลในด้านเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงาน ทำให้รายได้ลดลง และเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาของ วิชาภรณ์ วังวรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป, และ กนกพร หมูพยัคฆ์ (Wangworatrakul, Suwannaroop, & Moopayak, 2017) ที่ศึกษาถึงปัจจัยการทำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามการรับประทานยาไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากได้รับข้อมูลด้านการใช้ยาไม่เพียงพอและครบถ้วน ส่วนใหญ่ได้รับทราบถึงข้อมูลวิธีการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง แต่ยังไม่เข้าใจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านการออกฤทธิ์ของยา อาการไม่พึงประสงค์ และวิธีจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหยุดรับประทานยาเอง เนื่องจากมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาของ สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์ และ พัทธวีภา สุวรรณพรหม (Limrangsan & Suwannaprom 2013) ที่ศึกษาแบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิต



ของผู้ป่วยโรงพยาบาลทางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า สิ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ อาการที่ไม่แสดงออกของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองหายจากโรคแล้ว หรือการตรวจวัดค่าความดันโลหิตได้ค่าปกติทั้งที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

กลวิธีหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง คือ การส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-Management) เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติในระยะยาวได้ ซึ่งการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถจัดการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเริ่มจากการสำรวจปัญหา รวมถึงติดตามพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนเป็นผู้เลือกวิธีการและมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการจัดการตนเอง และมีการติดตามเสริมแรงตนเองหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และ เกล็ค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึงขั้นตอนที่ทำให้ผู้เป็นโรคเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรมใหม่ และรับรู้พฤติกรรมนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่อเนื่องและดำเนินไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยขั้นตอนการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) จากการศึกษาของ ดุชนฤภา ภาคปิยวัชร, สุธีรา อุ้นตระกูล, และ นงพิมล นิมิตานันท์ (Pakpiyawat, Hoontrakul, & Nimitanan, 2018) ที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 28 คน ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลที่บ้านร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง และควรใช้เป็นกลยุทธ์หลักในการกำกับติดตามให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงใช้ยารักษาโรคอย่างเคร่งครัด อันจะส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาของ สำรวัย อาญาเมือง, อารณทิพย์ บัวเพ็ชร, และ อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ (Ayamuang, Buapetch, & Petchraschatachart, 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 รายและกลุ่มทดลอง 25 ราย ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงก่อนทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

โปรแกรมการจัดการตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไปในทางที่ดีขึ้น โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ยังขาดการศึกษาในบริบทของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในชุมชน ที่จะต้องได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านและติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อให้ความรู้และส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตด้วยการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสม มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษา



ของแพทย์ ได้แก่ รับประทานยาถูกต้องตามขนาด รับประทานยาตรงเวลา รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และสามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผ่านโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากการใช้ยาและจากโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงก่อนได้รับโปรแกรม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองสูงกว่าควบคุม
4. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ เกล็ค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการรับประทานยาที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) โดยการสำรวจปัญหาและติดตามการรับประทานยาของตนเอง ผลที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสม และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับยาลดความดันโลหิต ให้ถูกชนิด ขนาด และเวลา การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และมีการกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการรับประทานยาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) โดยการเปรียบเทียบการรับประทานยาที่สามารถปฏิบัติได้ ว่าเป็นไปตามเกณฑ์บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ หากไม่เป็นตามเป้าหมาย มีการทบทวนปัญหาพร้อมหาวิธีแก้ไขเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยการชื่นชมให้กำลังใจเมื่อมีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการรับประทานยาที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตที่ลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35-59 ปี และรับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาศัยในจังหวัดลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35-59 ปี และรับรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ทำการสุ่มอย่างง่ายได้พื้นที่ตำบลศรีบัวบาน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม้าเป็นกลุ่มควบคุม และได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหล่มเป็นกลุ่มทดลอง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อังวัฒนา, และ เดชา ทำดี (Sittiwang, Aungwattana, & Tamdee, 2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้ค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 3.08 จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (type II error) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 และนำค่าที่ได้เปิดตาราง power analysis ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน รวม 48 คน โดยการจับคู่เพศและระดับการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและรับการรักษาโดยการรับประทานยา 3) สติสัมปชัญญะดี และไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย และ 5) สามารถใช้สมาร์ทโฟนได้

เกณฑ์การยุติ (terminate criteria) คือ 1) มีโรคอื่น ๆ ที่ได้รับการการรักษาด้วยยาร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง 2) มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด ไตเสียหายที่ เส้นเลือดสมองแตกหรือตีบ 3) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และ 4) ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ แคนเฟอร์ และ เกล็ค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง โดยการติดตามการรับประทานยาในช่วงที่ผ่านมาและตั้งเป้าหมายในการรับประทานยาของตนเอง 2) การประเมินตนเอง เป็นการประเมินผลการจัดการตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายพิจารณาหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหานั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และ 3) การเสริมแรงตนเอง โดยการให้กำลังใจตนเองหรือให้รางวัลแก่ตนเองเมื่อทำตามเป้าหมายได้สำเร็จ เพื่อสร้างความมั่นใจในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม



2. แผนการสอนในการให้ความรู้ในการรับประทานยาลดความดันโลหิต
 3. คู่มือความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง และการวัดความดันโลหิต
 4. แบบบันทึกการรับประทานยาลดความดันโลหิต
 5. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (automatic blood pressure measurement device)
- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale in Thais) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทยของ กมลชนก จงวิไลเกษม และ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต (Chongwilaikasem, & SLuekiatbundit, 2019) ที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ คำตอบมี 6 ตัวเลือก คะแนนรวมน้อยกว่า 34 คะแนน แปลผลว่า เป็นผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาไม่เพียงพอ และคะแนนตั้งแต่ 34 คะแนนขึ้นไป แปลผลว่า เป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเอง แผนการสอนในการให้ความรู้ในการรับประทานยาลดความดันโลหิต คู่มือความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงและการวัดความดันโลหิต แบบบันทึกการรับประทานยาลดความดันโลหิต แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและกระชับมากขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.96

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน เพียงกลุ่มเดียว ทดสอบ 2 ครั้ง ในระยะเวลาที่ห่างกัน 2 สัปดาห์ (Meehanpong, & Chatdokmaiprai, 2018) และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Pearson's product moment correlation ซึ่งผลที่ได้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 2564-026; รหัสโครงการ: 2564-EXP 020 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือแนะนำตัวเสนอผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงนายกเทศมนตรีตำบลศรีบัวบาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหล่ม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม้า ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมืองจังหวัดลำพูน เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูล และการดำเนินการวิจัย จากนั้นมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียดถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ บันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อในการนำเสนอ ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ภายหลังชี้แจงโดยละเอียด ให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจอย่างเพียงพอ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล



การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยนำกลุ่มควบคุมมาที่ รพสต. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มควบคุมทราบ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย รวมทั้งวัดและบันทึกระดับความดันโลหิต จากนั้นนัดหมายกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 8 มาที่ รพสต. ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย วัดและบันทึกระดับความดันโลหิต จากนั้นแจ้งให้กลุ่มควบคุมทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัยแล้ว พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 (3 ชั่วโมง) ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาที่ รพสต. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มทดลองทราบ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย รวมทั้งวัดและบันทึกระดับความดันโลหิต และดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองบอกเล่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตในปัจจุบัน เพื่อสำรวจปัญหาในการรับประทานยา และให้กำหนดเป้าหมายในการรับประทานยาลดความดันโลหิต และวางแผนการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติรับประทานยาลดความดันโลหิตด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา ให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะในการรับประทานยาลดความดันโลหิต

สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (15 นาที ต่อคน) เป็นการประเมินตนเอง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองบอกเล่าการรับประทานยาที่ได้บันทึกในแบบบันทึกการรับประทานยา เพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้วิจัยให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา รวมถึงผลที่ได้รับเมื่อตนเองสามารถปรับตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และการเสริมแรงตนเอง โดยกลุ่มทดลองให้รางวัลแก่ตนเองเมื่อทำตามเป้าหมายได้สำเร็จ

สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 7 เป็นการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เยี่ยมบ้านวันละ 3-4 คน ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ โดยใช้ระยะเวลา 30-45 นาทีต่อคน ด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลและติดตามการบันทึกการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 8 (1 ชั่วโมง) การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 คน โดยให้กลุ่มทดลองแต่ละคนสรุปปัญหาในการรับประทานยา เป้าหมายของตนเอง และผลที่ได้รับของการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง และให้ทำแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย วัดและบันทึกระดับความดันโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ chi-square test และ t-test ตามลักษณะของข้อมูล

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ข้อมูลทดสอบมีการกระจายแบบปกติ ศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired sample t-test ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test for independent sample (Srisatitnarakun, 2010)



3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ข้อมูลทดสอบการกระจายแบบไม่ปกติ ศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ the Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ the Mann-Whitney U Test ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Srisatitnarakun, 2010)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่คงอยู่ตลอดการวิจัยจำนวน 48 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย ข้อมูลในด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-square พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 55-59 ปี (ร้อยละ 58.30) อายุเฉลี่ย 54.83 ปี (SD = 3.27) มีระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 8.75 ปี (SD = 6.6) มีความถี่ในการติดตามการรักษาที่ 3 เดือน/ครั้ง (ร้อยละ 87.5) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 55-59 ปี (ร้อยละ 50.0) อายุเฉลี่ย 54.42 ปี (SD = 4.96) มีระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 8.74 ปี (SD = 6.44) มีความถี่ในการติดตามการรักษาที่ 3 เดือน/ครั้ง (ร้อยละ 87.5) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีผู้ใช้ยาลดความดันโลหิตในการรักษาส่วนใหญ่จำนวน 1 และ 2 ชนิดเท่ากัน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 45.8) และไม่มีผู้ใช้ยาอื่นเพิ่มเติมในการรักษา ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ใช้ยาลดความดันโลหิตในการรักษาส่วนใหญ่จำนวน 1 และ 2 ชนิด จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 45.8) และมีผู้ใช้ยาสมุนไพร 1 ราย (ร้อยละ 4.2) ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.004 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 48)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	ค่าเฉลี่ย	SD	df	t	p-value	ค่าเฉลี่ย	SD	df	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	30.92	3.50	23	3.18	0.004	29.67	4.64	23	2.11	0.046
หลังได้รับโปรแกรม	37.75	2.33				34.88	6.80			

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและขณะที่หัวใจคลายตัวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และ 0.035 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 48)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Z	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
กลุ่มทดลอง						
ระดับความดันโลหิต	139.54	12.30	129.83	8.49	3.53	<0.001
ขณะที่หัวใจบีบตัว						
ระดับความดันโลหิต	83.04	13.24	81.17	10.00	2.11	0.035
ขณะที่หัวใจคลายตัว						
กลุ่มควบคุม						
ระดับความดันโลหิต	132.21	12.88	130.88	13.31	0.84	0.402
ขณะที่หัวใจบีบตัว						
ระดับความดันโลหิต	83.38	9.76	82.71	11.71	0.09	0.927
ขณะที่หัวใจคลายตัว						

3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n = 48)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา						
	หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง				df	t	p-value
	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม				
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD			
กลุ่มทดลอง (n=24)	30.92	3.50	37.75	2.33	46		
กลุ่มควบคุม (n=24)	29.67	4.64	34.88	6.80	46	1.96	0.002

4. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n = 48)

ระดับความดันโลหิต	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง						
	ก่อนได้รับ โปรแกรม		หลังได้รับ โปรแกรม		df	t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD			
ขณะที่หัวใจบีบตัว							
กลุ่มทดลอง (n=24)	139.54	12.30	37.75	129.83	46	-0.800	0.423
กลุ่มควบคุม (n=24)	132.21	12.88	34.88	130.88	46		
ขณะที่หัวใจคลายตัว							
กลุ่มทดลอง (n=24)	83.04	13.24	81.17	10.00	46	-0.634	0.526
กลุ่มควบคุม (n=24)	83.38	9.76	82.71	11.71	46		

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและขณะที่หัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบ ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและขณะที่หัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 48)

ระดับความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ขณะที่หัวใจบีบตัว						
ก่อนได้รับโปรแกรม	133.96	12.30	126.92	12.88	-1.15	0.25
หลังได้รับโปรแกรม	126.4	10.77	123.04	13.25		
Change	7.56	10.03	3.88	13.20		
ขณะที่หัวใจคลายตัว						
ก่อนได้รับโปรแกรม	79.72	13.24	80.04	9.76	-2.60	0.009
หลังได้รับโปรแกรม	77.92	10.00	79.4	11.71		
Change	1.8	6.87	0.64	8.21		

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้น และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและขณะที่หัวใจคลายตัวลดลง ตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเกิดจากโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ เกล็ค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สามารถสนับสนุน



ให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตัวในการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม ถูกขนาด ถูกเวลา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษา เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาลดความดันโลหิต และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการรับประทานยาที่เหมาะสม เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา ส่งผลให้สามารถลดระดับความดันโลหิต ภายใต้การดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองสำรวจปัญหาและติดตามการรับประทานยาลดความดันโลหิต รวมถึงวิเคราะห์ สาเหตุและปัจจัย และแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหามา ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ผสมผสานกิจกรรมเพื่อฝึกฝนทักษะการติดตามตนเอง สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรค การรับประทานยาที่ถูกต้องเพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถนำไปใช้ในการจัดการตนเองในการรับประทานยาลดความดันโลหิตได้ถูกต้องเหมาะสม โดยกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมฯ ทุกคนมีความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูงและการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยามากยิ่งขึ้น และมีการตั้งเป้าหมายในการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ วิศรดา ปันทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และ วินธุ์ ดวงแสงจันทร์ (Panthonglang, Namphonkrang, & Duangsanjan, 2018) ที่กล่าวว่า ความรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคมีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้มอบแบบบันทึกการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตให้แก่กลุ่มทดลองเพื่อใช้ในการติดตามการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของตนเองอย่างต่อเนื่อง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการจดบันทึกการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของตนเองได้ถูกต้อง จึงเป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง และมีความมั่นใจในการปฏิบัติกรรับประทานยาและสามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง เป็นการส่งเสริมและติดตามการจัดการตนเองในการรับประทานยาโดยผู้วิจัยมีการติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 และออกเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 โดยผู้วิจัยได้พูดคุยให้คำปรึกษาและคอยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ได้บันทึกไว้ในแต่ละวัน หากเป็นไปตามเป้าหมายจะกล่าวชื่นชมให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการเสริมแรงตนเอง ว่าสามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้สำเร็จ การติดตามทางโทรศัพท์จึงเป็นวิธีที่เหมาะสม เนื่องจากสะดวกรวดเร็ว และหากพบปัญหาเกิดขึ้น ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเยี่ยมบ้านรายบุคคลเพื่อติดตามการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง และได้ทำการนัดหมายในแต่ละสัปดาห์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและเสนอตัวช่วยในการรับประทานยา เช่น การทำปฏิทินยาเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างไม่ลืมรับประทานยา อีกทั้งการเยี่ยมบ้านเป็นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ช่วยในการดูแลให้คำปรึกษาอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการติดตามโดยการเยี่ยมบ้านทำให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองในการรับประทานยาได้อย่างชัดเจน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ของผู้วิจัยจะส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเองตามแนวคิดของ แคนเฟอร์ และ เกล็ค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐริรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, และ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (Prasartkaew, Terathongkum, & Maneesriwongkul, 2012) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบว่าการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และทำให้อาการของโรคดีขึ้น ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เป็นการส่งเสริมการจัดการตนเองในการรับประทานยาได้อย่างเป็นองค์รวม

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเสริมแรงตนเอง โดยการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านของผู้วิจัยในแต่ละสัปดาห์ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจและเป็นแรงสนับสนุนทางบวก



ให้แก่กลุ่มทดลองเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองในการรับประทานยา เนื่องจากหากเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยกลุ่มทดลองสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง ในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยมีการยกตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาและสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของตนเองได้ นอกจากนี้ครอบครัวยังสามารถช่วยให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยาที่ดีขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการรับประทานยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐธนบุรี ธนเศรษฐ (Thanaseth, 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน พบว่า การเยี่ยมบ้านและการได้รับแรงสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวสามารถส่งเสริมการจัดการตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตได้

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองสามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา สารีพล (Sareepol, 2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์ จังหวัดนครพนม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างเป็นขั้นตอนสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมทั้งช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ แม้ว่าการศึกษานี้ของผู้วิจัยมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงไม่แตกต่างกัน อาจเกิดจากในช่วงที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ จะมี อสม. นำยาลดความดันโลหิตพร้อมทั้งคอยติดตามค่าระดับความดันโลหิตในกลุ่มควบคุมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตลดลงไม่แตกต่างกันกับกลุ่มทดลอง แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรม จะเห็นได้ชัดว่ากลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ หากใช้ระยะเวลามากกว่า 8 สัปดาห์ อาจจะแสดงให้เห็นความแตกต่างของการลดระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ชัดเจนขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐธนบุรี ธนเศรษฐ (Thanaseth, 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน เป็นระยะเวลา 6 เดือน (24 สัปดาห์) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว และความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

อย่างไรก็ตามโปรแกรมการจัดการตนเองในการรับประทานยาในแต่ละขั้นตอนช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ที่ยกยอให้คำปรึกษาโดยมีการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน ที่เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยในการกำกับติดตาม ซึ่งทำให้สามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตไปใช้เป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาลในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ให้มีการจัดการตนเองในการรับประทานยา โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา นำไปสู่การลดระดับความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยยา

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ เพื่อให้เห็นความคงอยู่ของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตที่ชัดเจน

2. ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับประทานยาที่ถูกต้อง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับประสิทธิผลจากยาอย่างเต็มที่ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดำเนินของโรคในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคและการรักษาด้วยยามากขึ้น

References

- Ayamuang, S., Buapetch A., & Petchraschatachart, U. (2018). Development of drug self-management supporting program for adult with post hypertensive urgency patients. *AL-NUR Journal of Graduate School, Fatoni University*, 24(13), 179-196. (in Thai)
- Chongwilaikasem, K., & SLuekiatbundit, S. (2019). Development of a cooperative measure in drug use for Thai people. *Thai Journal of Pharmacy*, 13(1), 17-30. (in Thai)
- Hypertension Association of Thailand. (2019). *Guidelines for the treatment of hypertension in medical practice: General* (1st ed.). Chiang Mai: Author.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 305-360). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Limransan, S., & Suwannaprom, P. (2013). Explanatory model of hypertension and antihypertensive use among patients at Hangdong Hospital, Chiang Mai province. *Thai Pharmaceutical and Health Sciences Journal*, 8(2), 66-77. (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)



- Nilphetploy, R., Thiamkao, S., & Silarak, S. (2004) Ischemic cerebrovascular disease in young patients in Srinakarin Hospital. *Srinagarind Medical Journal*, 19(3), 122-130. (in Thai)
- Non-communicable Disease Office, Department of Disease Control. (2017). *Introduction to self-care manual on high blood pressure* (9th ed.). Bangkok: The War Veterans Organization's Printing Works Office.
- Pakpiyawat, D., Hoontrakul, S., & Nimitanan, N. (2018). Results of the management program strictly self-medication in patients with uncontrolled hypertension at a private clinic one in Pathum Thani Province. *Naval Medicine Journal*, 45(2), 377-398. (in Thai)
- Panthonglang, W., Namphonkrang, P., & Duangsarnjan, W. (2018). Factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(4), 152-165. (in Thai)
- Prasartkaew, N., Terathongkum, S., & Maneesriwongkul, W. (2012). The effect of a home visit and telephone follow-up program on health beliefs and blood pressure in persons with uncontrolled hypertension. *Journal of Public Health*, 42(3), 19-31. (in Thai)
- Sareepol, K. (2015). Effects of self-management program on health behaviors and blood pressure levels in patients with idiopathic hypertension. *Journal of Nursing and Health Care*, 33(3), 110-116. (in Thai)
- Sittiwang, S., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2020). Effects of self-management promoting program on health behaviors and blood pressure level of persons with uncontrolled hypertension. *Nursing Journal*, 47(2), 85-97. (in Thai)
- Srisatitnarakun, B. (2010). *Research methods in nursing science: The methodology in nursing research* (5th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Thanaseth, R. (2021). Effects of self-management promotion program and family participation on health behavior and blood pressure in working adults group. *Journal of Disease Prevention and Control* 9, 24(2), 100-111. (in Thai)
- Wangworatrakul, W., Suwannaroop, N., & Moopayak, K. (2017). Factors predicting to medication adherence among patients with essential hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*, 18(1), 131-139. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Hypertension fact sheet*. Retrieved from http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf



Effects of Maneevej Exercise on Low Back Pain and Functional Status Among Cleaning Workers*

ผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและ
ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในพนักงานทำความสะอาด*

สุวลักษณ์	หวังผลพัฒนศิริ **	Suwalak	Wangpholpattanasiri
กัลยาณี	ตันตรานนท์ ***	Kunlayanee	Tantranont ***
วันเพ็ญ	ทรงคำ ***	Wanpen	Songkham ***

Abstract

Low back pain is one of the most common health problems of cleaning workers affecting their work and daily-life function. Maneevej exercise is an effective measure to reduce low back pain and improve functional status. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of Maneevej exercise on low back pain and the functional status of hospital cleaning workers, who were specifically chosen using designated criteria. The subjects consisted of 52 participants, selected by purposive sampling based on inclusion criteria, who were assigned into an experimental group (26) or a control group (26). Data gathering tools included the Numeric Rating Scale and the Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Modified ODQ). These instruments were validated using test-retest reliability which obtained Pearson correlation coefficient and yielded a value of .84. Data were analyzed by using descriptive statistics, the Mann-Whitney U test, and the Friedman test.

The findings revealed that the experimental group had lower mean scores regarding low back pain symptoms and higher mean scores regarding functional status at week 4 and 8, with statistical significance ($p < .01$). When comparing with in the group, the study showed that the experimental group had lower mean scores regarding low back pain symptoms and higher mean scores regarding functional status at week 4 and 8 with statistical significance ($p < .01$).

The results suggested that the Maneevej exercise is effective for diminishing low back pain symptoms and enhancing the functional status of cleaning workers. Therefore, Maneevej exercise should be promoted regularly among cleaning workers.

Keywords: Maneevej exercise; Low back pain; Functional status; Cleaning worker

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

**Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Occupational Health Nursing Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: suwalak068@hotmail.com

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



บทคัดย่อ

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาสุขภาพ ที่พบได้บ่อยในพนักงานทำความสะอาด ส่งผลกระทบต่อการทำงาน และการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การบริหารร่างกายแบบมณีเวช มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่อการปวดหลังส่วนล่าง และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในพนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาลที่ผ่านการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย เครื่องมือวัดผล ได้แก่ แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่สำหรับผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยการทดสอบซ้ำโดยใช้ Pearson correlation coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ The Mann-Whitney U test และสถิติ the Friedman test

ผลการวิจัยพบว่า ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การบริหารร่างกายแบบมณีเวชสามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่าง และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานทำความสะอาด ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการบริหารร่างกายแบบมณีเวชในพนักงานทำความสะอาดโดยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: การบริหารร่างกายแบบมณีเวช อาการปวดหลังส่วนล่าง ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่
พนักงานทำความสะอาด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: suwalak068@hotmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 22 มีนาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 3 พฤษภาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 14 มิถุนายน 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พนักงานทำความสะอาดเป็นอาชีพหนึ่งที่พบความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างในอัตราที่สูง จากข้อมูล ที่รวบรวมจากสหรัฐอเมริกา ยุโรป เลบานอน และอินเดีย พบว่ากลุ่มพนักงานทำความสะอาด มีอาการปวดหลัง ส่วนล่าง ร้อยละ 46-77 (Wami, Abere, Dessie, & Getachew, 2019) การศึกษาของ วูด และ บัคเกิล พบว่า ตำแหน่งของการปวดกล้ามเนื้อเกิดในบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด ร้อยละ 46.00 รองลงมาคือ คอ ร้อยละ 33.00 เช้า ร้อยละ 24.00 ไหล่ขวา ร้อยละ 23.00 ข้อมือและมือขวา ร้อยละ 22.00 (Woods & Buckle, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคเหนือประเทศไทย พบว่า อาการปวดกล้ามเนื้อ ของพนักงานทำความสะอาดที่สำคัญ คือ อาการปวดเอวหรือหลังส่วนล่างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.70 รองลงมา คือ ปวดหลัง ร้อยละ 66.30 ปวดไหล่ ร้อยละ 60.60 และปวดแขน ร้อยละ 59.40 (Jinoros, Chanprasit, & SongKham, 2016) การศึกษาความชุกและการประเมินความเสี่ยงปัญหาสุขภาพของพนักงานทำความสะอาด พบว่า ร้อยละ 86.40 ของพนักงานทำความสะอาดเกิดความผิดปกติตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง และร้อยละ 51.40 ของพนักงานทำความสะอาด พบความผิดปกติมากที่สุดที่ตำแหน่งหลัง ส่วนล่าง ร้อยละ 88.00 (Buddhapeng, 2009) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการปวดหลังในพนักงานทำความสะอาดมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน ได้แก่ การขัดพื้นและเคลือบเงาพื้น ร้อยละ 47.00 การทำความสะอาดโดยใช้ไม้ถูพื้น ร้อยละ 21.00 การดูดฝุ่น ร้อยละ 16.00 การขนย้ายสิ่งของหนักๆ ร้อยละ 14.00 การก้มและยียดตัว ร้อยละ 12.00 (Woods & Buckle, 2006) จากการศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพความเสี่ยงของพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย พบว่า พนักงานทำความสะอาดมีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ มีการก้ม เงยศีรษะ ร้อยละ 71.30 บิดเกร็งข้อมือ ร้อยละ 64.40 ก้ม ไค้ลำตัว ร้อยละ 49.40 การทำงานด้วยท่าทางซ้ำ ๆ ร้อยละ 47.50 ซึ่ง ลักษณะการทำงานเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงาน (Jinoros et al., 2016)

อาการปวดหลังส่วนล่าง ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ โดยผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ทำให้ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปด้วยความลำบาก ประกอบกิจวัตรประจำวันและการทำงานยากขึ้น หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มที่ (Kamtornthip, 2011) ผู้ที่มีอาการปวดหลังจึงมักไม่กล้าทำกิจกรรมหรือ ปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ เพราะกลัวว่าจะทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (Brage, Sandanger, & Nygard, 2007) ส่วนผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ มี ทั้งในระดับบุคคลและระดับมหภาค โดยในระดับมหภาคนั้น จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่าผลกระทบทาง เศรษฐกิจจากอาการปวดหลังจากการทำงานสูงถึง 82 ล้านเยน (21 ล้านบาท) ทั้งจากการสูญเสียโดยตรง (ค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล) และการสูญเสียโดยอ้อม (จากประสิทธิภาพการทำงานที่สูญเสียไป) ในระดับบุคคลนั้น คือการ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการขาดรายได้ (Montgomery, Sato, Nagasaka & Vietri, 2017) โดย ในประเทศไทยใช้ต้นทุนในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง ปี 2562 เป็นเงิน 186 ล้านบาท (Social Security Office, 2019)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการในการป้องกันและดูแลรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่า การ บริหารร่างกายแบบมณีเวช เป็นวิธีการหนึ่งที่มีการนำมาใช้และประสบผลที่ดี การบริหารร่างกายแบบมณีเวช ยึดหลักความสมดุลของโครงสร้างกระดูกในร่างกายทั้งระบบ เมื่อกระดูกอยู่ในแนวสมดุล จะส่งผลให้ระบบไหลเวียน ทำงานได้ดี เส้นประสาทไม่ถูกกดทับ ไม่มีอาการเจ็บ หรือชาเกิดขึ้น กล้ามเนื้อเอ็นต่าง ๆ ที่ยึดกระดูกไว้ก็ไม่มีการ เกร็งตัว เลือดไหลเวียนได้เป็นปกติ และทำให้กล้ามเนื้อหลังส่วนล่างยืดขยายเข้าสู่แนวปกติ โดยการบริหารร่างกาย แบบมณีเวชเป็นการบริหารร่างกายในรูปแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ได้แก่ กลุ่มกล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อด้านหลังของกระดูกสันหลัง (vertebral muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อด้านข้างของกระดูก

สันหลัง (infern muscle) กล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก (hip muscle) กล้ามเนื้อไหล่ (shoulder muscle) และกล้ามเนื้อหน้าอก (pectorals muscle) ซึ่งการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อจะส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ช่วยให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น ลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ (Ningsanon, 2011) ดังการศึกษาการบริหารร่างกายแบบมณีเวชในกลุ่มพนักงานออฟฟิศ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Sithiwatcharapong & Boonyahotra, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการปรับสมดุลร่างกายด้วยมณีเวชต่ออาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุเป็นเวลา 8 สัปดาห์พบว่าระดับการปวดกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Panvongsa, 2017) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการกายศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการทำกิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการกายศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Dindem, 2019) ซึ่งเมื่ออาการปวดหลังส่วนล่างลดลงก็จะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้อีกด้วย (Dupeyron et al., 2011)

ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หรือการปฏิบัติกิจกรรม (functional status) เป็นความพร้อมด้านร่างกายของบุคคลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานและงานอดิเรก เช่น การดูแลตนเอง การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม การเดินทาง การทำงาน/งานบ้าน (American Physical Therapy Association, 2011) ซึ่งในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง กล้ามเนื้อหดเกร็ง ขาดความยืดหยุ่น เมื่อพบว่ามีอาการเคลื่อนไหวจะทำให้มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลงหรือปฏิบัติได้ลำบากเนื่องจากอาการปวด (American Physical Therapy Association, 2011) หากมีอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงก็จะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้ ดังการศึกษาผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของเกษตรกรชาวนา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีกว่าก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Noisuwat, Sutthakorn, & Songkham, 2015)

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำการบริหารร่างกายแบบมณีเวชไปใช้กับคนหลายกลุ่มและใช้กับคนทำงานที่มีลักษณะการทำงานในบริบทที่แตกต่างจากพนักงานทำความสะอาด การบริหารร่างกายแบบมณีเวชเป็นรูปแบบหนึ่งของการบริหารร่างกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่มีประสิทธิภาพ ทำได้ง่าย และเหมาะกับบริบทของพนักงานทำความสะอาด ซึ่งเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้บ่อย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัยซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพคนทำงานจึงมีความสนใจศึกษาผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในพนักงานทำความสะอาด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง



สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และน้อยกว่าก่อนทดลอง
2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และดีกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทางด้านพยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology) กล่าวคือ พนักงานทำความสะอาดมีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การก้ม เงยศีรษะ การบิดเอี้ยวตัวจากแนวลำตัว ส่งผลให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง การไหลเวียนเลือดไม่ดีและมีของเสียคั่งในกล้ามเนื้อ เป็นสาเหตุให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง การบริหารร่างกายแบบมณีเวชเป็นรูปแบบการบริหารร่างกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ยืดหลักความสมดุลของโครงสร้างกระดูกในร่างกายทั้งระบบ เมื่อกระดูกอยู่ในแนวสมดุล จะส่งผลให้ระบบไหลเวียนทำงานได้ดี เส้นประสาทไม่ถูกกดทับ ไม่มีอาการเจ็บ หรือชาเกิดขึ้น กล้ามเนื้อเอ็นต่าง ๆ ที่ยึดกระดูกไว้ก็ไม่มีการเกร็งตัว เลือดไหลเวียนได้เป็นปกติ และทำให้กล้ามเนื้อหลังส่วนล่างยืดขยายเข้าสู่แนวปกติ ส่งผลให้อาการปวดหลังส่วนล่างลดลง ทั้งนี้อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นสาเหตุของการมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ดังนั้นเมื่ออาการปวดหลังส่วนล่างลดลงจึงส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานทำความสะอาดเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม โดยมี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre test-post test designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานทำความสะอาดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานทำความสะอาดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในจังหวัดนราธิวาส เลือกแบบเจาะจง โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องขนาด และลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และ แห่งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 จากการหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยศึกษาจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้ (Sithiwatcharapong & Boonyahotra, 2013) ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.76 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 23 ราย และกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามกำหนด (attrition rate) ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมเป็น 52 ราย โดยพิจารณาให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันตามลักษณะที่กำหนด (pair matching) ในด้านอายุ (± 5 ปี) และคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่าง

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. อายุอยู่ระหว่าง 18 - 59 ปี
2. มีประสบการณ์ทำงานเป็นพนักงานทำความสะอาดอย่างน้อย 1 ปี
3. มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ประเมินโดยใช้การวัดระดับความปวดแบบนิวเมอริกเรตติ้งสเกลส์ (Numeric Rating Scales: NRS) โดยมีระดับคะแนนความปวด ตั้งแต่ 4-7 คะแนน คือ ปวดพอทนได้หรือปวดปานกลาง
4. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูก ไม่มีประวัติหรือข้อห้ามจากแพทย์ในการออกกำลังกาย และไม่อยู่ระหว่างรับการรักษาที่มีผลให้อาการปวดหลังส่วนล่างทุเลา เช่น การทำกายภาพบำบัด ทานยา



แก้ปวดเป็นประจำ รวมทั้งไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคกระดูกพรุน

5. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อยุติกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย (Discontinuation Criteria)

1. ระหว่างเข้าร่วมการวิจัยมีอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพที่อาจส่งผลให้อาการปวดหลังส่วนล่างทุเลา เช่น การรับประทานยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ การทากายภาพบำบัด

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด หรือเปลี่ยนงานไปทำอาชีพอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. แผนการสอนการบริหารร่างกายแบบมณีเวช มีเนื้อหาเกี่ยวกับสถิติการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างในพนักงานทำความสะอาด หลักการบริหารร่างกายแบบมณีเวช ข้อควรระวังในการบริหารร่างกายแบบมณีเวช และวิธีการบริหารร่างกายแบบมณีเวช 8 ท่า ซึ่งเป็นการบริหารร่างกายในรูปแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ได้แก่ บริหารกล้ามเนื้อกลุ่มกล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อด้านหลังของกระดูกสันหลัง (vertebral muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อด้านข้างของกระดูกสันหลัง (inferal muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก (hip muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อไหล่ (shoulder muscle) และกล้ามเนื้อหน้าอก (pectorals muscle) ประกอบด้วย ท่ายืน 5 ท่า ได้แก่ ท่าไหว้สวัสดี ท่าไม้แป้ง ท่าถอดเสื้อ ท่ากระเชียง ท่าปล่อยพลัง ท่านอน 3 ท่า ได้แก่ ท่างู ท่าแมว ท่าเต่า

2. แผ่นพับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช ซึ่งมีเนื้อหาคล้ายคลึงกับเนื้อหาในแผนการสอนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปทบทวนด้วยตนเอง

3. แผ่นพับปวดหลังส่วนล่าง มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง อาการแบ่งตามระยะเวลาที่มีอาการ และท่าทางการทำงานที่เหมาะสมของพนักงานทำความสะอาด

4. แบบบันทึกการบริหารร่างกายแบบมณีเวชประจำวัน โดยให้กลุ่มทดลองบันทึกการบริหารร่างกายทุกวัน เช้า-เย็น พร้อมทั้งลงชื่อทุกครั้ง ตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน พยาบาลอาชีวอนามัย 2 ท่าน จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level Content Validity Index [I-CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 0.91

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ประเมินจากมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข 11 ช่อง ของเดาน์นีและคณะ (Downie et al., 1978) โดยมีคะแนน 0-10 คะแนน ให้ผู้ถูกประเมินเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดจากอาการปวดหลังส่วนล่างในวันที่ถูกประเมินมากที่สุด คะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการปวดเลย คะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่สำหรับผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire: Modified ODO) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ประเสริฐ สุกุลศรี ประเสริฐ, รุ่งทิพา รัชลาธิติ, มณฑนา วงศ์ศิริวรรัตน์, และ จุฑามาศ กันตสร (Sakulsriprasert, Vachalathiti, Vongsirinararat, & Kantasorn, 2006) ซึ่งค่าความเชื่อถือได้ของการวัดซ้ำ มีค่าระหว่าง 0.80-1.00 และค่าความเชื่อถือได้ของคะแนนรวมเท่ากับ 0.98 บ่งชี้ว่าแบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อถือได้อยู่ในระดับดี แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 1) ความรุนแรงของความปวด 2) การดูแลตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว 3) การยกของ 4) การเดิน 5) การนั่ง 6) การยืน 7) การนอน 8) การมีเพศสัมพันธ์ 9) การเข้าสังคม และ 10) การเดินทาง



โดยให้ทำเครื่องหมายหน้าข้อความที่ผู้ถูกประเมินคิดว่าใกล้เคียงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองมากที่สุด คะแนน 0 คือสามารถปฏิบัติหน้าที่นั้นได้ปกติ คะแนน 5 คือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่นั้นได้หรือปฏิบัติได้ลำบาก จากนั้นนำคะแนนรวมทั้ง 10 ข้อ มาหาค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนต่ำหมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่มาก

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่สำหรับผู้ที่มีการปวดหลังส่วนล่างไปทดลองใช้ (try out) กับพนักงานทำความสะอาดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ในกลุ่มเดิม ห่างกัน 3 วัน โดยใช้สูตร Pearson product moment correlation coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 080/2564 รหัสโครงการ 2564 - EXP051 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการพิทักษ์สิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธ รวมทั้งการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการพิทักษ์สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยรวมทั้งการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการรวบรวมข้อมูลและ ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกัน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

ในสัปดาห์ที่ 1 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่สำหรับผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มควบคุมจะได้รับมอบแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง ส่วนกลุ่มทดลอง ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและประโยชน์ของการบริหารร่างกายแบบมณีเวช ข้อควรระมัดระวังในการบริหารร่างกายแบบมณีเวช สาธิตการฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกายแบบมณีเวชโดยให้ดูคลิปวิดีโอ และสอนการบริหารร่างกายแบบมณีเวชโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารร่างกายแบบมณีเวช และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการบริหารร่างกายแบบมณีเวชทั้ง 8 ท่า มอบแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง และแผ่นพับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช โดยให้กับกลุ่มทดลองปฏิบัติที่บ้านวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) ครั้งละ 10-15 นาที พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการบริหารร่างกายแบบมณีเวชประจำวัน ตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยในกลุ่มควบคุมดำเนินการรวบรวมข้อมูลซ้ำ ในกลุ่มทดลองซักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Friedman test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 และร้อยละ 96.15 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 22-59 ปี (อายุเฉลี่ย 43.19 ปี S.D. = 12.40) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 32-52 ปี (อายุเฉลี่ย 42.08 ปี S.D. = 6.78) กลุ่มทดลองร้อยละ 61.54 มีการศึกษาต่ำกว่า



ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 57.69 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 96.15 ไม่มีอาชีพเสริม พบดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มทดลองร้อยละ 57.69 และ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 34.62 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 96.15 ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มทดลองร้อยละ 100.00 ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 92.31 ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน กลุ่มทดลองร้อยละ 76.92 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 19.23 มีการออกกำลังกาย ผลการทดสอบทางสถิติของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันและการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

2. ผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่าก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 1) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง
ในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่าง	$\bar{X}$	SD	df	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	5.42	.90	2	<.001*
สัปดาห์ที่ 4	3.92	.56		
สัปดาห์ที่ 8	2.62	.50		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	5.77	.77	2	.561
สัปดาห์ที่ 4	5.62	.64		
สัปดาห์ที่ 8	5.73	.60		

* $p < 0.01$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่าง ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่าง		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		U	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	5.42	.90	5.77	.77	269.50	.182		
สัปดาห์ที่ 4	3.92	.56	5.62	.64	18.00	<.001*		
สัปดาห์ที่ 8	2.62	.50	5.73	.60	.00	<.001*		

* $p < 0.01$

3. ผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่อคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 3) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง
ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่	$\bar{X}$	SD	df	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	22.38	3.34	2	<.001*
สัปดาห์ที่ 4	16.69	2.94		
สัปดาห์ที่ 8	12.53	1.21		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	21.62	2.53	2	.692
สัปดาห์ที่ 4	21.23	1.61		
สัปดาห์ที่ 8	21.53	1.63		

* $p < 0.01$ ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4
และสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		U	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	22.38	3.34	21.62	2.53	269.5	.236
สัปดาห์ที่ 4	16.69	2.94	21.23	1.61	18.00	<.001*
สัปดาห์ที่ 8	12.53	1.21	21.53	1.63	.000	<.001*

* $p < 0.01$

การอภิปรายผล

1. ผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง

ผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างสนับสนุนสมมุติฐาน กล่าวคือ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และน้อยกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากอาการปวดหลังส่วนล่างในพนักงานทำความสะอาดมีสาเหตุจากการมีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การก้มเงยศีรษะ การบิด เอี้ยวตัวจากแนวลำตัว ส่งผลให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง ขาดความยืดหยุ่นและความแข็งแรง การไหลเวียนเลือดไม่ดี การบริหารแบบมณีเวชทั้ง 8 ท่า เป็นการยืดกล้ามเนื้อที่มีการใช้งานบ่อยในพนักงานทำความสะอาด ได้แก่ กลุ่มกล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อด้านหลังของกระดูกสันหลัง (vertebral muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อด้านข้างของกระดูกสันหลัง (infernial muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก (hip muscle) กลุ่มกล้ามเนื้อไหล่ (shoulder muscle) และกล้ามเนื้อหน้าอก (pectorals muscle) การบริหารร่างกายแบบมณีเวช เป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและจัดสมดุลร่างกาย โดยทำให้ช่องทางออกของเส้นประสาทเปิดกว้างขึ้น การกดเปิดเส้นประสาทลดลง มีการยืดกล้ามเนื้อข้อสะโพกและกล้ามเนื้อหลัง เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลัง และทำให้ข้อต่อระหว่างกระดูกสันหลังส่วนล่างและกระดูกกระเบนเหน็บเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ กระดูกสันหลังมีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น และเป็นการเคลื่อนไหวของข้อกระดูกในทุกมุมองศาของข้อต่อต่าง ๆ พร้อมกับการยืดเหยียดเอ็นและกล้ามเนื้อทั้งหมดทั่วร่างกายอย่างสมดุลทั้งสองข้าง ซึ่งมีลักษณะเป็นทั้งแบบเคลื่อนไหว (dynamic stretching) แบบหัดค้าง (static stretching) และแบบกระตุ้นระบบประสาทกล้ามเนื้อ (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation stretching [PNF]) แต่ละท่าจะทำซ้ำ 3-5 รอบ



มีการเคลื่อนไหวพร้อมกับยืดกล้ามเนื้ออย่างช้า ๆ และค้างไว้ ประมาณ 10 วินาที เป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง (Ningsanon, & Chirachanchai, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการบริหารร่างกายแบบมณีเวชที่สามารถลดอาการปวดหลังได้ มีตั้งแต่ 4-8 สัปดาห์ และเนื่องจากเนื้อเยื่อที่มีความผิดปกติต้องใช้เวลาในการผ่อนคลายจากการเกร็งตัว (Sahavate, 2019) ดังนั้นการบริหารร่างกายแบบมณีเวชวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) ทุกวัน ครั้งละ 10-15 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์จึงเพียงพอต่อการผ่อนคลายจากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อและตรงกับหลายงานวิจัย โดยการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การบริหารร่างกายแบบมณีเวชสามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ทั้งในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชเพื่อลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานในพนักงานออฟฟิศโดยให้กลุ่มตัวอย่างบริหารร่างกายแบบมณีเวชด้วยตัวเองทุกวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า อาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Sithiwattharapong & Boonyahotra, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการทำกิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Dindem, 2019)

2. ผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่

ผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่สนับสนุนสมมุติฐาน กล่าวคือ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และดีกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า การบริหารร่างกายแบบมณีเวชนอกจากช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างแล้วยังช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างได้ด้วย โดยในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง เกิดจากกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่างเกิดการหดเกร็ง ขาดความยืดหยุ่น เมื่อมีการเคลื่อนไหวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการทำงาน ซึ่งใช้กล้ามเนื้อหลังส่วนล่างก็จะทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่อาจลดลงหรือถูกจำกัดเนื่องจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากโครงสร้างร่างกายได้รับการบาดเจ็บ (American Physical Therapy Association, 2011) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ การบริหารร่างกายแบบมณีเวชส่งผลให้อาการปวดหลังส่วนล่างลดลง ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของเกษตรกรชาวนา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีกว่าก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Noisuwan et al., 2015) และการศึกษาผลของการออกกำลังกายในผู้รับงานเย็บเสื้อผ้าไปทำที่บ้าน โดยให้ความรู้และกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Manit, Sutthakorn, & Wisutthananon, 2011)

จากการรวมรวมข้อมูลด้านการออกกำลังกายพบว่ากลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายร้อยละ 76.92 ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 19.23) จึงทำให้การออกกำลังกายอาจเป็นตัวแปรกวนต่อผลการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้



สอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่ามีการออกกำลังกายให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่ามีการออกกำลังกายเพียง 30 นาทีต่อสัปดาห์เท่านั้น ดังนั้นตัวแปรการออกกำลังกายจึงไม่ได้กระทบต่อผลการศึกษามากนัก ซึ่งหากกลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอก็น่าจะส่งผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างก่อนเข้าร่วมการทดลอง คือมีระดับอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่เมื่อพิจารณาจากระดับอาการปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเนื่องจากการออกกำลังกายเป็นตัวแปรที่สำคัญ การวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยควรพิจารณาปรับเปลี่ยนสอบถามเรื่องการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างให้ละเอียดมากขึ้น เช่น รูปแบบการออกกำลังกาย ความถี่และระยะเวลาของการออกกำลังกาย เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีการบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และสมาชิกกลุ่มเสนอให้มีการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกันสัปดาห์ละครั้ง รวมทั้งผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการเสริมพลัง (empowerment) โดยให้กลุ่มตัวอย่างผลัดกันออกมาเป็นผู้นำในการบริหารร่างกาย จากการสังเกตในการบริหารร่างกายร่วมกันพบว่า กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องทั้ง 8 ท่า และติดตามการบันทึกความก้าวหน้าในการปฏิบัติพบว่า ทุกรายมีการบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จำนวนครั้งของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชเฉลี่ยอยู่ในช่วง 13.50-14.00 ครั้งต่อสัปดาห์ (เฉลี่ย 13.94 ครั้งต่อสัปดาห์ S.D. = 0.15) ระยะเวลาในการบริหารร่างกายเฉลี่ยอยู่ในช่วง 9.71-10.00 นาที (เฉลี่ย 9.96 นาทีต่อครั้ง S.D. = 0.08) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการกลุ่มรวมทั้งการเสริมพลังเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงและมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลอาชีวอนามัยรวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมให้มีการบริหารร่างกายแบบมณีเวชเพื่อช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในพนักงานทำความสะอาด ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ใช้เวลาไม่นาน และควรมีกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นให้มีการบริหารร่างกายแบบมณีเวชอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติ การติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติ การใช้กระบวนการกลุ่มรวมทั้งการเสริมพลังซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพนักงานทำความสะอาดแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานทำความสะอาด โดยติดตามผลในระยะยาว
2. ควรทำการศึกษาผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับการเสริมพลังเพื่อป้องกันหรือลดอาการปวดหลังในคนทำงานกลุ่มเสี่ยงกลุ่มอื่น ๆ

References

- American Physical Therapy Association. (2011). *Occupational health physical therapy guideline evaluating functional capacity*. Retrieved from https://www.orthopt.org/uploads/content_files/OHSIG_Guidelines/OHSIG_guidelines_2/Occupational_Hlth_PT_Evaluating_Functional_Capacity_040610__2_.pdf
- Brage, S., Sandanger, I., & Nygard, J. F. (2007). Emotional distress as a predictor for low back disability: A prospective 12-year population-based study. *Spine*, 32(1), 269-274.



- Buddhapeng, P. (2009). *Health risk assessment of cleaning workers in hospitals: A case study of community hospitals in Khon Kaen Province* (Master's thesis, Public Health). Khon Kaen University. (in Thai)
- Dindem, N. (2019). *Effect of Ergonomic self-care enhancement with Maneevej exercise program on lower back pain and functional ability in operating room nurses* (Master's thesis, Community Medicine Nursing). Prince of Songkla University. (in Thai)
- Downie, W. W., Leatham, P. A., Rhind, V. M., Wright, V., Branco, J. A., & Anderson, J. A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of the Rheumatic Diseases Journal*, 37(4), 378-381. doi:10.1136/ard.37.4.378
- Dupeyron, A., Ribinik, P., Gélis, A., Genty, M., Claus, D., & Coudeyre, E. (2011). Education in the management of low back pain: Literature review and recall of key recommendations for practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(5), 319-335. doi:10.1016/j.rehab.2011.06.001
- Jinoros, C., Chanprasit C., & SongKham, W. (2016). Occupational health hazards and health status related to risk among cleaning workers, tertiary care hospitals. *Nursing Journal*, 43(1), 57-69. (in Thai)
- Kamtornthip, W. (2011). Back pain. In K. Pajaree (Ed.), *Regenerative medicine for General practice*. Bangkok: N.P. Press. (in Thai)
- Manit, N., Sutthakorn,V., & Wisutthananon, A. (2011). Effect of stretching exercise on low back pain and functional ability in home-based garment workers. *Nursing Journal*, 38(4), 93-105. (in Thai)
- Montgomery, W., Sato, M., Nagasaka, Y., & Vietri, J. (2017). The economic and humanistic costs of chronic lower back pain in Japan. *Clinicoeconomics and Outcomes Research*, 9, 361-371. doi.org/10.2147/CEOR.S134130
- Ningsanon, N. (2011). Maneevej for a comfortable easy life. *Srinakharinwirot University Journal (Science and Technology Program)*, 3(5), 1-12. (in Thai)
- Ningsanon, N., & Chirachanchai, O. (2017) *Turning over medical textbooks with Maneevej science of challenge*. Phetchabun: DD printing. (in Thai)
- Noisuwan, P., Sutthakorn,V., & Songkham, W. (2015). Effects of back school program on low back pain and functional status in rice farmers. *Nursing Journal*, 46(3), 142-156. (in Thai)
- Panvongsa, P. (2017). *An effect of Body balance by Maneevej technigue on muscle pain in elderly* (Master's thesis, Faculty of Science and Technology Phetchabun). Phetchabun Rajabhat University. (in Thai)
- Sahavate. (2019). *How long does it take for human tissues to repair themselves?* Retrieved from <http://ss-running.blogspot.com/2019/02/blog-post.html>



- Sakulsriprasert, P., Vachalathiti, R., Vongsirinavarat, M., & Kantasorn, J. (2006). Cross-cultural adaptation of modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire to Thai and its reliability. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 89(10), 1694-1701.
- Sithiwatcharapong, W., & Boonyahotra, W. (2013). *Effectiveness of Maneevej exercise for reducing work related musculoskeletal syndrome in office workers* (Master's thesis, Anti-Aging and Regenerative Medicine). Mae Fah Luang University, Chiang Rai. (in Thai)
- Social Security Office. (2019). *The situation of experiencing danger or illness Due to work in the year 2015-2019*. Retrieved from https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/c00433eb3bc63a11720e488101b53d91.pdf
- Wami, S. D., Abere, G., Dessie, A., & Getachew, D. (2019). Work-related risk factors and the prevalence of low back pain among low wage workers: Results from a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 1072.
- Woods, V., & Buckle, P. (2006). Musculoskeletal ill health amongst cleaners and recommendations for work organisational change. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 36(1), 61-72.



Effects of a Capacity Building Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Sodium Consumption Behaviors Among Persons with Uncontrolled Hypertension*

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้*

เกษศิริรินทร์	พทรวงศ์**	Khetsirin	Puttawong**
ศิวัพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***
วิลาวัลย์	เดือนราษฎร์***	Wilawan	Tuanrat***

Abstract

Sodium consumption behavior in people with hypertension is an important factor in controlling blood pressure levels. This quasi-experimental research investigated the effects of a capacity building program for village health volunteers on knowledge and behaviors related to sodium consumption among persons with uncontrolled hypertension. The sample consisted of persons with uncontrolled hypertension, consisting of one group which received knowledge from the village health volunteers who participated in the capacity building program and one group which received standard nursing care. Purposive sampling was used with 54 persons who were divided equally into the two groups (27 persons per group). The instruments utilized in the study included the capacity building program for village health volunteers based on the competency concept (McClelland, 1993), a lesson plan for village health volunteers, a book on eating less salt to control blood pressure, a successful model for village health volunteers, and a salt meter. The data collecting instruments consisted of two questionnaires: one on knowledge related to sodium consumption and one on sodium consumption behavior. The instruments were validated for quality and validity (IOC = .80, CVI = .80 respectively), and reliability (.87, .78 respectively) was acceptable. The data was then analyzed using Wilcoxon and the Mann Whitney U test.

The results showed that after the program, the group which received knowledge from the village health volunteers who participated in capacity development had significantly higher average scores for sodium consumption knowledge than before participating in the program, and more than those of the group which received standard nursing care ($p < .001$, $p < .001$ respectively). In addition, the mean score of sodium consumption behaviors for the group which received knowledge from the village health volunteers was significantly higher than before participating in the program and more than that of the group which received nursing care ($p < .001$, $p < .001$ respectively).

The results of this research point to the effect of the village health volunteers capacity development program and the use of the mentoring process to transfer knowledge. The group of people with uncontrolled hypertension had the knowledge and the ability to effectively modify sodium consumption behavior.

Keywords: Sodium consumption; A capacity building program; Village health volunteers; Uncontrolled hypertension

* 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: ketsirin6662@gmail.com

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

Received 8 April 2022; Revised 4 July 2022; Accepted 11 July 2022



บทคัดย่อ

พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นกลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ 27 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 27 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ (McClelland, 1993) แผนการจัดกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ หนังสือกินคัมม่อนลงสำนึกจิตโรคความดัน และเครื่องวัดปริมาณความเค็มในอาหาร ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การบริโภคโซเดียม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา $IOC = .80$ และ $CVI = .80$ ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ $.87$ และ $.78$ ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon และ Mann Whitney U test

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการใช้กระบวนการพี่เลี้ยงในการถ่ายทอดความรู้ ทำให้กลุ่มผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดความรู้และมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การบริโภคโซเดียม โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: ketsirin6662@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หัวใจ สมอง ตา ไตและหลอดเลือดส่วนปลาย (Chosungnoen, 2017) จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1.3 พันล้านคน ซึ่งมีเพียง 1 ใน 5 คนที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization, 2021) และจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชากรไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 6.3 ล้านคน ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 54.56 (Ministry of Public Health, 2021) และมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 4.6 โดยเป็นโรคไต โรคหัวใจ และอัมพฤกษ์ ร้อยละ 3.6, 0.5 และ 0.5 ตามลำดับ (Jewpraditkul, 2020) ถือเป็นปัญหาที่สำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ซึ่งในการรักษาโรคความดันโลหิตหรือการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้น มี 2 วิธี คือ การให้ยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาว เป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การลดน้ำหนัก การปรับรูปแบบการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ และการจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร (Thai Hypertension Society, 2019) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาโรคความดันโลหิตสูงรวมไปถึงโรคไม่ติดต่อไม่เรื้อรังอื่นๆ จึงเข้าร่วมมาตรการ NCDs 9 global targets ที่เป็นเป้าหมายระดับโลกจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 66 ที่มัตซึมาตสึ 9 เป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาระดับโลก ซึ่งการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญห (Suksaad, Ngamaroon, & Surivawongpisan, n.d.)

ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสมร้อยละ 27.5 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พยายามลดการบริโภคเกลือแต่ยังบริโภคเกลือเกินละ 43.7 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ลดการบริโภคเกลือและมีการบริโภคเกลือเกินร้อยละ 28.7 ซึ่งพบว่าในกลุ่มที่สามารถลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ลดการบริโภคเกลือและมีการบริโภคเกลือเกิน (Maneetup, & Danseekaew, 2017) และสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นยังพบที่มีความเชื่อมโยงกับวิถีการบริโภคอาหารของครอบครัวและชุมชน โดยการคงรสชาติความอร่อยแบบที่เคยรับประทาน และการใช้เครื่องปรุงรสหลากหลายชนิดในอาหารที่ปรุงแต่ละประเภท เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรวมทั้งคนในชุมชนปฏิบัติกันทั่วไป (Ruaysundneon et al., 2018) ในการที่จะเข้าถึงวิถีชุมชนได้นั้น บุคลากรทางการแพทย์ของภาครัฐไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม จึงต้องมีการร่วมมือกับภาคประชาชนโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งถือได้ว่าเป็นกำลังสำคัญของภาคประชาชนเนื่องจากเป็นคนที่อยู่ในชุมชน สามารถรับรู้ เข้าถึงและเข้าใจชุมชนได้เป็นอย่างดี จึงได้รับความเชื่อถือจากคนในพื้นที่ (Keyong, 2018) และยังเป็นแหล่งการรับรู้ข้อมูลที่คนในชุมชนเข้าถึงได้มากที่สุด (Wamakhan, Wongpirom, & Punyakhomchanchaphun, 2020) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ สามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ แต่การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมโดยตรงนั้นยังไม่พบ พบการศึกษาการพัฒนาศักยภาพในเรื่องอื่น ๆ ที่มีผลต่อความรู้และการนำไปปฏิบัติ ได้แก่ การศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงพบว่าภายหลังการดำเนินวิจัยอสม. มีความรู้และความเชื่อมั่นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น มีแนวทางในการเยี่ยมครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับประโยชน์จาก อสม. โดยมีข้อมูลการดูแลตนเองที่ถูกต้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง (Jarupisitpaiboon, Premasawat, Pesungneon,



Rungneoy, & Dankul, 2020) และการศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันสูงซึ่งมีการให้ความรู้ ฝึกการออกกำลังกายโดยใช้รำไม้มะขาม การรับประทานอาหารและการจัดการความเครียด พบว่า หลังจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าและมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Songwattanayut, Wattanakorn, Klinhom, & Rattanapak, 2016)

ดังนั้นพฤติกรรมการลดบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน จึงอาจต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ ความเข้าใจของการบริโภคเกลือและโซเดียมอย่างถ่องแท้ เพื่อนำไปสู่การถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนที่รับผิดชอบได้อย่างถูกต้องตามสมรรถนะที่ต้องสามารถเป็นผู้นำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ แต่ยังพบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านควบคุมโรคความดันโลหิตสูงน้อย (Wicheyun, 2015) และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับพอใช้ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการนิเทศ การฝึกอบรม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าควรจะมีการพัฒนาศักยภาพ พื้นฟูด้านความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Supavanuch, Warae, & Wanitchanon, 2020) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการควบคุมความดันโลหิตสูงในเรื่องการบริโภคโซเดียม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเพิ่มศักยภาพของ เดวิด ซี เม็กเคลเลน (McClelland, 1973) เนื่องจากมีองค์ประกอบ 5 ส่วน ที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ รวมไปถึงสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลได้แก่ บทบาททางสังคม การสร้างภาพพจน์หรือมโนทัศน์เกี่ยวกับตัวเอง และการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด บทบาทหน้าที่ภาพพจน์รวมและแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งที่อาสาสมัครได้พัฒนามาตามหลักสูตร ดังนั้นในการศึกษานี้ได้จึงนำกระบวนการมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ที่เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะ โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในด้านปริมาณโซเดียมในอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน การรับประทานเกลือโซเดียมที่เหมาะสม การลดปริมาณเครื่องปรุงรสในอาหาร และการเลือกซื้อหาอาหารสำเร็จรูป/แปรรูป มีการเพิ่มทักษะพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ได้แก่ การปฏิบัติวัดตวงเครื่องปรุงรส การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป และการปฏิบัติการเติมเครื่องปรุงระหว่างมื้ออาหาร ดังนั้นตามที่เดวิด ซี เม็กเคลเลน (McClelland, 1973) ได้ให้ความหมายและองค์ประกอบศักยภาพ (competency) ไว้ว่า ศักยภาพ คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ ในด้านของความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (attributes) ที่เกี่ยวข้องกัน ดังนั้นเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาศักยภาพตามกระบวนการแล้ว จะส่งผลให้เกิดความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสม และสามารถนำไปถ่ายทอดให้กลุ่มตัวอย่างได้โดยมีกระบวนการของการเป็นพี่เลี้ยง และทำตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพของ เดวิด ซี เม็กเคลเลน (McClelland, 1973) โดยการเพิ่มสมรรถนะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) บทบาททางสังคม 4) การสร้างภาพพจน์หรือมโนทัศน์เกี่ยวกับตัวเอง และ 5) แรงผลักดันเบื้องต้น ในการส่งผลให้เกิดความรู้การบริโภคโซเดียม เพื่อนำไปสู่การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้นำการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวไปถ่ายทอดข้อมูลด้านการบริโภคโซเดียมในชุมชน ผ่านการทำตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาใช้ในกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ การเป็นพี่เลี้ยง และส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนมี ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม

สมมติการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังได้รับโปรแกรมผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ก่อโรคไม่ติดต่อ อีกทั้งในการทำงานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของ เดวิด ซี เม็กเคลเลน (McClelland, 1973) มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการเพิ่มสมรรถนะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) บทบาททางสังคม 4) การสร้างภาพพจน์หรือมโนทัศน์เกี่ยวกับตัวเอง และ 5) แรงดันเบื้องต้น ในการส่งผลให้เกิดความรู้การบริโภคเกลือและโซเดียม ในเรื่อง 1) ปริมาณโซเดียมในอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน 2) การรับประทานเกลือโซเดียมที่เหมาะสม 3) การลดปริมาณเครื่องปรุงรสในอาหาร 4) การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป และการปฏิบัติกรบริโภคเกลือและโซเดียม ในเรื่อง 1) การปฏิบัติวัดตวงเครื่องปรุงรส 2) การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป และ 3) การเติมเครื่องปรุงระหว่างมื้ออาหาร นำไปสู่การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้นำการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวการไปถ่ายทอดข้อมูลด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมในชุมชน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผ่านกระบวนการระบบพี่เลี้ยง 4 ขั้นตอน (Phukaolaun, 2014) ที่ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การสร้างสัมพันธภาพและการทำข้อตกลง 3) การพัฒนาผู้เรียนและการรักษาความสัมพันธ์อันดี และ 4) การสิ้นสุดความสัมพันธ์ โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อาศัยอยู่ในอำเภอสาร์ภี ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.90 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน และ



เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างละ 27 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมตลอดการวิจัย 2) ไม่มีปัญหาด้านการอ่าน เขียน และการสื่อสาร 3) ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการรักษาปกติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mmHg ในครั้งสุดท้ายของปีงบประมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกิจกรรมการพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ เดวิด ซี แม็กเคลลัน (McClelland, 1973) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ บทบาททางสังคม การสร้างภาพพจน์หรือทัศนคติเกี่ยวกับตัวเอง และแรงผลักดัน

2. คู่มือแนวทางการลดบริโภคโซเดียม โดยใช้หนังสือของกรมอนามัย “กินเค็มน้อยลงสักนิด พิชิตโรคความดัน” (Sereesuchart, BoonChu, & Junbailek, 2018)

3. สื่อ และอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม

4. เครื่องมือวัดปริมาณความเค็ม (Salt meter)

5. ตัวแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอสาร์ภี และเคยได้รับรางวัลอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับ (ภาค/ประเทศ)

6. แผนการดำเนินกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสอบถามความรู้การบริโภคโซเดียม ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก-ผิด หาค่าความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .81 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kuder Richardson สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .87

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะข้อคำถามเป็นแบบการประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลยถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง เป็นคะแนน 1-3 ตามลำดับ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่า Pearson product moment correlation coefficient ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 2564-075 รหัสโครงการ: 2564-EXP047 หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย รวมทั้งชี้แจงรายละเอียดถึงมาตรการความปลอดภัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนการใช้ชื่อในการบันทึก



การนำเสนอข้อมูลนำเสนอเป็นภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มี 5 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ เดวิด ซี แม็กเคลลัน (McClelland, 1973) ซึ่งเป็น 2 ขั้นตอน ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นการพัฒนาส่วนหนึ่งของโปรแกรมที่เป็นเครื่องมือในการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1-3

สัปดาห์ที่ 1 (2 ชั่วโมง) นัดาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาที่ รพสต. ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม จัดกิจกรรมทบทวนบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รับรู้บริบทและความรู้เบื้องต้นของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม เพื่อกระตุ้นให้เกิดองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจ 3 องค์ประกอบได้แก่ บทบาททางสังคม การสร้างภาพพจน์หรือโน้ตศน์เกี่ยวกับตัวเองและการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดแรงผลักดันเบื้องต้น โดยได้ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทด้านการบริโภคโซเดียมที่ผ่านมา ให้ตัวแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยได้รับรางวัลในสาขา NCDs มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ทำความเข้าใจตนเองในการบริโภคโซเดียมโดยการเขียนภายใต้หัวข้อ “ตัวฉันกับการกินเค็ม” ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้เป็นอย่างดี

สัปดาห์ที่ 2 (1.5 ชั่วโมง) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม เพื่อให้เกิดองค์ประกอบในด้านความรู้ โดยใช้สื่อและอุปกรณ์ได้แก่ สไลด์นำเสนอความรู้เรื่องการบริโภคโซเดียม ซึ่งเนื้อหาประกอบไปด้วย 1) ปริมาณโซเดียมในอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน 2) การรับประทานเกลือโซเดียมที่เหมาะสม 3) การลดปริมาณเครื่องปรุงรสในอาหาร 4) การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป รูป และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ในเรื่อง 1) การปฏิบัติวัดดวงเครื่องปรุงรส 2) การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/แปรรูป และ 3) การเติมเครื่องปรุงระหว่างมื้ออาหาร นอกจากนี้ยังใช้แฟ้มความรู้เป็นสื่อในการเรียนรู้เพื่อเป็นเครื่องมือให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้นำไปถ่ายทอดให้กับกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 3 (3 ชั่วโมง) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการลดการบริโภคโซเดียมแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดองค์ประกอบในด้านทักษะ โดยการปรับสูตรอาหารและฝึกปฏิบัติวัดปริมาณโซเดียมโดยใช้เครื่อง Salt meter โดยปรับสูตรเมนูอาหารในชุมชนให้ลดปริมาณโซเดียมลงโดยศึกษาจากคู่มือแนวทางการลดบริโภคโซเดียม โดยใช้หนังสือของกรมอนามัย “กินเค็มน้อยลงสักนิด พิชิตโรคความดัน” และฝึกการใช้เครื่อง Salt meter วัดปริมาณโซเดียมในอาหาร รวมไปถึงการรับประทานอาหารเมื่อพบว่าปริมาณโซเดียมเกิน

2. ขั้นตอนที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4-8
กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 4 (2 ชั่วโมง) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (pre-test) และได้ถ่ายทอดความรู้เรื่องการลดการบริโภคโซเดียมแก่กลุ่มทดลองโดยใช้แฟ้มความรู้เป็นสื่อการเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 5-8 (30 นาที) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามที่บ้านกลุ่มทดลอง โดยมีกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการลดการบริโภคโซเดียมโดยใช้แฟ้มความรู้ และอินโฟกราฟิกที่ผู้วิจัยได้ส่งผ่านทาง Line open chat ติดตามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและมีการวัดปริมาณโซเดียมโดยใช้เครื่อง Salt meter ทุกครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้การทำงานผ่านกระบวนการระบบพี่เลี้ยง พัฒนาผู้เรียนและการรักษาความสัมพันธ์อันดี จนการสิ้นสุด โดยที่ผู้วิจัยติดตามผ่านทาง Line open chat และมีการทำแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (post-test) ในสัปดาห์ที่ 8



กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 4 (1 ชั่วโมง) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมตามที่นัดหมาย ขอความร่วมมือในการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ และผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องการบริโภคโซเดียม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (pretest)

สัปดาห์ที่ 5-7 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามแนวทางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สัปดาห์ที่ 8 (30 นาที) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมตามที่นัดหมาย เพื่อทำแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องการบริโภคโซเดียมและแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Rank sum test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าบาง และกลุ่มควบคุม 27 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเพศหญิง 36 ราย (ร้อยละ 66.67) เพศชาย 18 ราย (ร้อยละ 33.33) มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.28 ปี ($SD = 4.55$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
($n = 54$)

คะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.40	1.00	5.10	0.80	.235
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.04	0.71	5.25	0.86	.001



2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
(n = 54)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภค โซเดียม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	18.25	1.63	18.21	1.37	0.880
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.04	1.43	18.37	1.57	0.001

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม (n = 27)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้ารับ โปรแกรม		หลังเข้ารับ โปรแกรม		P-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
คะแนนเฉลี่ยความรู้	5.25	0.86	9.04	0.71	0.001
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม	18.25	1.63	25.04	1.43	0.001

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพเรื่องความรู้และการบริโภคโซเดียม ในขั้นตอนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในขั้นตอนที่ 1 โดยผู้วิจัยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพดังกล่าว ได้ใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมที่ได้รับการพัฒนาจากผู้วิจัย โดยแบ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อกลุ่มทดลองในเขตรับผิดชอบตนเอง 3-4 คน ซึ่งในสอดคล้องกับขั้นตอนของการเป็นพี่เลี้ยง 4 ขั้นตอน (Phukaolaun, 2014) ที่ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การสร้างสัมพันธภาพและการทำข้อตกลง 3) การพัฒนาผู้เรียนและการรักษาความสัมพันธ์อันดี และ 4) การสิ้นสุดความสัมพันธ์ ซึ่งทำให้ได้คู่พี่เลี้ยงที่เหมาะสมจากการวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกิดสัมพันธภาพอันดีเนื่องจากพี่เลี้ยงเป็นคนในชุมชนเดียวกันและเป็นผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบเดิมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ทำให้เกิดความไว้วางใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีความเชื่อถือในสิ่งที่ได้รับการถ่ายทอด



โดยการพัฒนาผู้เรียนนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทำตามแผนการถ่ายทอดความรู้ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และถ่ายทอดความรู้โดยใช้สื่อที่รับจากการพัฒนาศักยภาพจากผู้วิจัยได้แก่แฟ้มความรู้ ที่มีเนื้อหาตรงตามสไลด์ที่ผู้วิจัยใช้ให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การใช้ Infographic จากผู้วิจัยที่ส่งให้ในไลน์กลุ่ม Open Chat และการใช้ Salt meter ในการวัดปริมาณความเค็มในอาหาร นอกจากนี้ยังได้รับการติดตามที่บ้านเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับความรู้จากบุคคลซึ่งเป็นผู้ที่ไว้ใจ และเป็นคนในชุมชนที่เข้าใจถึงบริบท ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้อย่างเต็มที่ และได้รับแนวทางการปฏิบัติได้ตามวิถีชีวิตความเป็นอยู่ไม่ต่างจากเดิม ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงมีความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และ รักชนก ศขไกร (Ruerkluenrit, & Kodchakrai, 2014) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้เรื่องโรคและความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเบาหวานหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผลของการได้รับการถ่ายทอดความรู้และการปฏิบัติจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพทักษะด้านการปฏิบัติในการบริโภคโซเดียม โดยให้ความรู้กับกลุ่มทดลองในการบริโภคโซเดียมในสัปดาห์ที่ 4 และการติดตามพฤติกรรมปฏิบัติบริโภคโซเดียมในสัปดาห์ที่ 5, 6, 7, 8 นั้น ในกิจกรรมการติดตามจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการทบทวนความรู้เรื่องการบริโภคโซเดียม และมีการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องมือ Salt Meter ทุกครั้ง ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองได้เห็นผลของการปฏิบัติได้อย่างชัดเจนจากเครื่องมือดังกล่าว จากการติดตามของผู้วิจัยในไลน์กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังว่าปริมาณโซเดียมที่วัดได้จะไม่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนด ผลการวัดปริมาณโซเดียมในอาหารจากการติดตาม 4 ครั้งของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า มีค่าเฉลี่ย 1.30, 1.32, 1.12 และ 1.09 ตามลำดับ ซึ่งแม้ว่าค่าปริมาณโซเดียมในอาหารจะไม่ได้ลดลงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่พบว่ามีความแนวโน้มที่ลดลง ซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ได้พี่เลี้ยง ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คุ้นเคย เป็นบุคคลในชุมชนที่เข้าใจวิถีชีวิตความเป็นอยู่เดิม ทำให้การให้ความรู้ และการติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น อยู่ในพื้นฐานของการใช้ชีวิตประจำวัน การรับข้อมูลและการปรับเปลี่ยนต่าง ๆ จึงไม่ต่างจากเดิม ทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้ตามบริบทของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, กมลพรรณ วัฒนาก, ขวัญดา กลิ่นหอม, และ พชรนันท์ รัตนภาค (Songwatthanayuth, Watthanakorn, Klinhom, & Ratanapat, 2016) ได้ศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันสูงซึ่งมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ พบว่า หลังจาก



กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าและมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ ทักษะในการถ่ายทอดความรู้มากขึ้น และจากการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ระบบพี่เลี้ยง ทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับความรู้จากคนในชุมชนที่มีวิถีชีวิตเดียวกัน และสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้ตามบริบทของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติการใช้บริโภคโซเดียมได้อย่างถูกต้อง และจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ไปใช้ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ ทักษะนำไปถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยผ่านกระบวนการเป็นพี่เลี้ยง ที่สามารถเข้าถึงชุมชน และเข้าใจบริบทของชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะทำให้การนำความรู้ไปถ่ายทอดให้กลุ่มเป้าหมายนั้นมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้อย่างเหมาะสมกับโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยการวัดผลลัพธ์ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

References

- Chosungnoen, N. (2017). Health promotion to improve health behavior in people who working age which aim to prevent hypertension. *Primary Health Care Division Journal*, 12(1), 9-16. (in Thai)
- Jarupisitpaiboon, C., Premmasawat, N., Pesungnoen, A., Rungnoei N., & Dankul, P. (2021). Guidelines for potential development of village health volunteers to prevent stroke in a risk group. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(3), 74-89. (in Thai)
- Jewpraditkul, S. (2020). Self-care behaviors and blood pressure controlling ability of essential hypertension patients, Muang Potawas primary care unit. *Journal of Health Research and Innovation*, 3(1), 15-30. (in Thai)
- Keyong, E. (2018). The performance of village health volunteers in the midst of change. *Journal of Health Systems Research*, 11(1), 118-126. (in Thai)



- Maneetup, K., & Danseekaew, S. (2017). Situation of salt intake among people with hypertension in Thangkhuang Subdistrict, Waengnoi District, Khon Kaen Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(4), 140-149. (in Thai)
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for Intelligence. *American Psychologist*, 28(1), 1-14.
- Phukaolaun, S. (2014). *Mentoring system for working on human capital management enhancement projects*. Bangkok: Mdicp Holding. (in Thai)
- Ruaysundneon, S., Sansom, D., Methakarnjanasuk, N., Danseekaew, S., Chaiyapum, N., Khuntamul, R., & Dumnok, K. (2018). High sodium consumption situation and perception relevant to high sodium consumption associated with chronic kidney disease among people with chronic non-communicable disease. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 242-250. (in Thai)
- Ruerkluenrit, J., & Kodchakrai, R. (2014). Effectiveness of health volunteer's competency development program on knowledge and satisfaction on services among persons with diabetes type 2 in a community of Bangkok Metropolis. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(4), 157-163. (in Thai)
- Sereesuchart, W., BoonChu, W., & Junbailek, S. (2018). *Eat a little less salty to conquer hypertension*. Bangkok: Kaewjaojom Press Center. (in Thai)
- Songwatthanayuth, P., Watthanakorn, K., Klinhom, K., & Ratanapat, P. (2016). Effects of family and village health volunteer participation program on health promoting behaviors, and blood pressure in pre-hypertension adults. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(3), 1-14. (in Thai)
- Suksaad, T., Gnamaroon, W., & Suriyawongpisan, W. (n.d.). *NCDs situation report "kick off to the goals*. International Health Policy Program.
- Supavanuch, C., Warae, I., & Wanitchanon, K. (2020). *Factors relating work performance of village health volunteers in Narathiwat Province* [Research Report]. Narathiwat: Princess of Narathiwat University. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2015*. Bangkok: Author. (in Thai)
- Wamakhan, P., Wongpirom, R., & Punyakhomchanthaphun, P. (2020). The perception of hypertension information, prevention disease behavior and image of department of disease control of people living in region 10th area. *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal*, 18(2), 19-33. (in Thai)
- Wicheyun, W. (2015). *Knowledge and attitudes on the surveillance, prevention and control of diabetes mellitus and hypertension among village health volunteers in Li District, Lamphun Province (Unpublished master's thesis)*. Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Data report*. Retrieved from <https://www.who.int>



The Development of Family and Community Health Leaders for Elderly Care การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

เพชรีย์ กุณาละสิริ* Petcharee Kunalasiri*
ณัฐธิดา สร้อยเพชร** Nutch Soiphet**

Abstract

Family and community health leaders are individuals who are capable of solving family health problems and participating in community work. This participatory action research aimed to develop family and community health leaders for elderly care. The research was conducted in Jomthong subdistrict, Maunge district, Phitsanulok, and was composed of 2 phases. Phase 1 involved designing lessons by a knowledge management process according to a health promotion pattern comprised of health responsibility, physical activities, nutrition, interpersonal relation, spiritual development, and stress management from 40 community practitioners divided into 5 groups, with 8 people in each group. Phase 2 was comprised of 6 lessons, delivered to 38 participants selected by purposive sampling related to the inclusion criteria, to develop and evaluate the learning outcomes and learning process. Research instruments included the Community Health Leader for Elderly Care lessons, a learning outcomes test, and an assessment of satisfaction with the lesson and knowledge management forms. The data were analyzed using content analysis, inductive analysis, descriptive analysis and paired sample t-test.

The results showed that the 6 lessons designed by the community practitioners consisted of exercise for elderly, food for elderly, interaction to promote health for elderly, mental management for elderly, and stress management for elderly. The outcomes after the lessons found overall average scores were significantly higher ($p < .01$). The average scores before and after learning were 13.61 and 23.16, respectively. Satisfaction with the learning process was at a high level ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.58$).

The study findings suggest that family and community health leaders developed by the knowledge management process from family and community organizations by a participatory process can be a tool for creating responsibility to promote or solve holistic health problems of the elderly.

Keyword: Development; Family and community health leader; Elderly care

* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Phibunsongkram Rajabhat University;

E-mail: pecharee313@gmail.com

** Lecturer, Faculty of Nursing, Phibunsongkram Rajabhat University

บทคัดย่อ

แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของครอบครัวและมีส่วนร่วมในการทำงานชุมชน การวิจัยเชิงการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1) ออกแบบบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดการความรู้ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ 6 ข้อ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ประชากรเป้าหมาย คือ ชุมชนนักปฏิบัติในพื้นที่ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่มๆ 8 คน ระยะที่ 2) ประกอบด้วย 6 บทเรียน ดำเนินการพัฒนาตามบทเรียนและประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน จำนวน 38 คน ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย บทเรียนสำหรับการพัฒนาแกนนำ แบบฝึกหัดท้ายบทเรียน แบบวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสรุปความแบบอุปนัย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ชุมชนนักปฏิบัติออกแบบบทเรียนในการพัฒนาแกนนำได้ 6 บทเรียน ประกอบด้วย บทเรียนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ การมีปฏิสัมพันธ์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การบริหารจัดการสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ แกนนำที่ได้รับการเรียนรู้ครบทั้ง 6 บท พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ เท่ากับ 13.61 หลังการเรียนรู้เท่ากับ 23.16 ความพึงพอใจต่อบทเรียนและกิจกรรมการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.58$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เกิดจากการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและชุมชน เป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถสร้างความร่วมรับผิดชอบในการส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

คำสำคัญ: การพัฒนา แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม e-mail: pecharee313@gmail.com

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

วันที่รับบทความ 1 สิงหาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 26 กันยายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 29 กันยายน 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2563-2583 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุวัยต้น (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 3.5 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 7.1 ต่อปี จะมีมากถึง 3.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12.0 ล้านคนเป็น 20.5 ล้านคน อายุของประมาณ 85 ปี (Office of the National Economic and Social Development Council, 2019) ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และติดสังคม ร้อยละ 96.9 จากการสำรวจผู้ดูแลผู้สูงอายุตามกลุ่มวัย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุวัยปลายเป็นผู้ที่มีผู้ดูแลมากที่สุดร้อยละ 35.6 วัยกลางมีผู้ดูแลร้อยละ 11.4 และวัยต้นมีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 4.0 ผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.0) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา นอกจากนั้น สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ ปวส./ ปวท./อนุปริญญา ระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นใกล้เคียงกัน(ร้อยละ 16.5, 15.7 และ 14.7 ตามลำดับ) และจากการสอบถามการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ พบว่าผู้ดูแลได้รับการฝึกอบรมด้วยตนเอง หรือ จากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.9 โดยได้รับการอบรมน้อยกว่า 3 วัน ร้อยละ 3.1 อบรม 3 วันขึ้นไป ร้อยละ 2.8 โดยผู้ดูแลหลักเกือบทุกคน (ร้อยละ 97.2) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นบุตรของผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 5.9 เท่านั้นที่ได้รับการอบรมแบบเป็นทางการจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ (National Statistical Office, 2022)

จากสถานการณ์ดังกล่าวรัฐบาลมีมาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุด้วยการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่มุ่งเน้นการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การปกป้องสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพควบคู่กับการรักษาพยาบาล (Public Health Strategic Development Group, 2020) สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความเข้าใจวิธีการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูก ต้องเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่ดีเหมาะสมตามวัย สามารถมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตามพบว่า ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ เพราะส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีภาระต้องเลี้ยงดูครอบครัว ไม่มีเวลาทำงานได้อย่างเต็มที่ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะที่เป็นความสมัครใจจึงไม่มีความยั่งยืน ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และไม่มีวุฒิภาวะทางด้านจิตใจในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังขาดความชัดเจนด้านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลในการดูแลผู้สูงอายุ (Social Committee, Children's Affairs, Youth, Women, Elderly, The Disabled and the Underprivileged National Legislative Assembly, 2016)

แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว รวมถึงเป็นผู้ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองและขับเคลื่อนครอบครัวของตนเองในการดูแลสุขภาพ ได้รับการคัดเลือกอาสาสมัครหมู่บ้านที่รับผิดชอบละแวก หรือคุ้มบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากทุกครอบครัวๆ ละ 1 คน โดยที่เจ้าตัวและสมาชิกในครอบครัวยอมรับและเห็นด้วยในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวของตนเอง

ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเป็นตำบลในความรับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ตามนโยบายหนึ่งตำบลหนึ่งคณะของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิษณุโลก เพื่อดูแลชุมชนในความรับผิดชอบแบบองค์รวม มีประชากรทั้งหมด 2,525 คน



มีผู้สูงอายุจำนวน 360 คน เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 52 คน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 9 คน แนวโน้มอัตราส่วนการเป็นภาระรวมเท่ากับ 21.62 (Jomthong Subdistrict Administrative Organization, 2021) และมีแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนทำหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพอนามัยของครอบครัวและชุมชน

จากสถานการณ์การขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความไม่ชัดเจนของหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ สัดส่วนผู้ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนน้อยและไม่มีความยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาบทเรียนเพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นหน่วยที่สำคัญที่สุดในการเกื้อหนุนทุกรูปแบบที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และบุคคลในชุมชนสามารถให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Chankham, Buajaroen, & Oasvichean, 2015)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อออกแบบบทเรียนในการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโดยการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ
2. เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนตามบทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการจัดการเรียนรู้ตามบทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนต่อบทเรียนและการจัดการเรียนรู้

คำถามการวิจัย

1. บทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่ได้ผ่านการเรียนรู้ตามบทเรียนมีผลลัพธ์การเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นจากก่อนได้รับบทเรียน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้แบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และด้านการจัดการความเครียด (Stress management) (Murdaugh, Pender, & Parsons, 2019) ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ ซึ่งเป็นการปรับฐานความคิด และการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติร่วมกัน จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ความจำเป็นของชุมชน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นตรงตามปัญหาและความต้องการ ทำให้แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเกิดความ

พึงพอใจในการเรียนรู้ และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ร่วมกันของชุมชนนักปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การออกแบบบทเรียนพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุด้วยการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ

ประชากรเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจงตามจำนวนที่กำหนดในการจัดการความรู้จำนวน 40 คน ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน เป็นผู้นำชุมชนทางการปกครอง ผู้นำการเมือง ผู้นำศาสนา จำนวน 8 คน 2) ผู้นำทางธรรมชาติ หรือปราชญ์ชาวบ้านที่ชาวบ้านให้การยอมรับนับถือ จำนวน 8 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 8 คน 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือ ญาติผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย (Department of Health, 2013) จำนวน 8 คน 5) ผู้สูงอายุสุขภาพดีที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และมีผล ADL ≥ 12 และ Chula ADL index = 9 จำนวน 8 คน เกณฑ์คัดออกทุกกลุ่ม คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

ระยะที่ 2 แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวผู้สูงอายุมีสุขภาพดี (ผล ADL ≥ 12 และ Chula ADL index = 9) จำนวน 152 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวผู้สูงอายุมีสุขภาพดี (ผล ADL ≥ 12 และ Chula ADL index = 9) จำนวน 38 คน (กำหนดขนาดตามเกณฑ์ร้อยละจากประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุสุขภาพดี) (Therawut, 2010) ดำเนินคัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า คือ มีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นแบบอย่างให้ครอบครัวสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ และได้รับการสรรหาโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบละแวก หรือ คุ่มบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้าน/ชุมชน โดยที่เจ้าตัวสมัครใจ ครอบครัวและชุมชนยอมรับ เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1

1. ประเด็น/หัวข้อการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อหัวข้อที่กำหนด การแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ บทบาทของผู้ให้ข้อมูลในการเสวนากลุ่ม แนวทางการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เงื่อนไขความสำเร็จของกิจกรรม ความสำเร็จของกิจกรรม กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มตามกระบวนการจัดการความรู้ ปัญหาอุปสรรคที่อาจค้นพบ หัวข้อที่ได้รับมอบหมายรายการกลุ่ม ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด รายการข้อมูลดังกล่าวตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 1

2. บทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้จำนวน 6 บทเรียน ผ่านการทดสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนจำนวน 3 คน ได้เท่ากับ .88

ระยะที่ 2

1. แบบฝึกหัดท้ายบทเรียน เป็นข้อคำถามปลายเปิดรายบทฯ ละ 10 ข้อ จำนวน 60 ข้อ ทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ .72, .84, .81, .76, .78, และ .87

2. แบบวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ หลักการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยนำไปทดลองใช้กับแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .84

3. แบบสอบถามความพึงพอใจเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 16 ข้อ เป็นเครื่องมือการประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนและการจัดการเรียนรู้ 4 ด้าน ได้แก่ ผู้สอน ผู้เรียน การจัดการเรียนรู้ และประโยชน์ที่ได้รับ ทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับรองการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เลขที่ PSRU-EC No.2021/058 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ทำการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสัมพันธภาพและสถานะทางสังคม ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การออกแบบบทเรียนพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนภายใต้แบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยการจัดการความรู้ชุมชนนักปฏิบัติ ด้วยวิธีการเสวนากลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการความรู้ ไม่มีประธานในการพูดคุย เป็นการพูดออกมาจากความรู้สึก จากประสบการณ์โดยตรง ไม่ตัดสินถูกผิด ไม่ได้แย้ง ฟังไปจนจบโดยยังไม่ตัดสินใจ เป็นการปรับฐานความคิดโดยการฟัง ผู้รับฟังเห็นภาพที่ใกล้เคียงกันร่วมกัน หลังจากนั้นจัดประชุมหรืออภิปรายให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นและเห็นภาพการพัฒนาาร่วมกัน (Numprasert, 2015) แบ่งเวทีเสวนาเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 8 คน และมอบหมายหัวข้อ ดังนี้ 1) กลุ่มผู้นำชุมชน เสวนาเรื่อง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เสวนาเรื่อง กิจกรรมทางกาย 3) กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เสวนาเรื่อง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 4) กลุ่มแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เสวนาเรื่อง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 5) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เสวนาเรื่อง การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด จากนั้นนำผลการจัดการความรู้มาวิเคราะห์ข้อมูลและออกแบบเป็นบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุด้วยบทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ วิธีการพัฒนานั้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน (active learning) วัดผลลัพธ์จากความก้าวหน้าและประสิทธิผลการเรียนรู้ด้วยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน วัดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้วยแบบวัดความรู้ชนิดเลือกตอบ (multiple choice) และประเมินผลความพึงพอใจต่อบทเรียนและการจัดการเรียนรู้ ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจชนิดแบบวัดประมาณค่า (rating scale)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การทำดัชนีข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูล การจัดระเบียบเนื้อหาและประเภทของข้อมูล การวิเคราะห์สรุปประเด็นและพิสูจนับทสรุปหลังการจัดการความรู้ จากนั้นใช้การตีความแบบอุปนัย (inductive analysis) โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือจากการทวนสอบข้อมูลกับชุมชนนักปฏิบัติรายกลุ่มอีกครั้ง

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์คะแนนของแบบฝึกหัดท้ายบทเรียนใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าคะแนนความก้าวหน้า และค่าดัชนีประสิทธิผล (E.I.) การทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานของการวิจัยโดยใช้สถิติ Dependent samples t-test และการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อบทเรียนพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน และการจัดการเรียนรู้ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การออกแบบบทเรียนการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนโดยการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ พบว่า การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเพื่อสามารถคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนสามารถเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ ดังนี้

ผลการจัดการความรู้ เรื่อง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมถดถอยในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ อาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและรักษา เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน เป็นต้น จุดประสงค์หลักของการดูแลผู้สูงอายุ คือ การทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีอิสระ และมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ถึงแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยหรือมีโรคประจำตัวอยู่ก็ตาม แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรให้ความสำคัญเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และสามารถคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามขอบเขตที่กำหนด

การออกแบบบทเรียนชื่อเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ใช้เวลา 5 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การสร้างคุณค่าผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม วิธีการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อตนเองของผู้สูงอายุ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และแหล่งความรู้ด้านสุขภาพ การฝึกปฏิบัติ 3 ชั่วโมง มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการค้นหาและคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การวัดค่าความดันโลหิต (BP) การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว เพื่อหาค่าดัชนีมวลรวม (BMI) และการเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) การสังเกตสีหน้า ท่าทาง สีผิว การมองเห็น ลักษณะการเดิน การทรงตัวของผู้สูงอายุประกอบการพิจารณาประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

ผลการจัดการความรู้ เรื่อง การบริหารกาย พบว่า ผู้สูงอายุควรออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ การบริหารร่างกายให้ได้ครบทุกส่วนของร่างกายจะช่วยฝึกกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของร่างกาย ทำให้การเคลื่อนไหวและการทรงตัวดีขึ้น แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนัก การเกร็ง เบ่ง ยกน้ำหนัก การใช้ความเร็วสูง ไม่อยู่ในสถานที่ร้อนอบอ้าว อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หรือกลางแจ้งแดดจ้า และการยืดเหยียด รำไทเก็ก รำไม้พลอง โยคะ เดินเร็ว ว่ายน้ำ เป็นต้น

บทเรียนชื่อเรื่อง การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การออกกำลังกายที่ถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกายและเวลาสำหรับผู้สูงอายุ การใช้อุปกรณ์

กีฬาหรือเครื่องแต่งกายที่เหมาะสม การวิ่งสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในหนึ่งสัปดาห์ กิจกรรมที่เพิ่มสมรรถภาพทางกายและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย การฝึกปฏิบัติ 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การยืดเหยียดเส้น การอบอุ่นร่างกาย (warm up) ก่อนออกกำลังกาย การรำไทเก็ก รำไม้พลอง โยคะ ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

ผลการจัดการความรู้ เรื่อง โภชนาการ พบว่า อาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไป จะมีให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่มีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมมากขึ้น โรคเรื้อรังต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนการบริโภคอาหาร เช่น โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ตับ ไต ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ กระดูกพรุน โลหิตจาง แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรมีความรู้ เรื่อง การรับประทานอาหารให้เหมาะสมช่วยให้มีภาวะโภชนาการที่ดี การปัญหาการเจ็บป่วย การดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีนั้น สถานการณ์ปัจจุบันของแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และสถานการณ์ปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ

บทเรียนชื่อเรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การมีสุขภาพแข็งแรงเมื่อได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะ คุณค่าทางโภชนาการที่ครบถ้วน อันตรายของวัตถุเจือปนหรือสารปนเปื้อนในอาหารที่อาจก่อให้เกิดอันตราย รูปแบบการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 3 มื้อ การเลือกอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย การบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการเหมาะสมกับวัย การฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย การจัดทำแบบแผนการบริโภคอาหารและทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ครบถ้วน ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

ผลการจัดการความรู้ เรื่อง ปฏิสัมพันธ์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักอยู่ติดบ้านมากขึ้น ได้แต่นั่งๆ นอนๆ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อเหี่ยวลงทุกวัน แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุการทำกิจกรรม หรืองานอดิเรกที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมโดยพึ่งตนเองให้มากที่สุด ให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมปัจจุบัน ไม่ยึดถือตัวตน พึ่งความคิดเห็นของคนอื่น สนใจสิ่งใหม่ๆ คบเพื่อนต่างวัยเพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ออกสังคมบ้างเป็นครั้งคราว หรือเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้บ้าน สร้างคุณค่าให้ตนเองโดยการหางานอดิเรกที่ชื่นชอบทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เข้าวัดฟังธรรม เข้าร่วมชมรมต่างๆ หาโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนรุ่นเดียวกันเป็นครั้งคราว ช่วยเหลือให้คำปรึกษาแนะนำแก่ลูกหลานและคนรอบข้าง

บทเรียนชื่อเรื่อง ปฏิสัมพันธ์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การประเมินการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่แสดงออกถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึก การให้คำแนะนำ คำตักเตือน คำปรึกษากำลังใจ หรือการช่วยแก้ไขปัญหาก็เผชิญอยู่ การจัดกิจกรรมพบปะผู้สูงอายุที่วัดทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุที่มีองค์ความรู้สามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่ลูกหลานหรือเยาวชนให้แพร่หลายและยั่งยืน การปฏิบัติ 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การจัดกิจกรรมพบปะผู้สูงอายุที่วัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ กิจกรรมเข้าวัด ฟังธรรม และการจัดตั้งกลุ่มสร้างคุณค่าผู้สูงอายุสร้างพัฒนาชุมชน ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

การจัดการความรู้ เรื่อง การพัฒนาจิตวิญญาณ พบว่า จิตวิญญาณเป็นลักษณะภายในของบุคคลเป็นส่วนที่มองไม่เห็นแต่รู้สึกได้ เป็นขุมพลังที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตอยู่อย่างสมดุล เป็นแรงจูงใจของบุคคลต่อสิ่งที่มีค่าสูงสุดในชีวิต และเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในชีวิตที่สามารถนำบุคคลให้เป็นตัวของตัวเอง แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพ ฝึกจิตให้

อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภ ยศ สรรเสริญ หมั่นทำความดี นั่งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน การกระตุ้นจิตให้เป็นกุศลด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทั้งจากตนเอง ครอบครัว และความศรัทธาในศาสนา มีหลักยึดในการดำเนินชีวิต

บทเรียนชื่อเรื่อง การบริหารจัดการสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การสร้างคุณค่าผู้สูงอายุตามแนวทางแห่งวิสุทธิภูมิ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรเข้าใจ ความหมายของจิตวิญญาณ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย ความผาสุกที่เกิดจากแรงผลักดันภายในตัวเอง และความผาสุกที่เกิดจากความศรัทธาในศาสนา การฝึกปฏิบัติ 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การฝึกจิตให้สงบ การฝึกกลมหายใจ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

การจัดการความรู้ เรื่อง การจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุมีความหลากหลายและแตกต่างตามการดำเนินชีวิต ประเพณี และปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อบางคนเครียดจากสภาพร่างกาย ปัญหาจิตใจ ปัญหาทางบ้าน ความสัมพันธ์กับครอบครัว การเงิน และสิ่งแวดล้อมต่างๆ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนควรมีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การเพิ่มคุณค่าในตนเอง เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มความกล้าในการแสดงออก พัฒนาวิธีการแก้ปัญหาและสร้างแหล่งประโยชน์ในการแก้ปัญหา การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การเสริมแรงทางบวก ได้แก่ การให้ รางวัลชีวิต การแปรความเครียดให้เป็นพลัง การบำบัดด้วยกลิ่น วารีบำบัด อาหารคลายเครียด เป็นต้น ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

บทเรียนชื่อเรื่อง การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ ผลของความเครียดต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ผลกระทบของการเจ็บป่วยเมื่อเกิดความเครียด แนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพึงปฏิบัติและมีผลต่อความรู้สึกของตนเอง มิติด้านจิตใจ เป็นภาวะที่บุคคลให้ความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งที่ตนได้กระทำโดยมีแนวทางการจัดการความเครียดโดยมิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคมเป็นมิติที่บุคคลจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม หรือเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบมาจากปัจจัยด้านสังคมที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มิติด้านจิตวิญญาณเป็นภาวะของจิตใจที่มาจากผลของการกระทำหรือการรับรู้จากสิ่งภายนอก จนเกิดเป็นความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การฝึกปฏิบัติ 2 ชั่วโมง เนื้อหาเกี่ยวกับ การจัดการกิจกรรมกลุ่มการปลูกต้นไม้ การอ่านหนังสือ การร้องเพลง การฟังวิทยุ การฟังดนตรี การทำกลี้นบำบัด วารีบำบัด การจัดประกวดแข่งขันการออกกำลังกาย การทำอาหาร การปรับทัศนคติความเชื่อในพระพุทธศาสนา ประเมินผลโดยแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การจัดการเรียนรู้มีลักษณะการบรรยายเป็นกลุ่มใหญ่ ดำเนินการโดยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน และการฝึกปฏิบัติรายบทแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ดำเนินการโดยชุมชนนักปฏิบัติที่ร่วมออกแบบบทเรียนรายบทนั้นๆ กลุ่มละ 4 คน โดยมีอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้อำนวยการความสะดวก

ผลการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน พบดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 37.84 (SD 6.74) ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.95) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 84.21) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 12,174.60 บาท ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย (ร้อยละ 37.84)

2. ผลลัพธ์การเรียนรู้ก่อนและหลังการตามบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน แสดงดังตารางที่ 1-2



ตารางที่ 1 แสดงค่าสถิติพื้นฐานคะแนน คะแนนความก้าวหน้าและค่าดัชนีประสิทธิผลก่อนและหลังการเรียนรู้

ผลการทดสอบ	บทเรียนที่ 1		บทเรียนที่ 2		บทเรียนที่ 3		บทเรียนที่ 4		บทเรียนที่ 5		บทเรียนที่ 6	
	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ
ก่อนเรียน	5.10	23.33	5.95	6.49	5.15	5.39	5.68	5.61	5.26	20.88	5.78	15.96
หลังเรียน	9.47	91.58	9.68	95.61	9.32	9.05	9.74	9.79	9.95	96.49	9.97	97.19
ความก้าวหน้า	4.37	68.25	3.73	79.12	4.17	66.67	4.06	70.18	4.69	75.61	4.19	81.23
ดัชนีประสิทธิผล	89.01		94.74		87.01		93.34		95.56		96.66	

จากตารางที่ 1 คะแนนความก้าวหน้าหลังจัดการเรียนรู้รายบทตามบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนสูงกว่าก่อนเรียนรายบท ดังนี้

ร้อยละของความก้าวหน้า เท่ากับ 68.25, 79.12, 66.67, 70.18, 75.61, 81.23 ตามลำดับ

คะแนนดัชนีประสิทธิผล เท่ากับ 89.01, 94.74, 87.01, 93.34, 95.56, 96.66 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ก่อนและหลังการเรียนรู้ตามบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน

การทดสอบ	คะแนนเต็ม	N	$\bar{X}$	ร้อยละ	SD	t-test	p-value
ก่อนการจัดการเรียนรู้	30	38	13.61	45.37	2.98		.01
หลังการจัดการเรียนรู้	30	38	23.16	77.20	2.01	20.91**	

**p < .01

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้โดยรวมเท่ากับ 13.61 ภายหลังการจัดการเรียนรู้ตามบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเท่ากับ 23.16 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ความพึงพอใจต่อบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนและการจัดการเรียนรู้

การประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนสำหรับพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่ออกแบบจากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติและการจัดการเรียนรู้ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 ด้านผู้สอนประกอบด้วย การส่งเสริมให้เกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ การให้คำปรึกษา การแนะนำ ดูแลอย่างทั่วถึง การให้ความช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหา การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสรุปบทเรียนด้วยตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ด้านผู้เรียน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการอภิปราย การแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อย การยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ความสามารถในการตอบประเด็นปัญหาโดยใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ความสามารถในการตั้งประเด็นในสิ่งที่อยากรู้ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 ด้านการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย ความง่ายของเนื้อหาเหมาะสมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นไปตามลำดับขั้นตอน การประเมินผลที่มีหลากหลายรูปแบบมีส่วนร่วมในการประเมินผลงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ประกอบด้วย ได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการแก้ปัญหา สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้จริงเข้าใจเนื้อหาได้ลึกซึ้งครอบคลุมมากขึ้น สามารถคิดค้นและสร้างสรรค์งานได้ด้วยตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40

การอภิปรายผล

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ จากข้อค้นพบ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การออกแบบบทเรียนในการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ (Murdaugh et al., 2019) พบว่า บทเรียนในการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน แบ่งเป็น 6 บทเรียน ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ 2) การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 3) อาหารสำหรับผู้สูงอายุ 4) การปฏิสัมพันธ์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5) การบริหารจัดการ บริหารอารมณ์สำหรับผู้สูงอายุ และ 6) การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ และบทเรียนมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ สามารถนำไปออกแบบได้สอดคล้องกับประเด็นที่กำหนด การจัดการความรู้ที่ใช้เวทีเสวนาทำให้เข้าใจธรรมชาติ ความเป็นอยู่ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน เพราะเป็นกระบวนการกลุ่มไม่มีประธานในการพูดคุย เป็นการพูดออกมาจากความรู้สึก จากประสบการณ์โดยตรง ไม่ตัดสิน ถูกผิด ไม่ได้แย้ง ฟังไปจนจบโดยยังไม่ตัดสินใจ เป็นการปรับฐานความคิดโดยการฟัง ผู้รับฟังเห็นภาพที่ใกล้เคียงกัน ร่วมกัน หลังจากนั้นจึงจัดประชุมหรืออภิปรายให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นและเห็นภาพการพัฒนาาร่วมกัน (Numprasert, 2015)

บทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ เนื่องจากกระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นจะเกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายในการที่จะมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ในการอบรมให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเครือข่ายชมรม ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ การกินอยู่อย่างไรให้ชีวิตยืนยาว การแลกเปลี่ยนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับรางวัลผู้สูงอายุสุขภาพดี การแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำเนินตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ การดำรงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเสริมอย่างต่อเนื่องในวันประชุมประจำเดือน การฝึกอบรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง กลองยาวและการแกว่งแขน การฝึกทักษะการจัดการความเครียด การพักผ่อน การฝึกทักษะ การบริหารจัดการ และการสาธิตกรรมวิธีการปรุงหรือประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Chalardlon, Moolsart, & Lawang, 2017) และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัวผู้สูงอายุที่ถูกหลานควรคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมากและเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในทางหนึ่งทางใดมาก่อน มีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ดี โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความยินดีและเต็มใจให้ข้อคิดเห็นรวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่อ่อนวัยกว่าเสมอ (Thanakwang & Soonthorndada, 2008; Zarit & Femia, 2008) นอกจากนั้นมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยได้กำหนดกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพในเชิงรุกโดยการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งสมาชิก ครอบครัว ผู้ดูแล ด้านสุขภาพ อาสาสมัคร และผู้สูงอายุ จึงนับเป็นวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้ดำเนินงานร่วมกันในการดูแลรักษาและสร้างเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (Angkhasuwaphala, 2010)

2. ผลลัพธ์การเรียนรู้ พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้หลังการเรียนรู้จากบทเรียนที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความพึงพอใจต่อบทเรียนในระดับมาก ($\bar{X} = 4.59$ SD = 0.58) เนื่องจากการออกแบบบทเรียนและการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เกิดจากกระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนนัก

ปฏิบัติที่เป็นกลุ่มคนในพื้นที่มาแลกเปลี่ยนความรู้ ความสนใจในหัวข้อที่ผู้วิจัยกำหนด มีการเรียนรู้วิธีการเพื่อให้สามารถปฏิบัติ หรือทำให้ดีขึ้นกว่าเดิม มีการแลกเปลี่ยน และสร้างทักษะ สร้างความรู้ และความเชี่ยวชาญให้เกิดขึ้นในกลุ่มที่เน้นในการแลกเปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practices) (Young, 2010) และบทเรียนที่ได้จากการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ เกิดจากกระบวนการที่สร้างความมีส่วนร่วม มีขั้นตอน มีการวิเคราะห์แสดงความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความรู้และการจัดการความรู้ให้เป็นระบบ โดยการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Moffett & McAdam, 2009; Watanabe & Senoo, 2010; Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, 2020) นอกจากนั้นการเรียนรู้ที่เน้นบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้อบรมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มและมีผู้สอนคอยเป็นผู้แนะนำ ทำให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น เป็นวิธีการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้อบรมได้ลงมือทำและคิดในสิ่งได้ทำไป เพื่อเป็นการสร้างประสบการณ์ตรงให้เกิดขึ้นแก่ผู้เรียน โดยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้สอนด้วยการลงมือทำกิจกรรมร่วมกัน (Faculty of Engineering Prince of Songkla University, & Hat Yai, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ที่พบว่า ภายหลังการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม หลังการพัฒนาสมรรถนะผู้เข้ารับการอบรม ร้อยละ 56.76 มีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก และมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.48$; $\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.71$) (Rungsawang, Tongtanunam, Nusawat, & Panpin, 2020) และการศึกษาของ นงนุช โอปะะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ และ ชญาภา บุญลือ (Oba, Homsuwan, & Boonlue, 2021) ที่พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลวังชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมและมีการฝึกปฏิบัติ พบว่า ภายหลังการประเมินโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะอยู่ในระดับถูกต้องทุกรายการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างแท้จริง เนื่องจากเกิดจากถ่ายทอดความรู้และเรื่องราวผ่านประสบการณ์ตรงของชุมชน
2. ควรจัดการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุได้
3. บุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพควรวางแผนช่วยเหลือในการให้ความรู้แก่แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมและถูกต้องตามหลักวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประเมินศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุติดสังคมของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน
2. ควรประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ควรพัฒนาความรู้และทักษะของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในพื้นที่



4. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนให้ต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน

Reference

- Angkhasuwaphala, N. (2010, February). *Community participation in elderly health care*. National Conference on Ageing and Elderly Proceeding “Happy elderly society by health and environment” at OrPorRor Building, King Chulalongkorn Memorial Hospital. (in Thai)
- Chalardlon, T., Moolsart, S., & Lawang, W. (2017). The development of a health promotion activity model for elderly in the ban pong elderly klungpunya club. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(2), 154-167. (in Thai)
- Chankham, W., Buajaroen, H., & Oasvichean, C., (2015). Elderly care system model by community and local government with self-management case study: Targnam Sub-district local government, Inburee District, Sing Buree Province. *Research Journal for Spatial Development*, 7(3), 1-20. (in Thai)
- Department of Health. (2013). *Guidelines for the training of elderly caregivers for 70 hours*. Bangkok: National publishing house of Buddhism. (in Thai)
- Faculty of Engineering Prince of Songkla University, Hat Yai. (2014). *Active learning process techniques: From assessment*. Songkla: Numsin Advertising. (in Thai)
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2020). *KM Definition*. Bangkok: Mahidol University. (in Thai)
- Jomthong Subdistrict Administrative Organization. (2021). *Annual performance report 2020*. Rome: Italy.
- Moffett, S., & McAdam, R. (2009). Knowledge management: A factor analysis of sector effects. *Journal of Knowledge Management*, 13(3), 44-59.
- Murdaugh, C. L., Pender, N. J., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). New York: Pearson.
- National Statistic Office. (2022). *The 2021 survey of the older person in Thailand*. Bangkok: National Statistic Office. (in Thai)
- Numprasert, S. (2015). *Knowledge management*. Bangkok: SE-EDUCATION. (in Thai)
- Oba, N., Homsuwan, R., & Boonlue, C. (2021). Development of family caregivers’ knowledge and skills regarding older adults’ care. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(1), 13-24. (in Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2019). *The forecast population project of Thailand for 2010-2040*. Bangkok: Author. (in Thai)
- Public Health Strategic Development Group. (2020). *Situation of the Thai elderly 2020*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (in Thai)
- Rungsawang, T., Tongtanunam, Y., Nusawat, J., & Panpin, S. (2020). The competency development of elderly care managers in Nonthaburi Province: A monitoring and evaluating research study. *Journal of Health Science Research*, 14(2), 93-104. (in Thai)



- Social Committee, Children's Affairs, Youth, Women, Elderly, Disabled and Underprivileged National Legislative Assembly. (2016). *Summary of the roundtable discussion on shortage of personnel in caring for the elderly*. In academic document No.27 (28-30). Bangkok: Author. (in Thai)
- Thanakwang, K., & Soonthorndada, K. (2008). Family relations and health promotion behavior among older people in Nan Province. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(7), 1102-1108. (in Thai)
- Therawut, A. (2010). *Action research* (3th ed.). Ubon Ratchattani: Youngsawat intergroup. (in Thai)
- Watanabe, M. R., & Senoo, D. (2010). Shaping knowledge management: Organization and national culture. *Journal of Knowledge Management*, 14(2), 214-217.
- Young, R. (2010). *Knowledge management tools and techniques manual*. Tokyo, Japan: Asian Productivity Organization.
- Zarit, S., & Femia, E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 47-53. (in Thai)



Effects of Breastfeeding on Pain in Full-term Neonates during Immunization Injections ผลของการดูดนมแม่ต่อความปวดขณะฉีดวัคซีนในทารกแรกเกิดครบกำหนด

นงเยาว์ ลาวิณห์* Nongyao Lawin*
ภารดี บุญเพิ่ม** Paradee Boonperm**

Abstract

Vaccination can induce pain in newborn infants and stress or anxiety in parents. This study used a two-group, quasi-experimental design. The objective was to compare pain levels during injectable immunization between breastfeeding and routine-care full-term neonates. The two hundred and twelve subjects were recruited from a group of term infants who had delivery without complications at HRH Maha Chakri Sirindhorn Medical Center in Nakhon Nayok province. The subjects were divided in two groups by purposive sampling; there were 106 cases in each group. The experimental group received injectable immunizations while breastfeeding, and the control group received immunization during routine care. The instruments used in this study were divided into 2 types: 1) brochures on breastfeeding position and the BCG vaccine; and 2) assessment of infant's pain during injectable immunization by the Infant Pain Scale-NIPS (Lawrence et al., 1993). Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann - Whitney U test.

The results show that pain levels in breastfed infants were significantly lower than the pain levels in routine-care infants with a statistically significant difference ($p < 0.001$).

Therefore, breastfeeding could decrease an infant's pain during immunization injections.

Keywords: Pain; Full-term neonates; Breastfeeding; Immunization injections

* Registered Nurse, HRH Princess MahaChakri Sirindhorn Medical Center, Faculty of Medicine Srinakharinwirot University

** Corresponding Author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University; e-mail: paradee@g.swu.ac.th

Received 26 January 2022; Revised 30 June 2022; Accepted 15 August 2022



บทคัดย่อ

การฉีดวัคซีนในทารกแรกเกิดส่งผลทำให้ทารกเกิดความปวด และพ่อแม่เด็กเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลใจได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดจากการฉีดวัคซีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกแรกเกิดครบกำหนด จำนวน 212 ราย ที่คลอดในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 106 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดุนนมมารดาขณะฉีดวัคซีน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติขณะฉีดวัคซีน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) เครื่องที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับทำอุ้มทารกดุนนม และการฉีดวัคซีนปัสสาวะในทารกแรกเกิด 2) เครื่องมือที่ใช้แบบประเมินคะแนนความเจ็บปวดของทารกแรกเกิด (The Neonatal Infant Pain Scale: NIPS) ของ ลอว์เรนซ์ และคณะ (Lawrence et.al., 1993) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Mann - Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่าทารกแรกเกิดครบกำหนดที่ได้ดุนนมมารดาขณะฉีดวัคซีนมีค่าระดับคะแนนความปวดน้อยกว่าทารกแรกเกิดครบกำหนดที่ได้รับการดูแลตามปกติขณะฉีดวัคซีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้น การให้นมมารดาสามารถลดความปวดในทารกขณะได้รับการฉีดวัคซีนได้

คำสำคัญ: ความปวด ทารกแรกเกิดครบกำหนด การดุนนมมารดา การฉีดวัคซีน

* พยาบาล โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ e-mail: parade@g.swu.ac.th

วันที่รับบทความ 26 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 30 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 15 สิงหาคม 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่ต้นแขนทารกแรกเกิดเป็นเหตุการณ์ที่เด็กทุกคนต้องได้รับ ด้วยนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีการบริการวัคซีนขั้นพื้นฐาน เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทุกคน สำหรับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ให้บริการวัคซีน 11 ชนิด (Department of Disease Control, Ministry of Public Health of Thailand, 2019) ซึ่งการฉีดวัคซีนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด โดยความเจ็บปวดจากการฉีดวัคซีนนั้นนำไปสู่ภาวะเครียด ความวิตกกังวลใจในเด็กและพ่อแม่ (Immunize Canada, 2022) ความเจ็บปวดจากการฉีดวัคซีนยังส่งผลทำให้เด็กเกิดความกลัวแพथ พยาบาล และกลัวเข็มฉีดยาตามมา (Immunize Canada, 2015) การวัคซีนปัสสาวะในทารกแรกเกิดต้องฉีดเข้าในชั้นผิวหนัง ผลกระทบจากการฉีดยานอกจากความเจ็บปวดแล้ว ถ้าหากฉีดลึกเกินไปอาจเกิดเป็นแผล ต่อมฝีหรือฝีบริเวณใกล้เคียงที่ฉีด อักเสบโต เป็นฝี มีหนองขึ้นบริเวณที่ฉีด ซึ่งหายได้เอง และการฉีดวัคซีนเข้าในชั้นกล้ามเนื้ออาจส่งผลให้เกิดการอักเสบเป็นไตเฉียบพลันได้ อันจะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งการฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อมักจะเจ็บกว่าการฉีดวัคซีนเข้าใต้ผิวหนัง ความเจ็บปวดจากการแทงเข็ม อาจลดได้โดยการดึงผิวหนังให้ตึงก่อนแทงเข็ม และอาจใช้วิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การปลอบใจ การให้เด็กกอดผู้ปกครองแน่นๆ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health of Thailand, 2019)

กลไกการเกิดความปวด สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน โดย แนวคิดทฤษฎีประตูควบคุมความปวด (Gate Control theory) ซึ่งกล่าวถึงการส่งสัญญาณความปวดเข้าสู่สมองแล้วร่างกายจะรับรู้ความปวด ทำให้สามารถเข้าใจเมื่อมีความเครียด หรือมีความสนใจต่อความปวดมาก เพราะกลไกการทำงานของความคิดส่วนกลางไม่สามารถสั่งการให้ประตูควบคุมความปวดปิดได้ บุคคลจะรู้สึกปวดมากขึ้น ซึ่งความปวดในเด็กสามารถประเมินจากการสังเกตจากปฏิกิริยาของสีหน้า การเคลื่อนไหว หรือ การร้องไห้ของข้อพับ การส่งเสียงร้องของเด็ก การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต เป็นต้น (Vitayaburanant & Chotisukarat, 2016) ซึ่งการจัดการความปวดด้วยการลดความสนใจต่อความปวด หรือการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถจัดการกับความปวดที่นิยมใช้กันมาก วิธีนี้จะทำให้ดึงความสนใจจากสิ่งที่กำลังทำให้เกิดความปวดมาสู่กิจกรรมอื่น ๆ ที่ใช้เบี่ยงเบนความสนใจ ส่งผลให้ความสนใจต่อความปวดและการรับรู้ต่อความปวดลดลง (Leungsomnapa & Ngamkham, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาเปรียบเทียบการตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการถูกเจาะเลือดในทารกแรกเกิดครบกำหนดขณะกำลังดื่มนมแม่ และหลังจากดื่มนมแม่แล้ว โดยศึกษาในทารกแรกเกิดครบกำหนดจำนวน 75 คนที่ต้องถูกเจาะเลือดตามกระบวนการดูแลทารกตามปกติที่อายุ 48 ชั่วโมง โดยทารกจะถูกจับสลากแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ถูกเจาะเลือดขณะกำลังดื่มนมแม่ กลุ่มที่ 2 ถูกเจาะเลือดหลังดื่มนมแม่อิ่มแล้วไม่เกิน 10 นาที และกลุ่มที่ 3 ถูกเจาะเลือดขณะที่ไม่ได้ดื่มนมแม่นานเกิน 1 ชั่วโมงแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง แล้ววัดการตอบสนองต่อความเจ็บปวดทางสรีระด้วยอัตราการเต้นของหัวใจ และค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดที่เปลี่ยนแปลง วัดพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้วย ระยะเวลาของการร้องไห้ และระดับความเจ็บปวดของทารก ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการร้องไห้และระดับความเจ็บปวดในทารกที่ถูกเจาะเลือดขณะกำลังดื่มนมแม่ น้อยกว่าในกลุ่มที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Puntitpong, 2013) และการศึกษาผลของการให้ดื่มนมมารดาอย่างมีแบบแผนต่อความปวดจากการเจาะเลือดในทารกแรกเกิดอายุ 48-72 ชั่วโมง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ให้ดื่มนมมารดาอย่างมีแบบแผน จำนวน



20 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ทารกกุ่มทดลองที่ให้ ดื่มนมมารดาอย่างมีแบบแผน มีความปวดหลังการเจาะเลือดทุกช่วงเวลาน้อยกว่าทารกกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (Thongprong, Chaimongkol, & Pongjaturawit, 2011)

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ เกรย์, มิลเลอร์, ฟิลิป, และ บลาส (Gray, Miller, Philipp, & Blass, 2002) ศึกษาเกี่ยวกับการดื่มนมมารดาลดความปวดของทารกแรกเกิดครบกำหนดขณะเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าใน ทารกจำนวน 30 ราย โดยใช้แบบประเมินความปวดจากการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย (Neonatal Infant Pain Scale: NIPS) ผลการศึกษาพบว่า การร้องไห้และการแสดงออกทางใบหน้าลดลงร้อยละ 91 และร้อยละ 84 ตามลำดับ ในทารกที่ดื่มนมมารดาขณะเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า และ ซิงห์, สิมาลตี, และ ซิงห์ (Singh, Simalti, & Singh, 2017) ศึกษาพบว่าทารกดื่มนมมารดาช่วยลดความปวดขณะได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า และพบว่าปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความปวด โดยมีการร้องไห้น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดื่มนมมารดาขณะรับ การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า รวมถึงอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นและการลดลงของความเข้มข้นของออกซิเจน ในเลือด ในกลุ่มที่ดื่มนมมารดาขณะได้รับการถูกเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดื่มนมมารดาขณะรับ การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า นอกจากนี้ แฮร์ริสัน และคณะ (Harrison et al., 2020) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ ทารกดื่มนมมารดาลดความเจ็บปวดจากการฉีดวัคซีนในทารกแรกเกิด อายุ 28 วัน ถึง 12 เดือน พบว่าทารกดื่มนม มารดามีคะแนนความปวดต่ำกว่าทารกที่ไม่ได้ดื่มนมมารดา จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการดื่มนม มารดาขณะได้รับหัตถการมีผลต่อความปวดในทารก

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความปวดจากฉีดวัคซีนในทารกแรกเกิดครบ กำหนดขณะดื่มนมมารดา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของระดับคะแนนความปวดจากการฉีดวัคซีนของทารกแรก เกิดครบกำหนดขณะให้ทารกดื่มนมมารดา และ ทารกไม่ได้ดื่มนมมารดา ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการลดความปวดในทารกที่ดื่มนมมารดาขณะได้รับการฉีดวัคซีนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดของทารกแรกเกิดครบกำหนดจากการฉีดวัคซีนขณะให้ทารกดื่มนม มารดา และทารกแรกเกิดครบกำหนดขณะให้การดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ระดับคะแนนความปวดจากการฉีดวัคซีนของทารกแรกเกิดครบกำหนดขณะดื่มนมมารดาน้อยกว่าระดับ คะแนนความปวดจากการฉีดวัคซีนของทารกแรกเกิดครบกำหนดที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีประตูควบคุมความปวด (Gate Control theory) ของ เมลแซค และ วอล (Melzack & Wallm, 1965) ที่อธิบายว่า ร่างกายคนเรามีเส้นใยประสาทที่สามารถนำส่งสัญญาณความปวด และสามารถขัดขวางสัญญาณความปวด คือ เส้นใยประสาทเอ เดลต้า (A delta fiber) และ เส้นใยประสาทซี ไฟเบอร์ (C fiber) เส้นใยประสาททั้งสองชนิดนี้รับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผ่านตัวรับรู้ความรู้สึก ปวดไปที่บริเวณคอร์ซอล ฮอร์น (dorsalhorn) ของไขสันหลัง (spinal cord) ซึ่งจะมีเซลล์สับสแตนเชียล เจลาติ- โนซา หรือ เอสจี เซลล์ (substantia gelatinosa: SG cell) มีหน้าที่ควบคุมการปิดหรือเปิดประตูของไขสันหลัง ว่าจะยอมให้สัญญาณความปวดเดินทางไปสู่สมองได้หรือไม่ หากสัญญาณความปวดเข้าสู่สมองร่างกายจะรับรู้



ความปวด และกลไกการทำงานของประตูดสามารถสั่งการให้ประตูด สามารถขัดขวางสัญญาณความปวดได้ โดยผ่านการส่งสัญญาณไปทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ (T-cell) ซึ่งความปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย หรือเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำ รวมทั้งมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว และความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (Sunthornsirisap & Sanasuttipun, 2012)

ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลต่อการปิดของประตูดควบคุมความปวด ได้แก่ ความสามารถของสมองในการหลั่งสารสื่อประสาทที่สร้างจากต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) และ ไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ในสมอง เรียกว่า สารเอ็นโดรฟิน (endorphin) สารนี้จะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทชื่อโอปิออยด์ รีเซพเตอร์ (opioid receptors) ในไขสันหลัง ส่งผลให้ประตูดที่ไขสันหลังปิด และไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดมาที่สมองได้ ซึ่งการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นอีกหนึ่งเทคนิคสำคัญในการป้องกันตนเองจากความปวดที่ใช้ได้ผลดีมากในเด็กที่ได้รับ ความปวดชนิดเฉียบพลันไม่รุนแรง ในระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้หลักในการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด ความสนใจเกี่ยวกับความปวดด้วยการหันเหความสนใจของเด็กจากจุดที่ได้รับ ความปวดไปสู่การกระตุ้นอื่นที่น่าสนใจมากกว่าและสร้างความรู้สึกพึงพอใจ โดยไม่ทำให้ความปวดหายไป แต่ทำให้มีการเพิ่มความทนต่อความปวดได้สูงขึ้น ช่วยให้เผชิญความปวดได้ดีขึ้น การรับรู้ความปวดในสมองลดลงเป็นผลให้การตอบสนองต่อความปวดที่เกิดขึ้นนั้นลดลง (Leaungsomnapa & Ngamkham, 2013) เช่น การดุนนมมารดาของทารกแรกเกิดที่ช่วยลดการรับรู้ความปวด ทารกเกิดความพึงพอใจและความสุขสบาย ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน (endorphin) (Thongprong et al., 2011)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ Two group posttest designs only เพื่อเปรียบเทียบผลของคะแนนระดับความปวดของทารกแรกเกิดครบกำหนดจากการฉีดวัคซีน ให้ทารกดุนนมมารดา และ ทารกแรกเกิดครบกำหนดจากการฉีดวัคซีนขณะให้การดูแลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทารกแรกเกิดครบกำหนดคลอดที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนด α error เท่ากับ 0.05 effect size = 0.5 power = 0.95 (one tail) จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย และกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างที่ได้ คือ กลุ่มทดลองจำนวน 106 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 106 ราย ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มารดาคลอดปกติ อายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ถึง 41 สัปดาห์
2. อายุทารกหลังเกิด 48 ชั่วโมง
3. สุขภาพทารกแข็งแรง ไม่มีความพิการแต่กำเนิด ไม่มีความเจ็บป่วยหลังเกิด
4. ทารกดุนนมมารดาได้ปกติ
5. มารดาสามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้ดี
6. มารดาให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อทารกแรกเกิดครบกำหนด ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และคลอดที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และสามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของการวิจัยจำนวน 212



คน ทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 106 คน ทำการฉีดวัคซีนขณะให้ทารกดื่มนมมารดา และกลุ่มควบคุม จำนวน 106 คน ทำการฉีดวัคซีนขณะให้การดูแลปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับทำอุ้มทารกดื่มนม และการฉีดวัคซีน บีซีจี (BCG) ในทารกแรกเกิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของมารดาและทารกแรกเกิด ได้แก่ อายุ วิธีการคลอด เพศทารก น้ำหนักทารก น้ำหนักมารดา ส่วนสูงมารดา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัว สิทธิการรักษา บุคคลที่มารดาพักอาศัยด้วย บุคคลที่ดูแลมารดาเมื่อคลอดบุตร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปวด ใช้แบบประเมินระดับคะแนนความปวด (The Neonatal Infant Pain Scale: NIPS) พัฒนาขึ้นโดย ลอเลนซ์ และคณะ (Lawrence et al., 1993) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมตอบสนองความปวดของทารกประกอบด้วย 6 หมวดได้แก่การแสดงออกทางใบหน้า (Facial Expression) การร้องไห้ (Crying) แบบแผนการหายใจ (Breathing Patterns) ภาวะความตื่นตัว (State of Arousal) การเคลื่อนไหวของแขน (Arms) และขา (Legs) การให้คะแนนสีหน้า ถ้ามีปรากฏการแสดงออกให้คะแนนดังนี้ เฉยๆ สบาย 0 คะแนน หน้าแฉะ เบะปาก จมูกย่นหัวคิ้วแน่น ปิดตาแน่น 1 คะแนน แขน วางสบายๆ 0 คะแนน งอแขน 2 คะแนน ขาวางสบายๆ 0 คะแนน งอ หรือ เขยียดขา 2 คะแนน ยกเว้นการร้องไห้ ถ้าปรากฏการแสดงออกให้คะแนนดังนี้ ไม่ร้อง 0 คะแนน ร้องคราง 1 คะแนน กรีดร้อง 2 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 7 คะแนน ถ้าคะแนนที่ให้มากกว่า 3 คะแนนถือว่าทารกมีความปวด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือประเมินพฤติกรรมตอบสนองความปวดของทารกหาความเที่ยงตรง (validity) โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องและขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา การตีความหมายของข้อความ รวมทั้งข้อแนะนำและข้อเสนอแนะ แล้วนำไปหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบวัดมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง: SWUEC-263/59E ผู้วิจัยปกป้องสิทธิความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยการขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์ม ผู้วิจัยแนะนำตัวตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างมีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ถึงแม้ว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่กระทำในภาพรวม เพื่อจุดมุ่งหมายเชิงวิชาการเท่านั้น



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติไว้ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อชี้แจงกลุ่มเป้าหมายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการศึกษาพร้อมทั้งให้ข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ต่อทารกแรกเกิดครบกำหนดให้กับมารดาได้รับทราบ

1.2 ประสานงานหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย พร้อมกับขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนดำเนินการ

หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของมารดาในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการเข้าร่วมโครงการวิจัย วัตถุประสงค์โครงการวิจัย รวมทั้งให้มารดาเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1 ให้ความรู้ สอนสาธิตย้อนกลับแก่มารดาในกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการอุ้มทารกดูดนมที่ถูกวิธีจำนวน 3 ครั้ง พร้อมแจกแผ่นพับให้ความรู้เรื่องทำอุ้มทารกดูดนม และความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนบีซีจี (BCG) ทั้งนี้ก่อนการฉีดวัคซีน มารดาทุกรายจะต้องผ่านการประเมินการอุ้มทารกดูดนมที่ถูกวิธี โดยหัวหน้าโครงการวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการจากคลินิกนมแม่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก

2.2 อธิบายการขั้นตอน และวิธีการฉีดวัคซีนบีซีจี (BCG) ที่ถูกวิธี แก่มารดาทุกรายก่อนการฉีดวัคซีนในกลุ่มทดลอง

2.3 หลังจากมารดาให้การยินยอมเข้าร่วมวิจัย นำทารกแรกเกิดมาฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคที่ต้นแขนขณะดูดนมมารดา(กลุ่มทดลอง) และ ทารกแรกเกิดขณะให้การดูแลปกติ (กลุ่มควบคุม) แล้ววัดระดับความปวดตามแบบประเมินทั้ง 2 กลุ่ม

2.4 การควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนในการวิจัยครั้งนี้มีดังต่อไปนี้

1) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก โดย คนที่ 1 เข้ากลุ่มทดลอง คนที่ 2 เข้ากลุ่มควบคุม คนที่ 3 เข้ากลุ่มทดลอง คนที่ 4 เข้ากลุ่มควบคุม จนครบจำนวนกลุ่มละ 106 คน เพื่อลดความลำเอียง (bias)

2) ควบคุมปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความปวดดังต่อไปนี้

2.1) สิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิห้อง โดยการวิจัยครั้งนี้ทำในห้อง treatment ที่ใช้สำหรับฉีดวัคซีนทารกแรกเกิด ที่มีอุณหภูมิห้องเหมาะสมกับทารกแรกเกิด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ห้องเดียวกัน ภายใต้อุณหภูมิห้องเท่ากัน

2.2) การฉีดวัคซีนจะใช้เข็มฉีดยา และ กระบอกฉีดยา (Syringe) ที่ใช้ฉีดวัคซีนเป็นเบอร์เดียวกัน และผลิตจากบริษัทเดียวกันทั้งกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม (กระบอกฉีดยาขนาด 1 ซีซี เข็มฉีดยา เบอร์ 26 ความยาว 1 ซม.)

2.3) มีการสอนทำให้นมที่ถูกวิธีแก่มารดาโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมนมแม่ 20 ชั่วโมง ทั้งกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

3) การฉีดวัคซีน และวัดคะแนนระดับความปวดด้วยแบบประเมิน โดยพยาบาลวิชาชีพ แผนกหลังคลอด จำนวน 2 ท่าน ที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี มีทักษะความชำนาญในการฉีดยา และเป็นผู้ฉีดยาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตลอดโครงการวิจัย โดยหัวหน้าโครงการวิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับ



การฉีดวัคซีน และการใช้แบบการประเมินความปวด (NIPS) ก่อนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญการฉีดวัคซีน โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก ได้จัดการสอนสาธิตย้อนกลับการฉีดวัคซีนที่ถูกต้อง และเน้นการฉีดที่ตำแหน่งเดียวกันคือต้นแขนด้านซ้ายของเด็กทุกคน สอนการใช้แบบการประเมินความปวด และการฝึกสอนการอุ้มทารกดูดนมมารดาอย่างถูกวิธีขณะได้รับการฉีดวัคซีน ให้แก่พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 ท่าน

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบถ้วนตามความต้องการแล้ว นำมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ พร้อมทั้งลงรหัส

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Mann - Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความปวดของทารกแรกเกิดครบกำหนดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกแรกเกิดจำนวน 212 ราย ได้แบ่งเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 106 ราย ทำการฉีดวัคซีนขณะให้ทารกดูดนมมารดา และกลุ่มควบคุมจำนวน 106 ราย ทำการฉีดวัคซีนขณะให้การดูแลปกติ และกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด จำนวน 212 ราย เป็นมารดาของทารกในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาหลังคลอดทั้งกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมมีอายุน้อยที่สุดคือ 27 ปี และอายุมากที่สุด คือ 34 ปี ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คลอดปกติทางช่องคลอดคิดเป็นร้อยละ 61.9 และ 53.2 ตามลำดับ เพศของทารกกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.4 และเพศของทารกกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดร้อยละ 50.8 น้ำหนักทารกกลุ่มทดลองส่วนใหญ่หนัก 2,687 ถึง 3,476 กรัม และกลุ่มควบคุมทารกส่วนใหญ่หนัก 2,618 ถึง 3,385 กรัม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดของทารกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

โดยใช้สถิติ Mann - Whitney U test

ระดับความปวดแบ่งเป็นหมวด median(IQR)	กลุ่มทดลอง (n = 106)	กลุ่มควบคุม (n = 106)	p value
การแสดงออกทางใบหน้า	0(0)	1(1)	<0.001
การร้องไห้	0(0-1)	2(1-2)	<0.001
แบบแผนการหายใจ	0(0)	0(0-1)	<0.001
ภาวะความตื่นตัว	0(0-1)	1(1)	<0.001
การเคลื่อนไหวของแขน	0(0-1)	1(1)	<0.001
การเคลื่อนไหวของขา	0(0-1)	1(1)	<0.001
คะแนนรวมระดับความเจ็บปวด	2(1-3)	6(5-6)	<0.001

IQR: interquartile rang

*Mann-Whitney U test



จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนรวมระดับความปวดของทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดรายด้าน ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้า การร้องไห้ แบบแผนการหายใจ ภาวะความตื่นตัว การเคลื่อนไหวของแขน และการเคลื่อนไหวของขา พบว่า ระดับคะแนนความปวดของทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนความปวดของทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองน้อยกว่าระดับคะแนนความปวดของทารกแรกเกิดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และระดับคะแนนความปวดรายด้าน ประเมินจากการตอบสนองความปวดของทารกแรกเกิดรายด้าน ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้า การร้องไห้ แบบแผนการหายใจ ภาวะความตื่นตัว การเคลื่อนไหวของแขน และการเคลื่อนไหวของขา พบว่า ระดับคะแนนความปวดของทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่าการให้ทารกดุนนมมารดาส่งผลต่อการลดระดับความปวดของทารก ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีประตูควบคุมความปวด (Gate Control theory) ของ เมลแซค และ วอล (Melzack & Wallm, 1965) ที่กล่าวว่าร่างกายมีเส้นใยประสาทที่สามารถนำส่งสัญญาณความปวด และสามารถขัดขวางสัญญาณความปวด เมื่อมีการส่งสัญญาณความปวดเข้าสู่สมองแล้วร่างกายจะรับรู้ความปวด หากมีความสนใจต่อความปวดมาก จะไม่สามารถสั่งการให้ประตูควบคุมความปวดปิดได้ ทั้งนี้กลไกการทำงานของประตูสามารถสั่งการให้ประตูปิด ซึ่งส่งผลขัดขวางสัญญาณความปวดได้

การดุนนมมารดาของทารกแรกเกิด ช่วยลดการรับรู้ความปวด ทารกเกิดความพึงพอใจและความสุขสบาย ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารเอนโดर्फิน (endorphin) (Thongprong et al., 2011) สารนี้จะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทชื่อโอปิออยด์ รีเซพเตอร์ (opioid receptors) ในไขสันหลัง ส่งผลให้ประตูที่ไขสันหลังปิด และไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดมาที่สมองได้ ซึ่งการจัดการความปวดด้วยวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) วิธีนี้จะทำให้ดึงความสนใจจากสิ่งที่กำลังทำให้เกิดความปวดมาสู่กิจกรรมอื่น ๆ ส่งผลให้ความสนใจต่อความปวดและการรับรู้ต่อความปวดลดลง (Leaungsomnapa & Ngamkham, 2013) อีกทั้งการอุ้มสัมผัสของมารดาขณะให้นมยังมีผลต่อการกระตุ้นใยประสาทใหญ่ทำให้ประตูควบคุมความปวดที่ไขสันหลังปิดสัญญาณความปวดไม่สามารถส่งผ่านไปยังสมองได้ ส่งผลให้ทารกแรกเกิดรับรู้ต่อความปวดลดลง และอาจเป็นเพราะในน้ำนมมารดามีทริปโตเฟน (tryptophan) ซึ่งเป็นสารตั้งต้นของเซโรโทนิน (serotonin) ทำให้มีการหลั่งสารแห่งความสุขเอนโดर्फิน (endorphin) เพิ่มขึ้น (Singh et al., 2017) นอกจากนั้นขณะทารกดุนนมมารดาฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) จะหลั่งออกมา ช่วยลดภาวะเครียดในมารดา รู้สึกผ่อนคลายและสบายในการให้นมบุตร และการโอบกอดสัมผัสทารกในขณะที่ให้ทารกดุนนมจะช่วยลดความปวดของทารกได้ (Puapornpong, 2016)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรย์ และคณะ (Gray et al., 2002) ที่พบว่าการให้ทารกแรกเกิดดุนนมมารดาขณะเจาะเลือดจากเส้นเท้ามีจำนวนของทารกแรกเกิดที่ร้องไห้ และแสดงสีหน้าปวดน้อยกว่าทารกแรกเกิดที่ไม่ได้ดุนนมมารดา และอัตราการเต้นของหัวใจของทารกแรกเกิดที่ดุนนมมารดาน้อยกว่าทารกแรกเกิดที่ไม่ได้ดุนนมมารดา และจากการศึกษาของ โอคาน และคณะ (Okan et al., 2010) พบว่าทารกที่กำลังดุนนมมารดา และ ทารกที่ให้มารดาโอบกอดเนื้อแนบเนื้อในขณะที่ถูกเจาะเลือดโดยไม่ได้ดุนนมมารดา มีการตอบสนองต่อความปวดด้วยการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด การส่ายริมฝีปาก และ ระยะของการร้องไห้ น้อยกว่ากลุ่มที่ถูกเจาะเลือดโดยวางทารกบนโต๊ะเพื่อเจาะเลือดตามปกติ และการศึกษาของ โคดีปีโตร, เซ็คคาเรลลี, และพอลโซน (Codiopietro, Ceccarelli, & Ponzzone, 2008) ที่พบว่าผลของการให้ทารกแรกเกิดดุนนมมารดาขณะเจาะเลือดจากเส้นเท้ามีค่าคะแนนความปวด อัตราการเต้นของหัวใจ และ



ระยะเวลาร้องไห้น้อยกว่ากลุ่มทารกที่ให้ดูดสารละลายน้ำตาลซูโครสขณะเจาะเลือด และค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทารกที่ให้ดูดสารละลายน้ำตาลซูโครสขณะเจาะเลือด เนื่องจากการให้ทารกแรกเกิดดื่มนมมารดาเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการดื่มนมมารดา ทำให้ทารกแรกเกิดพึงพอใจและสุขสบาย ดังนั้นการให้ทารกแรกเกิดดื่มนมมารดาขณะเจาะเลือดทารกแรกเกิดจะมุ่งความสนใจ หรือสร้างอารมณ์ให้คล้อยตามกับสิ่งกระตุ้นการเบี่ยงเบนความสนใจนี้ทำให้ลดการเร้าทางอารมณ์และการรับรู้ความปวดในระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ฉาย ทองโปร่ง และคณะ (Thongprong et al., 2011) ที่พบว่าทารกแรกเกิดที่ให้ดื่มนมมารดามีความปวดหลังจากการเจาะเลือดน้อยกว่าทารกแรกเกิดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทารกที่ให้ดื่มนมมารดามีระยะเวลาการร้องไห้หลังการเจาะเลือดสั้นกว่าทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้สึกสุขสบายจากการได้ดื่มนมมารดาทารกยังส่งผลให้เกิดการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน จากต่อมใต้สมองช่วยในการระงับความปวด ดังนั้นปฏิบัติการตอบสนองต่อความปวดจึงลดลง

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าทารกที่ฉีดวัคซีนขณะดื่มนมมารดามีระดับคะแนนความปวดน้อยกว่าทารกที่ให้การดูแลปกติขณะฉีดวัคซีน ซึ่งการดื่มนมมารดาเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ ช่วยลดการเร้าทางอารมณ์ และการรับรู้ความปวด ส่งผลให้ทารกแรกเกิดพึงพอใจและสุขสบาย สามารถกล่าวได้ว่าการได้ดื่มนมมารดามีผลต่อการลดความเจ็บปวดในทารกได้โดยเกิดจากกลไกตามธรรมชาติหลายด้านร่วมกัน ทั้งยังเป็นวิธีที่เป็นธรรมชาติปลอดภัยให้ผลดี และไม่มีค่าใช้จ่ายอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการวิจัยไปใช้กับทารกแรกเกิดหรือเด็กที่มารับการฉีดวัคซีนในแผนกหลังคลอดหรือคลินิกเด็กดี (well-being clinic) เพื่อลดความปวดของทารก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการตอบสนองต่อความปวดจากการทำหัตถการอื่น ๆ ในทารกแรกเกิดขณะกำลังดื่มนมมารดาเช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การดูดเสมหะ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด เพื่อนำผลที่ได้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการลดความปวดจากให้ทารกดื่มนมขณะฉีดวัคซีน หรือทำหัตถการแก่ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดต่อไป
3. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบ RCT เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการลดความปวดจากการให้ทารกดื่มนมมารดาขณะให้หัตถการที่ทำให้เกิดความปวด เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การฉีดยา การดูดเสมหะ การเจาะเลือด เป็นต้น

References

- Codipietro, L., Ceccarelli, M., & Ponzone, A. (2008). Breastfeeding or oral sucrose solution in term neonates receiving heel lance: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 122(3), e716-e721.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health of Thailand. (2019). *Accelerated vaccination plan to enhance immunity in children to prepare for entering the endemic phase of the coronavirus disease 2019*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/938420191209023015.pdf>



- Gray, L., Miller, L. W., Philipp, B.L., & Blass, E. M. (2002). Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 109(4), 590-593.
- Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, V. S., Taddio, A., ... Turner, L. (2016). *Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6461192/>
- Immunize Canada. (2022). *Pain management during immunizations for children*. Retrieved from <https://immunize.ca/pain-management-children>
- Immunize Canada. (2015). *Reduce the pain of vaccination in children under 3 years*. Retrieved from https://caringforkids.cps.ca/uploads/handout_images/pain_reduction_under3_e.pdf
- Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S. B., & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Journal of Neonatal Nursing*, 12, 59-66.
- Leaungsomnapa, Y., & Ngamkham, S. (2013). Attention to pain. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 30(1), 83-93. (in Thai)
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Okan, F., Ozdil, A., Bulbul, A., Yapici, Z., & Nuhoglu, A. (2010). Analgesic effects of skin-to-skin contact and breastfeeding in procedural pain in healthy term neonates. *Annals of Tropical Pediatrics*, 30, 119-128.
- Puapornpong, P. (2016). *Best breastfeeding*. Nakhon Nayok: CT.Com. (in Thai)
- Puntitpong, B. (2013). Comparative study of responses to pain from venipuncture in healthy term neonates during and after breastfeeding: Randomized controlled trial. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 30, 178-191. (in Thai)
- Singh, R. K., Simalti, A. K., & Singh, D. (2017). Breast feeding as analgesia in neonates: A randomized controlled trial. *Journal of Nepal Paediatric Society*, 36(3), 238-242.
- Sunthornsirisap, S. & Sanasuttipun, W. (2012). Effect of distraction using digital game on pain in children post appendectomy 24 hours. *Journal of Nursing Science*, 30(4), 72-124. (in Thai)
- Thongprong, C., Chaimongkol, N., & Pongjaturawit, Y. (2011). Effects of planned breastfeeding on pain in neonates receiving venipuncture. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 9(12), 42-53. (in Thai)
- Vitayaburananont, P., & Chotisukarat, H. (2016). Pediatric pain. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 60(2), 135-145. (in Thai)

Factors Related to Caring of Pediatric Nurses in Tertiary Hospitals* ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเื้ออาหารของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ*

รัตนารณ	แบ่งทิศ**	Rattanaporn	Bangtit**
อุษณีย์	จินตะเวช***	Usanee	Jintrawet***
อัจฉราพร	ศรีภูษณาพรรณ***	Acharaporn	Sripusanapan***

Abstract

Caring by pediatric nurses involves cooperation among nurses, pediatric patients, and families of pediatric patients receiving holistic care. The objective of this correlational descriptive research study was to examine caring of pediatric nurses and the relationship of emotional stability and organizational climate to caring of pediatric nurses. Watson's concept of caring (1988) and a literature review were used as the conceptual framework in this study. The samples, selected by purposive sampling, comprised 98 registered nurses in pediatric wards of two tertiary hospitals in northern Thailand. The research instruments included the Emotional Stability Questionnaire, the Organizational Climate Questionnaire, and the Caring Behavior of Pediatric Nurses Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results were as follows:

1. The total mean scores of caring of pediatric nurses were at a high level ($\bar{X} = 102.36$, $SD = 12.09$). In terms of each individual dimension, it was found that the mean scores of 9 out of 10 dimensions were at a high level with the highest being the 8th dimension: provision for a supportive, protective, and corrective mental, physical, sociocultural, and spiritual environment ($\bar{X} = 17.41$, $SD = 2.37$). Mean scores in the tenth dimension, allowance for existential-phenomenological forces, were at a moderate level ($\bar{X} = 1.91$, $SD = 0.70$).

2. Emotional stability showed a statistically significant positive correlation at a high level with the caring of pediatric nurses ($r_s = .694$, $p < .05$). Organizational climate had a statistically significant positive correlation at a high level with the caring of pediatric nurses ($r_s = .673$, $p < .05$).

The results of this study provide preliminary information about factors related to caring of pediatric nurses. Emotional stability and a positive organizational climate should be promoted among pediatric nurses to increase caring in holistically serving the needs of pediatric patients and families.

Keywords: Caring; Sick children and caregivers; Nurses

* 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: rattanapornbangtit@gmail.com

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

Received 30 July 2019; Revised 27 August 2019; Accepted 17 September 2019

บทคัดย่อ

การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก เกิดจากการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับเด็กป่วยและครอบครัว ทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก ความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงทางอารมณ์และบรรยากาศองค์กรกับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็ก โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสัน (Watson, 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 98 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์ แบบสอบถามบรรยากาศองค์กร และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient.

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 102.36$, $SD = 12.09$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน 9 ด้านจาก 10 ด้านอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านที่ 8 ประคับประคองสนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ ($\bar{x} = 17.41$, $SD = 2.37$) ในขณะที่ด้านที่ 10 ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มีอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.91$, $SD = 0.70$)

2. ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .694$, $p < .05$) และบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .673$, $p < .05$)

ผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ดังนั้นการส่งเสริมให้พยาบาลเด็กมีความมั่นคงทางอารมณ์สูง และสร้างบรรยากาศองค์กร เพื่อให้มีการดูแลแบบเอื้ออาทรมากขึ้น และตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม

คำสำคัญ: การดูแลแบบเอื้ออาทร เด็กป่วยและผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 30 กรกฎาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 27 สิงหาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 17 กันยายน 2562

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลเด็กเป็นการปฏิบัติการดูแลและช่วยเหลือเด็กทุกราย ทั้งภาวะสุขภาพดี เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และเจ็บป่วย เด็กแต่ละช่วงวัยมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันในด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ มีความสามารถในการคิด เข้าใจ และสามารถกระทำการสิ่งใดก็ได้แตกต่างกัน (Klunklin, 2017) พยาบาลเด็กจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจและทักษะความสามารถในการดูแลเด็กในแต่ละช่วงวัยที่ถูกต้อง เหมาะสม (Hockenberry & Wilson, 2009) นอกจากนี้หากเด็กเกิดการเจ็บป่วย และเข้ามารับบริการทางการแพทย์พยาบาล ควรได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวม ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการ (Coyne, 2006) พยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีบทบาทในการให้บริการในเรื่องการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการเจ็บป่วยของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ดังนั้น พยาบาลต้องให้การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม มีความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร (caring) ต่อผู้มาใช้บริการ

ข้อมูลสถิติเด็กที่มีความเจ็บป่วยทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่ามีเด็กตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยรุ่น โดยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 4,835 ราย ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 5,049 ราย และ ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 5,167 ราย ตามลำดับ (Medical Records Unit, 2017) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีทั้งรักษาในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมขึ้นกับอาการทางคลินิก ซึ่งการให้การพยาบาลมีความแตกต่างกัน ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ผู้ดูแลไม่ได้รับอนุญาตให้อยู่เฝ้าเด็กป่วยได้ตลอดเวลา สำหรับหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมีนโยบายให้ผู้ดูแลสามารถอยู่เฝ้าเด็กป่วยได้ตลอดเวลา ทำให้การพยาบาลดูแลครอบคลุมทั้งเด็กป่วยและผู้ดูแล การศึกษาครั้งนี้จึงเน้นในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กป่วยและผู้ดูแลเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่แตกต่างจากบ้าน จึงอาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ควรต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และพัฒนาการ รวมถึงผู้ดูแล จากบุคลากรสาธารณสุขที่ใกล้ชิดได้แก่ พยาบาล

รูปแบบการให้การพยาบาลสำหรับหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล (nursing care delivery model) ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบ ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ (functional nursing) เนื่องจากการมีพยาบาลจำนวนจำกัด (Kaewwichien & Sangkhamal, 2016) นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพองค์กรและนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยของเด็กป่วย ทำให้พยาบาลทำงานด้านเอกสารเพิ่มขึ้นจากการดูแลเด็กป่วยและผู้ดูแล ซึ่งอาจมีผลต่อการพยาบาลคุณภาพในการดูแล และพฤติกรรมในการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ที่ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม โดยการใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม โดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การให้การพยาบาลประกอบด้วยด้วยจิตใจที่เมตตาและเอื้ออาทร เต็มใจ ช่วยเหลือเด็กป่วยให้บรรเทาจากความเจ็บป่วย ซึ่งเรียกว่า การดูแลแบบเอื้ออาทร (Watson, 1988)

วัตสัน (Watson, 1988) ให้ความหมาย การดูแลแบบเอื้ออาทร ว่าเป็นการดูแลเอาใจใส่ระหว่างบุคคลเป็นกระบวนการดูแลเอาใจใส่ที่เกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งสองฝ่าย เข้าถึงจิตใจกันและมีการรับรู้ตรงกัน ในการเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร (Watson, 1988) มีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความรักความเข้าใจผู้อื่น (caring occasion/ caring moment) 2) การดูแลที่เข้าถึงจิตใจกันระหว่างคน 2 คน (transpersonal caring relationship) และ 3) ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (carative factors) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ 1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น 2) สร้างความศรัทธาและความหวัง 3) ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น 4) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ 5) ส่งเสริม

และยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ 6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ 7) ส่งเสริมการเรียนรู้ การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น 8) ประคับประคองสนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพจิตสังคม และ จิตวิญญาณ 9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น และ 10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นพลัง ที่มีอยู่

การนำแนวคิดของวัตสัน (Watson, 1988) มาอธิบายการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเด็ก ในการให้การพยาบาลตามแนวทางปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Watson, 1988) ในการ สร้างความสัมพันธ์ของตนกับเด็กป่วยและผู้ดูแล จนเกิดความเข้าใจต่อกันและเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยและผู้ดูแลในสถานการณ์ต่างๆบนหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม จากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทรทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบการศึกษาพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์โดยใช้แนวคิดของ วัตสัน (Watson, 1988) พบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร์มีการรับรู้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้อ อาทรโดยรวมและรายด้าน 9 ด้าน อยู่ในระดับสูงและด้านที่ 10 การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ ในระดับปานกลาง (Danphathong, 2009) จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้อง ผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้แนวคิดของ โรช (Roach, 2002) พบว่า พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (Rerksadayut, 2013) และการศึกษา พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลทุกหน่วยงานในภาพรวม ในประเทศอินโดนีเซีย โดยใช้ กรอบแนวคิดของ วูล์ฟ (Wolf, 1984) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลแบบ เอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง (Anatun, Ting, Chieh, Shu, & Mary, 2018) ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาไม่สามารถ เปรียบเทียบกันได้นี้เนื่องจากแต่ละหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน และการศึกษาครั้งนี้ เลือกใช้แนวคิดของวัตสัน (Watson, 1988) เนื่องจากใช้การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยและองค์ประกอบตาม แนวคิดเน้นทั้งบทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบองค์รวม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน (Danphathong, 2009) ระดับการศึกษา (Rerksadayut, 2013) การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร (Lueluang & Vorahan, 2011) ความมั่นคงทางอารมณ์ (emotional stability) หรือความอ่อนไหวทางอารมณ์ระดับต่ำ (low level of neuroticism) และบรรยากาศองค์กร (organizational climate) (Rerksadayut, 2013)

ความมั่นคงทางอารมณ์เป็นหนึ่งใน 5 บุคลิกภาพ ตามแนวคิดของโกลเบิร์ก (Goldberg, 1992) พบว่าความ มั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงาน และมีความสัมพันธ์ทางบวกที่เกี่ยวข้องกับแรงขับที่จะ ทำงาน (Ronald, Matthiesen, & Pallesen, 2005) ความมั่นคงทางอารมณ์เป็นปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง การ รับรู้ของบุคคลต่อบุคลิกภาพของตนเองว่าเป็นคนที่มีอารมณ์มั่นคง จิตใจสงบ เยือกเย็นและหนักแน่นควบคุมแรง กัดดันภายใต้สถานการณ์ต่างๆได้ดี มีการจัดการกับอารมณ์ที่ดี (Goldberg, 1992) ความมั่นคงทางอารมณ์มีผลต่อ การปฏิบัติงานในบริบทต่างๆ และเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยและช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญความเครียด ใช้แนวทางเชิงรุก และประสบความสำเร็จในการ แก้ปัญหา รวมทั้งสามารถจัดการความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Teng, Chang, & Hsu, 2009)

การศึกษานี้ ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลเด็ก มีความสัมพันธ์กับการทำงานของพยาบาลในหอ ผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมที่อาจทำให้พยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เนื่องจากต้องเผชิญเหตุการณ์ที่มี การเปลี่ยนแปลงในขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ ภาวะขาดแคลนพยาบาลส่งผลกระทบต่อภาระงานที่มากขึ้น อาการของเด็ก ป่วยจากโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและอาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้มีการตอบสนองต่อเหตุการณ์

แตกต่างกันในขณะปฏิบัติงาน จากการทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r = -.18, p < .05$) (Rerksadayut, 2013) และพบการศึกษาความมั่นคงทางอารมณ์ทำนายการดูแลด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในพยาบาลที่จบการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ($\beta = 0.19, p < 0.01$) (Teng et al., 2009) แต่ในบทความไม่ระบุค่าความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรนี้

บรรยากาศองค์กร หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมขององค์กรขณะที่ปฏิบัติงาน ฮิวจ์ส (Hughes, 2009) แบ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็น 4 แบบคือ 1) การเป็นแม่แบบ (modeling) หมายถึง บรรยากาศขององค์กรที่บุคคลหนึ่งมีพฤติกรรมที่สามารถเป็นแม่แบบในการขัดเกลาพฤติกรรมของบุคคลอื่นๆ 2) การสนทนา (dialogue) หมายถึง บรรยากาศองค์กรที่มีพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างบุคคลแบบเอื้ออาทร 3) การปฏิบัติ (practice) หมายถึง ประสบการณ์ตรงที่บุคคลหนึ่งพบระหว่างการปฏิบัติงานในองค์กร และ 4) การยืนยัน-สร้างความมั่นใจ (confirmation) หมายถึง บรรยากาศขององค์กรที่บุคคลหนึ่งแสดงบทบาทเป็นผู้สร้างความมั่นใจให้เห็นถึงศักยภาพของตนเองและรู้สึกภูมิใจ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลส่งผลต่อพฤติกรรมและประสิทธิภาพการทำงานของบุคคลในองค์กร (Bitsani, 2013)

การศึกษาครั้งนี้ บรรยากาศองค์กร เป็นการรับรู้ของพยาบาลในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของพยาบาลกับผู้อื่นในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลต่อเด็กป่วยและผู้ดูแล (Manojlovich, 2005) จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าบรรยากาศของห้องผ่าตัดตามแนวคิดของ ฮิวจ์ส (Hughes, 2009) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r = .17, p < .05$) (Rerksadayut, 2013)

การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่พยาบาลเด็ก และใช้แนวคิดที่แตกต่างกัน ดังนั้นผลการศึกษาก็ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ ผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจไม่สามารถอธิบายการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์และบรรยากาศองค์กร ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ อาจนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาส่งเสริมการดูแลแบบเอื้ออาทรในพยาบาลเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงทางอารมณ์และบรรยากาศองค์กรกับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

คำถามการวิจัย

1. การดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นอย่างไร
2. ความมั่นคงทางอารมณ์และบรรยากาศองค์กรของพยาบาลเด็กมีความสัมพันธ์กับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสัน (Watson, 1988) ร่วมกับ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การดูแลแบบเอื้ออาทร หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเด็ก ในการสร้างความสัมพันธ์ของ ตนกับเด็กป่วยและผู้ดูแล โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ เพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยและ ผู้ดูแลขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม ประกอบด้วย 1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ ของผู้อื่น 2) สร้างความศรัทธาและความหวัง 3) ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น 4) สร้าง สัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ 5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ 6) ใช้วิธีการ แก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ 7) ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น 8) ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพจิตสังคม และจิตวิญญาณ 9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนอง ความต้องการของบุคคลอื่น และ 10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มีอยู่ และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล แบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก คือ ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศองค์กร

ความมั่นคงทางอารมณ์ตามแนวคิดของ โกลเบิร์ก (Goldberg, 1992) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเด็ก ต่อสภาพจิตใจของตนเองและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญกุมาร เวชกรรม สำหรับบรรยากาศองค์กรตามแนวคิดของ ฮิวส์ (Hughes, 2009) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเด็ก ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4 แบบคือ การเป็นแม่แบบ การสนทนา การปฏิบัติ และการยืนยัน-สร้างความ มั่นใจ ขณะที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม หากพยาบาลเด็กมีการรับรู้ต่อสภาพจิตใจของตนเองและ มีการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี จะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ และขณะที่ปฏิบัติงานในหอ ผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม มีบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน อาจมีผลต่อการ แสดงออกถึงดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อหา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิใน เขตภาคเหนือตอนบน เนื่องจากมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลเด็กที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติย ภูมิในเขตภาคเหนือตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลเด็กที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิใน เขตภาคเหนือตอนบน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคเหนือตอนบนมีจำนวนทั้งหมด 4 โรงพยาบาล เลือก โรงพยาบาลโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยการเขียนหมายเลขกำกับในแต่ละโรงพยาบาล แล้วจับฉลากแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) ได้ 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำปาง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม คือ หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม ระบบเฉียบพลัน ระบบเรื้อรัง และทารกแรกเกิด ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (inclusion criteria) คือ 1) ปฏิบัติงาน บนหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และ 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) คือ 1) พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหาร หัวหน้า หอผู้ป่วย และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ลาคลอด

จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางโดยพิจารณาอำนาจการทดสอบ และขนาดอิทธิพล (power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และการกำหนดอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง (effect size) .30 เนื่องจากเป็นค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างระดับปานกลางที่เหมาะสมในการวิจัย (Polit, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010) และเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 102 ราย หลังจากนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยวิธีการเลือกตามสัดส่วน (proportional sampling) และกำหนดพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยเป็นสัดส่วนโดยใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้ (Srisathitnarakun, 2007)

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{n \times n_1}{N}$$

n_1 = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษา

n = จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล

N = จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างทุกโรงพยาบาล

ได้กลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 77 ราย จากจำนวนประชากร 87 ราย และโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 25 ราย จากจำนวนประชากร 27 ราย รวมขนาดตัวกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็น 102 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และเป็นคำถามชนิดปลายเปิด โดยให้เติมข้อความลงในช่องว่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และหอผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงาน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์ ใช้แบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์ที่ประยุกต์จากแบบสอบถาม Mini-Marker (Saucier, as cited in Teng et al., 2009) ของ ปรีศนิยาภรณ์ ฤกษ์ฉายฤทธิ์ (Rerksadayut, 2013) มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ โดยทุกคำถามมีความหมายในทางลบ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 เลือกตอบ 1 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนวิเคราะห์ ตามต้นฉบับ ได้จากการนำคะแนนความคิดเห็นของความมั่นคงทางอารมณ์ทั้งหมด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 คะแนน หมายถึง มีความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 5.01 - 7.00 คะแนน หมายถึง มีความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศองค์กร ใช้แบบสอบถามบรรยากาศองค์กรของ ปรีศนิยาภรณ์ ฤกษ์ฉายฤทธิ์ (Rerksadayut, 2013) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามบรรยากาศองค์กรสำหรับการดูแลแบบเอื้ออาทร ของฮิวจ์ส (Hughes, 2009) มีจำนวนข้อคำถาม 35 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเป็นแม่แบบ จำนวน 4 ข้อ ด้านการสนทนา จำนวน 7 ข้อ ด้านการปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ และด้านการยืนยัน-สร้างความมั่นใจ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 6 เลือกตอบ 1 ตัวเลข มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนนวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ นำมาจัดอันดับโดยวิธีการหาอันตรภาคชั้น คะแนนสูงสุดเท่ากับ 210 ลบด้วยคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 35 และหารด้วย 3 (Burns & Grove, 2009) พิจารณาแบ่งระดับบรรยากาศของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ดังนี้

ระดับคะแนน 35.00 – 93.00 คะแนน หมายถึง มีบรรยากาศองค์กรแบบเอื้ออาทรของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอยู่ในระดับต่ำ

ระดับคะแนน 93.01 - 152.01 คะแนน หมายถึง มีบรรยากาศองค์กรแบบเอื้ออาทรของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 152.02 -210.00 คะแนน หมายถึง มีบรรยากาศองค์กรแบบเอื้ออาทรของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ อารีญา ด้านผาทอง (Danphathong, 2009) ตามแนวคิดของวัตสัน ครอบคลุมปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Watson, 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 40 ข้อ โดยปัจจัยด้านที่ 1 จำนวน 4 ข้อ ปัจจัยด้านที่ 2 จำนวน 5 ข้อ ปัจจัยด้านที่ 3 จำนวน 3 ข้อ ปัจจัยด้านที่ 4 จำนวน 6 ข้อ ปัจจัยด้านที่ 5 จำนวน 4 ข้อ ปัจจัยด้านที่ 6 จำนวน 3 ข้อ ปัจจัยด้านที่ 7 จำนวน 2 ข้อ ปัจจัยด้านที่ 8 จำนวน 7 ข้อ ปัจจัยด้านที่ 9 จำนวน 5 ข้อ และปัจจัยด้านที่ 10 จำนวน 1 ข้อ แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เลือกตอบ 1 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลย และ 3 หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นๆ ทุกครั้ง

การแปลผลคะแนนวิเคราะห์ แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยวิธีการหาอันตรภาคชั้นและใช้ค่าพิสัยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 120 ลบด้วยคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และหารด้วย 3 แล้วนำผลลัพธ์มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่ากัน (Burns & Grove, 2009) ดังนี้

ระดับคะแนน 00.00 – 40.00 คะแนน หมายถึง มีการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กในระดับต่ำ

ระดับคะแนน 40.01 – 80. 01 คะแนน หมายถึง มีการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 80.02 – 120.00 คะแนน หมายถึง มีการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กในระดับสูง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) แบบสอบถามการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน (Lynn, 1986) ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลเด็ก จำนวน 2 ท่าน อาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านกุมารแพทย์ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการดูแลเด็กป่วย จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้ครอบคลุม เหมาะสม และความชัดเจนของข้อคำถาม จากนั้นนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .93

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์ แบบสอบถามบรรยากาศองค์กร และแบบสอบถามการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มประชากรในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ จำนวน 10 ราย โดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient แบบสอบถามความมั่นคงทางอารมณ์ได้ค่าความเชื่อมั่น .85 แบบสอบถามบรรยากาศองค์กรได้ค่าความเชื่อมั่น .80 และแบบสอบถามการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กได้ค่าความเชื่อมั่น .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดหมายเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ในช่วงหลังรับ-ส่งเวรพยาบาลของเวรเช้าในแต่ละวัน จนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลมีการปฏิบัติงานในแต่ละเวร (เช้า บ่าย ดึก) เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บ

รวบรวมข้อมูล แจกสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากพยาบาลอ่านและลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง หลังจากนั้นแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นให้ส่งคืนผู้วิจัยในกล่องที่ได้จัดเตรียมไว้บริเวณหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน โดยแยกกล่องเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และกล่องเอกสารแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้เลขที่รับรองจริยธรรม 2562-EXP051 ผู้วิจัยนำหนังสือพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ได้รับรับรองจริยธรรมให้ดำเนินการวิจัย ได้เลขที่รับรองจริยธรรม NUR-2562-06357 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยขอความร่วมมือการทำวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรม และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัย หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่โน้มน้าวหรือบังคับ พร้อมทั้งชี้แจงว่าไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการประเมินคุณภาพของการปฏิบัติงานประจำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลเด็ก โดยหาจำนวน และร้อยละ
2. ความมั่นคงทางอารมณ์ โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. บรรยากาศองค์กร โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศองค์กรกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก ผลการทดสอบข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลทั้ง 3 ชุด มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient

การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงทางอารมณ์ และบรรยากาศองค์กรกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก พิจารณาได้จากค่า correlation coefficient หรือค่า r ดังนี้ (Burns & Grove, 2009)

$r = 1$	หมายความว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r = .51-.99$	หมายความว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r = .30-.50$	หมายความว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r = .10-.29$	หมายความว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายความว่าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 26-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 90.8 ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 63.5 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเฉลี่ยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 70.4 และเคยได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ร้อยละ 8.2

2. ข้อมูลความมั่นคงทางอารมณ์และบรรยากาศองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็กพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความมั่นคงทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}=1.76$, $SD=0.93$) และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของบรรยากาศองค์กรสูง ($\bar{x}=171.13$, $S.D.=6.07$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความมั่นคงทางอารมณ์และบรรยากาศองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็ก (n = 98)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	การ แปลผล
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
ความมั่นคงทางอารมณ์ (range = 1 - 7)	78 (79.6)	20 (20.4)	0 (0.00)	1.76	0.93	สูง
บรรยากาศองค์กร (range = 35-210)	0 (0.00)	0 (0.00)	98 (100)	171.13	6.07	สูง

3. ข้อมูลการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็ก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็ก โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 102.36 (SD = 12.09) และเมื่อพิจารณาการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กแยกเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนรายด้าน 9 ด้าน อยู่ในระดับสูง คือ ด้านที่ 1 สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น ด้านที่ 2 สร้างความศรัทธา และความหวัง ด้านที่ 3 ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ด้านที่ 4 สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ด้านที่ 5 ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ ด้านที่ 6 ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ด้านที่ 7 ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น ด้านที่ 8 ควบคุมระบอบสนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ และ ด้านที่ 9 พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น ส่วนคะแนนด้านที่ 10 ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มีอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็ก (n = 98)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	การ แปลผล
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
การดูแลแบบเอื้ออาทรตาม การรับรู้ของพยาบาลเด็ก โดยรวม (range = 0 - 120)	0 (0.00)	10 (10.20)	88 (89.80)	102.36	12.09	สูง

การดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็กรายด้าน

ตัวแปร	range	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น	0-12	10.79	1.34	สูง
2. สร้างความศรัทธาและความหวัง	0-15	13.49	1.77	สูง
3. ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น	0-9	7.19	1.27	สูง
4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ	0-18	15.63	2.33	สูง
5. ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ	0-12	10.33	1.50	สูง
6. ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ	0-9	8.10	1.24	สูง
7. ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น	0-6	4.51	1.23	สูง
8. ประคับประคองสนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้าน กายภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ	0-21	17.41	2.37	สูง
9. พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของ บุคคลอื่น	0-15	13.00	1.50	สูง
10. ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มีอยู่	0-3	1.91	.70	ปานกลาง

4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงทางอารมณ์และบรรยากาศองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็ก พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .694$, $p < .05$) และบรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .673$, $p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงทางอารมณ์และบรรยากาศองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็กกับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็ก (Spearman's rank correlation coefficient (r_s))

ปัจจัย	การดูแลแบบเอื้ออาทร		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความมั่นคงทางอารมณ์	.694 **	.000	สูง
บรรยากาศองค์กร	.673 **	.000	สูง

** $p < .05$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้
กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลแบบเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=102.36$, $SD = 12.09$) อธิบายได้ว่า การดูแลแบบเอื้ออาทร หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเด็กในการสร้างความสัมพันธ์ของตนเองกับเด็กป่วยและผู้ดูแล โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Watson, 1988) เพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยและผู้ดูแลขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม เนื่องจากพยาบาลให้การพยาบาลเด็กป่วยและผู้ดูแลภายใต้แนวคิด การดูแลเด็กแบบองค์รวม คำนึงถึงครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการพยาบาล และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีนโยบายที่เน้นในเรื่อง

การประกันคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลให้การดูแลเด็กป่วยที่มีอาการซับซ้อน ผลการศึกษาเมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า คะแนนรายด้าน 9 ด้าน อยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนด้านที่ 10 อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 26-40 ปี ซึ่งอายุ เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ และประสบการณ์ของบุคคล บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์และวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น รอบคอบ มีโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น มีการรับรู้ที่ดี สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Rerksadayut, 2013) การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาของ ปรีศนิยาภรณ์ อุชชดายุทธ์ (Rerksadayut, 2013) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r = .24$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีญา ด่านผาทอง (Danphathong, 2009) ที่พบว่า พยาบาลกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรจะเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มอายุ 20-30 ปี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งลักษณะของผู้หญิงมีคุณสมบัติหรือพฤติกรรมบางอย่างมากกว่าผู้ชาย ซึ่งลักษณะเหล่านี้มักจะเกี่ยวข้องกับการแสดงออก เช่น ความสุภาพนุ่มนวล ความอ่อนโยนความเมตตากรุณาและความไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกัญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์ (Skulpunyawat, 2014) ศึกษาเกี่ยวกับการนิเทศด้วยความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามแนวคิดของ วัตสัน (Watson, 1988) พบว่าอาจารย์เพศหญิงมีพฤติกรรมการสอนแบบเอื้ออาทรมากกว่าอาจารย์เพศชาย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมระบบเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 63.5 เนื่องจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมระบบเรื้อรัง เด็กป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Wongcheeree, 2011) จึงทำให้พยาบาลกับเด็กป่วยและผู้ดูแล มีความใกล้ชิด เกิดความไว้วางใจในพยาบาล มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับเด็กป่วยและผู้ดูแล ให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรและให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ และกลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเฉลี่ย มากกว่า 5 ปี ผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาก จะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่างๆ มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร เนื่องจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดความชำนาญ สามารถนำความคิดรวบยอดที่เคยได้รับจากประสบการณ์ต่างๆ มาใช้ในการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ วินิจฉัยปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหา (Brunton & Beaman, 2000) อารีญา ด่านผาทอง (Danphathong, 2009) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทร พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน การทำงาน 31-40 ปี มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงาน 2-10 ปี นอกจากนี้ ปรีศนิยาภรณ์ อุชชดายุทธ์ (Rerksadayut, 2013) พบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนด้านที่ 10 ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มีอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากแนวคิดด้านที่ 10 เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น สามารถ เข้าใจความหมายของชีวิตตามสภาพของการเป็นมนุษย์ มีเกิด แก่ เจ็บ และตาย ในผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของชีวิต (Watson, 1988) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก พยาบาลรับรู้ผู้ป่วยอยู่ในวัยเด็ก ยังไม่มีความเข้าใจในเรื่องนี้ รวมทั้งเด็กป่วยและผู้ดูแลไม่มีความเชื่อในเรื่องเหนือธรรมชาติ และพบว่าพยาบาลให้การปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องให้เด็กป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย เช่นการฟังธรรม ฟังเทศน์ สวดมนต์ ฝึกการหายใจ เป็นต้น โดยให้การปฏิบัติการพยาบาลนานๆ ครั้ง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงทางอารมณ์กับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบว่า ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็ก ($r_s=.694$, $p < .05$) อธิบายตามแนวคิดของโกลเบิร์ก (Goldberg, 1990, 1992) ได้ว่าความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลเด็ก หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเด็กต่อสภาพจิตใจของตนเองและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงทางอารมณ์ระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.76 (SD = 0.93) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงระดับต่ำ หมายถึง ความมั่นคงทางอารมณ์ตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับสูง โดยบุคคลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์สูงหรือความอ่อนไหวทางอารมณ์ต่ำ จะสามารถควบคุมการแสดงออกที่บ่งชี้ลักษณะอารมณ์ได้ดี เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียด เช่น ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย บุคคลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์สูงจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งกระตุ้นทางลบที่ไม่รุนแรง จึงไม่เกิดความย่อท้อ และมีความมุ่งมั่น (Ormel et al., 2013) โรนาร์ต และคณะ (Ronald et al., 2005) ศึกษาพบว่าความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงาน และมีความสัมพันธ์ทางบวกที่เกี่ยวข้องกับแรงขับที่จะทำงาน และการศึกษาของ อัญชลี รักษมณี (Raksamanee, 2007) ศึกษาเกี่ยวกับความมั่นคงทางอารมณ์ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคคลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์จะสามารถควบคุมการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ได้ดีเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย และประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาความมั่นคงทางอารมณ์มีผลต่อการปฏิบัติงานในบริบทต่างๆ และพยาบาลสามารถจัดการความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Teng et al., 2009)

ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ปรีศนิยาภรณ์ อุทสาธุ (Rerksadayut, 2013) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมจำนวน 200 ราย พบว่าความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r = -.18$, $p < .05$) ซึ่งเป็นความมั่นคงทางอารมณ์ในหน่วยงานของห้องผ่าตัด ที่มีภาระงานที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม อาจส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นคงทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรกับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานสูงกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก ($r_s=.673$, $p < .05$) อธิบายตามแนวคิดของ ฮิวจ์ส (Hughes, 2009) ได้ว่า บรรยากาศองค์กร หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเด็กด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4 แบบคือ การเป็นแม่แบบ การสนทนา การปฏิบัติ และการยืนยัน-สร้างความมั่นใจ ขณะที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม โดยฮิวจ์ส (Hughes, 2009) เชื่อว่าการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีพฤติกรรมความเอื้ออาทรนั้น นักศึกษาต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือองค์กรการเรียนรู้ที่มีความเอื้ออาทรต่อกันระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษา ดังนั้นอาจารย์พยาบาลในฐานะที่ใกล้ชิดกับนักศึกษาพยาบาลมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการเป็นแม่แบบที่ดีและสามารถปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรให้กับนักศึกษา ผู้วิจัยได้ปรับใช้แนวคิดของ ฮิวจ์ส (Hughes, 2009) แต่ปรับเปลี่ยนมุมมองจากองค์กรที่เป็นการศึกษา มาเป็นองค์กรของการให้บริการในโรงพยาบาล คือ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมซึ่งมีผู้บริหารงานในหอผู้ป่วยทุกระดับรวมถึงพยาบาลอาวุโส ซึ่งเทียบได้กับอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษา และพยาบาลเด็กเทียบได้กับนักศึกษาพยาบาล ตามแนวคิดของ ฮิวจ์ส (Hughes, 2009) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนบรรยากาศองค์กรอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 171.13 (SD = 6.07) แสดงให้เห็นว่า บรรยากาศองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลสูง ทำให้พยาบาลให้การดูแลแบบเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เนื่องจากบรรยากาศ

องค์กรที่เอื้ออาทร มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลในองค์กร บรรยากาศขององค์กรที่ดีจะส่งผลในเชิงบวกต่อแรงจูงใจในการทำงาน ความพึงพอใจในงานและพฤติกรรมการทำงาน (Litwin & Stringer, 1968)

ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ประศินยาภรณ์ ฤกษ์ดาญ์ (Rerksadayut, 2013) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมจำนวน 200 ราย มีการรับรู้ว่าบรรยากาศของห้องผ่าตัดตามแนวคิดของ ฮิวส์ (Hughes, 2009) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด ($r = .17, p < .05$) และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขและพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ 1 ปี จำนวน 160 ราย ผลการศึกษพบว่าบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสุขและพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.59, p < .05$) (Kongbunyapong & Pinchaleaw, 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ดังนั้นควรส่งเสริมให้พยาบาลเด็กมีความมั่นคงทางอารมณ์สูงและสร้างบรรยากาศองค์กร เพื่อให้มีการดูแลแบบเอื้ออาทรมากขึ้น และตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม
2. ควรนำเสนอข้อมูลกับกลุ่มการพยาบาล เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาและจัดกิจกรรมให้พยาบาลเด็กมีความตระหนักต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ในด้านยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มีอยู่ โดยหารูปแบบการพัฒนาที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการดูแลแบบเอื้ออาทรในพยาบาลเด็กที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็ก

References

- Anatun, A., Ting, T., Chieh, Y. L., Shu, F. V., & Mary, E. M. (2018). Caring behavior perceived by nurses, patients and nursing students in Indonesia. *Journal of Professional Nursing*, 34(2), 314-319.
- Bitsani, E. (2013). Theoretical approaches to the organizational culture and the organizational climate: Exploratory research examples and best policies in health care services. *Journal of Human Resource Management*, 1(4), 48-58.
- Brunton, B., & Beaman. (2000). Nurse practitioners' perceptions of their caring behavior. *Journal of the American Academy of Nurse practitioners*, 12, 451-456.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and Generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

- Coyne. (2006). Children's experiences of hospital. *Journal of child Health Care*, 10(4), 326-336.
- Danphathong, A. (2009). Caring behaviors of end of life patients as per the perception of nurses. *Journal of Nursing Division*, 36(1), 15-26. (in Thai)
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby/Elsevier.
- Hughes, L. (2009). Peer group caring interaction scale and organizational climate for questionnaire. In J. Watson (Ed.), *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2nd ed., pp. 149-162). New York: Springer.
- Kaewwichien, S., & Sangkhamal. S. (2016), The development of nursing system for pediatric patients undergoing an open heart surgery at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *Research Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(1), 56-71. (in Thai)
- Klunklin, P. (2017). Pediatric nursing for health promotion. Chiang Mai: Smart Coating. (in Thai)
- Kongbunyapong, B., & Pinchaleaw, D. (2016). Factors Influencing Happiness in work place of professional nurses, community hospital, Surat Thani Province. *Journal of The Police Nurse*, 8(2), 151-160. (in Thai)
- Litwin, G. H., & Stringer, R. A. (1968). *Motivation and organization climate*. Boston: Graduate School of Business Administration.
- Lueluang, W., & Vorahan, W. (2011). Factors influencing role practices of professional nurses at operating room in regional hospitals, northeast region. (Master's thesis of Nursing Science in Adult Nursing). Chiang Mai University. (in Thai)
- Manojlovich, M. (2005). Professional nursing practice in hospital settings. *Nursing Research*, 54, 41-47.
- Medical Records Unit. (2017). *Statistical report*. Chiang Mai: Medical Statistics Unit Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.
- Ormel, J., Bastiaansen, A., Riese, H., Bos, E. H., Servaas, M., Ellenbogen, M., & Aleman, A. (2013). The biological and psychological basis of neuroticism: Current status and future directions. *Research Neuroscience and Biobehavioral*, 37(1), 59-72.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Raksamanee, A. (2007). *Relationship between job characteristics, ethical intelligence with the ability of operating room nurses State University Hospital*. Bangkok: Chulalongkorn University. Retrieved from https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_
- Berksadayut, P. (2013). *Caring behaviors of perioperative nurses and related factors as perceived by perioperative* (Master's thesis of Nursing Science in Adult Nursing). Prince of Songkla University. (in Thai)
- Roach, M. S. (2002). *Caring: The human mode of being* (2nd ed.). Ottawa: CHA Press.
- Ronald, J. B., Matthiesen, S. B., & Pallesen, S. (2005). Personality and individual differences. *Research Personality and Individual Differences* 40, 1223-1233.

- Skulpunyawat, S. (2014). Supervision by the caring behavior. *Journal of The Police Nurse*, 6(2), 200-208.
- Srisathitnarakun, B. (2007). *The methodology in nursing research*. Bangkok: U & I International Media. (in Thai)
- Teng, C. I., Chang, S. S., & Hsu, K. H. (2009). Emotional stability of nurses: Impact on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2088-2096.
- Watson, J. (1988). *Nursing the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University press.
- Wolf, Z. R., Giardino, E. R., & Osborne, M. S. (1994). Dimension of nurse caring. *Image-the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 107-111.
- Wongcheeree, T. (2011). Factors influencing parent participation in the care of hospitalized children. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 19(3), 23-36. (in Thai)



The Effects of a Group Teaching Program on Parents' Knowledge and Behavior in Preventing Asthmatic Attacks in Children*

ผลของโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดา
ในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก*

สุชาดา	มานะสถิตย์**	Suchada	Manasathit**
จุฑารัตน์	มีสุขใจ***	Jutarat	Mesukko***
อุษณีย์	จินตะเวช***	Usanee	Jintrawet***

Abstract

An asthma attack includes difficulty with breathing and wheezing due to bronchoconstriction caused by a hyperreactive response. It is most common in children aged 1-5 years. Repeated asthma attacks affect the physical, psychological, emotional, and sociological aspects for children and their parents. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a group teaching program on parents' knowledge and behavior in preventing asthmatic attacks in children. A purposive sample of 30 parents of 1 to 5-year-old children with asthma or asthma-like symptoms were recruited from the emergency room and pediatric outpatient department at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Subjects were divided into control and experimental groups with 15 in each. The research instruments consisted of 1) a group teaching program; 2) a video compact disc; 3) a knowledge of asthma test; and 4) the parents' behavior toward asthma prevention in children scale. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired t-test, and the Mann Whitney U test.

The results of the study showed that:

1. Parents' knowledge and behavior scores toward asthma prevention in children for the experimental group were statistically significantly higher than for the control group ($p < 0.01$).
2. Parents' knowledge and behavior scores toward asthma prevention in children for the experimental group after the group teaching program were statistically significantly higher than before ($p < 0.01$).

The results of the study suggest that the group teaching program can be used to teach and promote asthma prevention among parents of children between 1-5 years old.

Keywords: Group teaching; Knowledge and behavior; Preventing asthmatic attack; Children

* 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: lek_ail@hotmail.com

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



บทคัดย่อ

อาการจับหืดเป็นภาวะที่มีอาการหายใจลำบาก และมีเสียงวี๊ด จากการตีบแคบของหลอดลมที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ พบบ่อยในเด็กอายุ 1-5 ปี อาการจับหืดซ้ำส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและบิดามารดาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาของเด็กอายุ 1-5 ปีที่เป็นโรคหืดหรือมีอาการคล้ายโรคหืด มารับบริการที่ห้องตรวจฉุกเฉินและห้องตรวจเด็ก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสอนแบบกลุ่มในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก 2) สื่อบันทึก 3) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหืดในเด็ก 4) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลป้องกันการจับหืดในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test, และสถิติ Mann Whitney U test.

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมเรื่องการป้องกันอาการจับหืดในเด็กสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
2. บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการจับหืดในเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มสามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมบิดามารดาในการป้องกันอาการจับหืดในเด็กอายุ 1-5 ปี

คำสำคัญ การสอนแบบกลุ่ม ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันอาการจับหืด เด็ก

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: lek_ail@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 28 กุมภาพันธ์ 2561 วันที่แก้ไขบทความ 29 มีนาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 19 เมษายน 2561



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็ก และเป็นปัญหาทำให้เด็กต้องขาดเรียนและมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินมากที่สุดปัจจุบันคาดว่าจะมีประชากรเด็กโรคหืด ทั่วโลกถึงประมาณ 6.5 ล้านคน (American Lung Association, 2012) การจ็บหืดเป็นภาวะ ที่มีอาการหายใจลำบาก และหายใจมีเสียงวี๊ด เกิดจากการตีบแคบของหลอดลมที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ พบบ่อยในเด็กอายุ 1-5 ปี เช่น ไรฝุ่น ฝุ่นละออง ซึ่งอาจทำให้หลอดลมเกิดการระคายเคือง บวมและตีบแคบ (Mak, Ho, & Day, 2012) จึงทำให้เกิดอาการจ็บหืดได้ง่าย

การจ็บหืดซ้ำ ๆ ส่งผลกระทบต่อทั้งต่อตัวเด็กและครอบครัว ผลกระทบต่อตัวเด็กพบว่า เด็กจะมีรูปร่างเล็กกว่าเด็กในวัยเดียวกัน เนื่องจากอาการจ็บหืดมักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน ทำให้เด็กนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการหลั่งโกรทฮอร์โมน ทำให้ส่วนสูงของเด็กโรคหืดเพิ่มน้อยกว่าเด็กทั่วไป (Gustafsson, Watson, Davis, & Rabe, 2006) ประกอบกับเด็กกลุ่มนี้ได้รับยาในกลุ่มสเตียรอยด์ ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ด้านการแบ่งเซลล์ของกล้ามเนื้อและกระดูก เด็กโรคหืดจึงมีรูปร่างเล็กกว่าเด็กทั่วไป ด้านจิตใจพบว่า เด็กจะมีความกลัว เกาะติดอยู่กับบิดามารดาตลอดเวลา ร้องไห้มาก และต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Haltermann et al, 2006) เมื่อโตขึ้นเด็กบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้า และแยกตัวจากสังคม เนื่องจากบิดามารดามักไม่อนุญาตให้เด็กเล่นหรือทำกิจกรรม ทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ และขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Antonacci, 2010) ผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า บิดามารดามีอาการเหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้า ต้องตื่นช่วงกลางคืนเพื่อคอยเฝ้าระวังอาการจ็บหืดของบุตรที่ไม่สามารถคาดเดาได้ เนื่องจากอาการจ็บหืดในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี มักพบในเวลากลางคืน (Pedersen et al., 2011) ด้านจิตใจพบว่า บิดามารดาของเด็กโรคหืดมีภาวะเครียด และซึมเศร้า เนื่องมาจากความเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าในการดูแล วิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยของบุตร และค่าใช้จ่ายในการรักษาถึงแม้จะมีประกันสุขภาพคุ้มครองก็ตาม (Easter, Sharpe, & Hunt, 2015)

การป้องกันอาการจ็บหืดสามารถลดผลกระทบที่กล่าวไว้ได้ โดยปัจจุบันมีการดำเนินการป้องกันอาการจ็บหืดด้วยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ซึ่งหากมีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ดีจะสามารถช่วยควบคุมโรคและลดจำนวนครั้งของการจ็บหืดได้ (Global Initiative for Asthma: GINA, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเรื่องการให้ความรู้และวิธีการปรับพฤติกรรมของบิดามารดาในการดูแลเด็กโรคหืดให้เหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของ กรูเนต เครือเนต (Kruenet, 2008) ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดพบว่า บิดามารดามีความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดดีขึ้น การศึกษาของ สิริมาดา สุขสวัสดิ์ (Sirimada, 2011) ศึกษาผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดพบว่า บิดามารดาสามารถให้การดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของ พวงทิพย์ วัฒนะ (Wattana, 2007) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดามีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอาการจ็บหืดของเด็กเพิ่มมากขึ้นแต่ก็ยังมีเด็กจำนวนหนึ่งกลับมามาตรวจรักษาด้วยอาการจ็บหืดซ้ำบ่อยครั้ง จากสถิติพบว่าเด็กโรคหืดมีอัตราการกลับมาตรวจซ้ำมากถึงร้อยละ 28 และร้อยละ 5 ของจำนวนเด็กที่มาตรวจซ้ำมีอาการรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล (Vicendese, Abramson, Dharmage, Tang, Allen, & Erbas, 2014) จากการศึกษาพบว่า บิดามารดายังมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืดที่ไม่เหมาะสมที่พบบ่อยที่สุดคือร้อยละ 80 ไม่ได้เตรียมยาไว้สำหรับพร้อมใช้ รองลงมาคือ การจัดการสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม (Awan & Munir, 2015) คล้ายกับการศึกษาของ อกนิษฐ์ กมลวัชรพันธุ์ (Kamolwataraphan, 2012) พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหืดเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 8.82 โดยพบว่า สาเหตุของการกลับมาตรวจซ้ำคือ ครอบครัวของเด็กโรคหืดมีความรู้และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น บางครอบครัวมีผู้ที่สูบบุหรี่ในครอบครัวเป็นประจำ ทำให้เด็กต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการจ็บหืดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ดูแลบางคนไม่ทราบว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กมี



อาการจับหืดมีอะไรบ้าง บางครอบครัวไม่นำเด็กมารักษาต่อเนื่องเพราะคิดว่าเด็กที่ไม่มีอาการจับหืดคือเด็กหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ดูแลล้มป่วยตามเวลา พ่นยาไม่ถูกวิธีและพ่นยาผิดชนิด สุดท้ายคือผู้ดูแลบางคนไม่ทราบอาการแสดงว่าเป็นอาการจับหืดของเด็ก และการศึกษาของ สุนันท์ ขาวประพันธ์, ปรียกมล รัชกุล, และ สุวรรณ จันทรประเสริฐ (Khawprapan, Ratchanakul, & Junprasert, 2012) โดยการเยี่ยมบ้านเด็กโรคหืดพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีพฤติกรรมการดูแลป้องกันอาการจับหืดไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ขาดการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น ใช้เครื่องนอนทำด้วยนุ่น เล่นตุ๊กตาที่เป็นขน สมาชิกในครอบครัวยังมีการสูบบุหรี่ใกล้ ๆ กับเด็ก การใช้ยาไม่สม่ำเสมอและไม่พาเด็กมาตรวจรักษาตามนัดถึงแม้จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาแล้วก็ตาม

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่การสอนให้ความรู้แก่บิดามารดาที่มารับบริการยังโรงพยาบาลโดยทั่วไปเป็นการสอนแบบรายบุคคล ที่เป็นการสอนให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อให้บิดามารดาได้เรียนรู้ในสิ่งที่ผู้สอนต้องการให้รับทราบและเข้าใจ การสอนในลักษณะนี้ทำให้ขาดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งในวัยผู้ใหญ่ต้องการบอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาหรือแลกเปลี่ยนสิ่งที่ตนเองเคยเรียนรู้มาให้ฟังมากกว่าการรับฟังเพียงอย่างเดียว (Jacobs, Masson, & Harvill, 2011) อีกทั้งยังเป็นวัยที่มีค่านิยมและความเชื่อต่าง ๆ มากมาย มีความมั่นใจในสิ่งที่ตนเองรับรู้ ทำให้การสอนในลักษณะนี้ผู้เรียนอาจจะรับฟังแต่อาจไม่ปฏิบัติตาม เพราะขัดต่อสิ่งที่ตนเคยรับทราบและปฏิบัติมาส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่าย ไม่เกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติ ทำให้การสอนให้ความรู้ที่ผ่านมามีอายุยังไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้การให้ความรู้ในการดูแลป้องกันอาการจับหืดยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร สโลเวนสกี และ พอสเตียน (Slovensky & Paustian, 2002) กล่าวว่า การให้ความรู้และการฝึกทักษะในผู้ใหญ่จะได้ผลดีต้องคำนึงถึง 1) ประสบการณ์การเรียนรู้ในอดีตของผู้เรียน 2) การใช้สื่อเทคโนโลยี 3) ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้เรียน 4) รูปแบบการเรียนรู้ความพร้อมของผู้เรียน และ 5) การจูงใจผู้เรียนที่ผ่านมามีงานวิจัยที่นำเอาแนวคิดของ สโลเวนสกี และ พอสเตียน มาใช้สอนบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผลการเรียนรู้และการปฏิบัติของกลุ่มทดลองดีขึ้น (Wattanachot, 2012) ดังนั้นการสอนแบบกลุ่มเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถทำให้การจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลถ่ายทอดความรู้และแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในกลุ่มคนที่มีความรู้เหมือนกันจะเกิดการช่วยเหลือให้คำแนะนำการจัดการต่าง ๆ ที่เคยทำและประสบผลสำเร็จให้แก่กัน ซึ่งการให้ความรู้ในลักษณะนี้ทำให้สมาชิกในกลุ่มมีแรงจูงใจและมีความต้องการที่จะปฏิบัติตามวิธีการที่ได้รับรู้และนำวิธีการนั้นมาพัฒนาแก้ไขปัญหามาของตนเองได้ (Siriratrekha, 2012) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการสอนแบบกลุ่มมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาอาจนำมาใช้เป็นแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้บิดามารดาสามารถดูแลป้องกันการเกิดอาการจับหืดของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขเหมือนเด็กปกติทั่วไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการจับหืดในเด็กระหว่างบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มกับกลุ่มบิดามารดาที่ได้รับการสอนตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันการจับหืดในเด็กก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม

สมมุติฐานการวิจัย

1. บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมเรื่องการป้องกันการจับหืดในเด็กมากกว่าบิดามารดาที่ได้รับการสอนตามปกติ



2. บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมเรื่องการป้องกันอาการจับหืดในเด็กมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

อาการจับหืดในเด็ก เป็นอาการที่อยากจะคาดเดาได้ว่าจะมีอาการเกิดขึ้นเมื่อไร เป้าหมายของการดูแลเด็กที่มีอาการจับหืด คือการควบคุมอาการไม่ให้เกิดขึ้น และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เด็กเกิดอาการจับหืดซ้ำ เพื่อให้เด็กสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดทั้งบิดามารดาและเด็กในขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือบิดามารดาเหล่านี้ ให้มีความรู้ด้านการป้องกันอาการจับหืด และเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันอาการจับหืด เพื่อให้บิดามารดาของเด็กนำไปปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราการเกิดอาการจับหืดของเด็ก การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสอนให้ความรู้ด้วยการใช้โปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม โดยมีสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันอาการจับหืดในเด็กเป็นหลักการพื้นฐานในการป้องกันอาการจับหืด ให้แก่บิดามารดา มุ่งเน้นให้บิดามารดาเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้การจัดการต่าง ๆ ในการป้องกันอาการจับหืด ซึ่งการเข้ากลุ่มนี้จะช่วยให้บิดามารดาสามารถแสดงความคิดเห็นและร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาในการป้องกันอาการจับหืด ซึ่งคาดว่าจะการสอนโดยใช้โปรแกรมการสอนแบบกลุ่มนี้จะช่วยส่งเสริมเพิ่มประสิทธิภาพให้บิดามารดาเด็กมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดอาการจับหืดของเด็กได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้เด็กมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขเหมือนเด็กปกติทั่วไป

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มบิดามารดาที่ต้องดูแลเด็กโรคหืด หรือเด็กที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีลักษณะอาการคล้ายอาการโรคหืด

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 ราย โดย 15 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนให้ความรู้ตามปกติ และ 15 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม ซึ่งทำการจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ เพศ และระดับความรุนแรงของโรคของเด็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม 2) วีดิทัศน์เรื่องการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก 3) คู่มือการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับบิดามารดาที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของภาษาและระยะเวลา เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและของเด็ก 2) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหืดในเด็กของ พวงทิพย์ วัฒนะ (Wattana, 2007) มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71 และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลป้องกันการจับหืดในเด็กของ พวงทิพย์ วัฒนะ Wattana, P. (2007) มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .81 และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธ



การเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องให้การวิจัยสิ้นสุด พร้อมทั้งขอความยินยอมโดยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงงานวิจัย หลังจากกลุ่มควบคุมตกลงเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามเพื่อเก็บเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง และสอนให้ความรู้แก่กลุ่มควบคุมตามการพยาบาลปกติ และทำการนัดหมายครั้งต่อไปเพื่อทำการประเมินหลังการสอนในอีก 4 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามชุดเดิม

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงงานวิจัย หลังจากกลุ่มทดลองตกลงเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง และทำการนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อเข้าโปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม โดยดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยทำการนัดหมายบิดามารดาผู้ประสงค์เข้าร่วมโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มในวันที่บิดามารดาสะดวกที่สุด โดยผู้วิจัยได้กำหนดวันจัดโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มเป็นทุกวันอาทิตย์โดยให้บิดามารดาเลือกสัปดาห์ที่ตนเองสะดวกเข้ารับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม และใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มเพียง 60 นาที จัดแบ่งกลุ่มบิดามารดาเป็นกลุ่มละ 3-5 ราย จัดให้บิดามารดาที่เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งคำถามเกี่ยวกับโรคและการป้องกันอาการจ็บหืด เพื่อให้มีการบอกเล่าประสบการณ์ ได้แก่ 1) ตามความเข้าใจของท่าน โรคหืดคือโรคเกี่ยวกับอะไร 2) ท่านคิดว่าโรคหืดมีสาเหตุเกิดจากอะไร 3) อาการและอาการแสดงอะไรบ้างที่ทำให้ท่านทราบว่าเป็นอาการของโรคหืด 4) ที่ผ่านมามีท่านปฏิบัติอย่างไรในการดูแลป้องกันอาการจ็บหืด และ 5) ปัญหาหรืออุปสรรคที่ท่านพบมีอะไรบ้าง

หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสอนให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นตัวนำเสนอเนื้อหาที่บิดามารดาควรรู้ และนำไปปฏิบัติ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 นาที เนื้อหาประกอบด้วย โรคหืดในเด็ก สาเหตุของโรค ผลกระทบของโรคหืดในเด็ก และข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการจ็บหืด เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น หลังจากจบการชมวีดิทัศน์ผู้วิจัยให้บิดามารดาร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม ตามหัวข้อดังนี้ 1) ผลที่จะเกิดขึ้นหากบิดามารดาไม่มีการป้องกันอาการจ็บหืด 2) ให้บิดามารดาร่วมกันแสดงความคิดเห็นในเรื่องข้อควรปฏิบัติในการป้องกันอาการจ็บหืด มีปัญหา/อุปสรรค ด้านการปฏิบัติอะไรบ้างเมื่อกลับไปบ้าน 3) กระตุ้นให้ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการป้องกันอาการจ็บหืดที่กล่าวมาข้างต้น สุดท้ายผู้วิจัยกล่าวถึงประโยชน์ที่บิดามารดาได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มและผู้วิจัยได้แจกคู่มือการป้องกันอาการจ็บหืดในเด็กให้แก่บิดามารดาผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกคน เพื่อที่สามารถนำกลับมาอ่านทบทวนได้เมื่อกลับไปที่บ้าน และทำการนัดหมายครั้งต่อไปเพื่อทำการประเมินหลังได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มในอีก 4 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามชุดเดิม



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยข้อมูลส่วนบุคคลทั้งของบิดามารดาและของเด็ก ใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Fisher's exact test ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และด้านพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการจ๊ับหืดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย

1. หลังจากจัดโปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม บิดามารดามีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1)

2. กลุ่มบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดากลุ่มทดลองในการป้องกันอาการจ๊ับหืด
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test

คะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	Sig (1-tailed)
	(n = 15)		(n = 15)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้การป้องกันอาการจ๊ับหืด	7.2	0.77	10.47	0.52	-13.16	.00*
พฤติกรรมในการป้องกันอาการจ๊ับหืด	112	6.60	122.47	4.36	-8.38	.00*

*p<0.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการจ๊ับหืดในเด็ก
ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบ
Mann-Whitney U test

คะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		z	Sig (1-tailed)
	(n = 15)		(n = 15)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้การป้องกันอาการจ๊ับหืดในเด็ก	10.47	0.52	7.67	0.72	-4.79	.000*
พฤติกรรมในการป้องกันอาการจ๊ับหืดในเด็ก	122.47	4.36	105.73	12.84	-3.14	.001*

*p<0.01

การอภิปรายผล

สมมติฐานข้อ 1 พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม มีค่าคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมเรื่องการป้องกันการจ๊ับหืดในเด็กมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 2) โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดให้บิดามารดามีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลป้องกันอาการจ๊ับหืด ซึ่งวิธีนี้ทำให้



บิดามารดาได้มีการอธิบายเนื้อหาให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และตรงตามบริบทจริงเมื่อต้องดูแล ป้องกันอาการจ็บหืดที่บ้าน สามารถใช้ประสบการณ์เดิมในอดีตมาเชื่อมโยงกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ ๆ ทำให้สามารถนำ ความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้ดีกว่าเดิม และทำให้ได้รับความรู้และเข้าใจในสิ่งที่สอนได้ดีกว่า ดังเช่น การให้ความรู้เรื่อง การดูแลเด็กก้อหิสติกในกลุ่มผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็กก้อหิสติก พบว่า การจัดให้ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กก้อหิสติกเข้ากลุ่ม ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ปกครองเด็กก้อหิสติก มีความรู้และสามารถ ให้การดูแลจัดการเกี่ยวกับสุขภาพเด็กก้อหิสติกได้ดีขึ้น (Tonge, Brereton, Kiomall, Mackinnon, & Rinehart, 2014) อีกทั้งในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้บิดามารดาเรียนรู้วิถีชีวิตเกี่ยวกับการป้องกันอาการจ็บหืด ทำให้บิดามารดาได้เห็น ทั้งภาพและได้ยินเสียงไปพร้อม ๆ กัน เป็นการรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งสองทาง ทำให้เกิดความเข้าใจเนื้อหาได้เร็ว และสามารถจดจำเนื้อหาได้มากกว่าการฟังสอนเพียงอย่างเดียว เช่น การศึกษาของ พัทธรา บุญญอนุชิต (Boonanuchit, 2011) โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่องเลี้ยงดูลูกโรคหืดอย่างไรให้มีความสุข แก่บิดามารดาที่นำเด็กมาเข้ารับ บริการในแผนกผู้ป่วยเด็ก ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มารดาเด็กมีความรู้เรื่องการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ริอา และ สุมิตรา (Ria & Sumitra, 2015) ที่ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดให้แก่ผู้ปกครองของเด็ก ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจ เกี่ยวกับการผ่าตัดได้ดีขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองในเรื่องผลการผ่าตัดได้เป็นอย่างดี และยังช่วยให้ ผู้ปกครองนำข้อมูลการผ่าตัดไปอธิบายให้แก่บุตรของตนเอง ช่วยให้เด็กลดอาการกลัวและยินยอมเข้ารับการรักษา เมื่อ สิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการป้องกันอาการจ็บหืด ซึ่งการให้คู่มือช่วยให้กลุ่ม ตัวอย่างเพิ่มความเข้าใจและยังสามารถนำเนื้อหาจากคู่มือขึ้นมาทบทวนได้ตลอดเวลา (Khamanee, 2012)

เมื่อบิดามารดาผ่านการเรียนรู้ในสิ่งที่ต้องปฏิบัติมาก่อน ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา โดยพบว่า คะแนนพฤติกรรมของกลุ่มบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มเพิ่มขึ้นจากเดิม (จากตารางที่1) อธิบายได้ว่า บิดามารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลบุตรของตนเอง กับสมาชิก ที่ต้องดูแลเด็กในลักษณะที่คล้ายกัน ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้นำทักษะต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้จากสมาชิกกลุ่มเดียวกัน มาปฏิบัติ ซึ่งความรู้ที่ได้รับสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงตามสภาพชีวิตประจำวัน และได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิก ในกลุ่ม ทำให้เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจที่จะนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทั้งทัศนคติและ พฤติกรรม (Jacobs et al., 2011) นอกจากนี้ยังทำให้บิดามารดาทราบว่ายังมีคนอื่นอีกหลายคนประสบปัญหาคล้ายกับ ตนเอง ส่งผลให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือไม่รู้สึกมีเพียงแต่ตนเองเท่านั้นที่มีปัญหา เกิดแรงสนับสนุนในการกระทำต่าง ๆ ใน ทิศทางเดียวกัน ดังการศึกษาของ ชะไมพร พงษ์พานิช, สมดี อนันต์ปฏิเวธ, ประภาพันท์ ร่วมกระโทก, และ สมหมาย เศรษฐวิชาภรณ์ (Pongpanich, Ananpattiwet, Ruamkratok, & Setthawichaporn, 2012) ที่ศึกษาเรื่องผลของ โปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัวสำหรับผู้ปกครองและผู้ป่วยกลุ่มอาการอหิสติกตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า ผู้ปกครองของเด็กก้อหิสติกที่เข้าร่วมกลุ่มการฝึกทักษะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กก้อหิสติกได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเข้า กลุ่มฝึกทักษะทั้งนี้เป็นเพราะการเข้ากลุ่มทำให้ผู้ปกครองเด็กได้มีโอกาสเปิดเผยความรู้สึกของตัวเอง แลกเปลี่ยนความรู้ ทำให้ได้รับความรู้และเข้าใจวิธีการปฏิบัติในการดูแลเด็กก้อหิสติกมากขึ้น และช่วยให้ผู้ปกครองเด็กก้อหิสติกมีความสุข มากขึ้น ไม่เครียด เพราะได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มผู้ปกครองด้วยกัน จึงทำให้เด็กก้อหิสติกได้รับการดูแลที่ดีขึ้น และ จากการศึกษานี้ของ ดันแคน และคณะ (Duncan et al., 2013) เกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กโรคหืด พบว่าการ ให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ปกครองเด็กโรคหืด โดยให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคหืด ทำให้ ผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถดูแลให้เด็กได้รับยาตรงตามแผนการรักษามากขึ้นถึงร้อยละ 80 และเด็ก มีอาการแสดงของโรคหืดลดลง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม จึงทำให้บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรม การสอนแบบกลุ่มมีพฤติกรรมด้านการดูแลเด็กโรคหืดดีขึ้น ดังนั้นบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มจึงมี คะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอาการจ็บหืดในเด็กมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ



สมมติฐานที่ 2 พบว่าบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมเรื่องการป้องกันการจับหืดในเด็กมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1) โดยโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มนี้สามารถช่วยให้บิดามารดามีความรู้การป้องกันอาการจับหืดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเรียนรู้ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการป้องกันอาการจับหืดในเด็กของบิดามารดา ซึ่งแต่ละคนมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป การเรียนรู้ด้วยวิธีนี้ทำให้บิดามารดามีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ที่แตกต่างกันให้สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง สอบถาม ได้ตอบ แสดงความคิดเห็น จนสุดท้ายบิดามารดาจะนำข้อมูลที่ได้มาประมวลสร้างเป็นบทสรุปของตนเอง เพื่อนำมาปรับปรุงให้ตนเองมีความรู้มากขึ้น (Edwards, Sieminski, & Zeldin, 2014) และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดให้บิดามารดาที่มีปัญหาล้ายกันอยู่กลุ่มเดียวกัน ทำให้บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากสมาชิกกลุ่ม เกิดกำลังใจและมีความมั่นใจที่จะนำความรู้ที่ได้ไปใช้เมื่อออกจากกลุ่มไปเจอกับสถานการณ์จริง (Jacobs et al., 2011) อีกทั้งกิจกรรมการสอนแบบกลุ่มทำให้บิดามารดารับรู้ถึงสิ่งที่เรียนรู้นั้นมีประโยชน์ต่อบุตรของตนเอง จึงมีความตั้งใจและพร้อมที่จะเรียนรู้ ส่งผลให้บิดามารดาสามารถรับรู้สิ่งที่เรียนรู้ได้เป็นอย่างดี (Chonpracha, 2014) นอกจากบิดามารดาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โปรแกรมการสอนแบบกลุ่มยังใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันอาการจับหืดร่วมด้วย จึงช่วยให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจเนื้อหาได้เร็วและสามารถจดจำเนื้อหาได้มาก เนื่องจากการใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นการทำให้ผู้เรียนได้เห็นภาพและได้ยินเสียงไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งการมองเห็นภาพและการได้ยินเสียงนี้จะไปกระตุ้นให้สมองเกิดการจดจำได้ดีกว่าการฟังเพียงอย่างเดียว (Khamanee, 2012; Slovensky & Paustian, 2002) เช่น การศึกษาของ พัชรา บุญอนุชิต (Boonanuchit, 2011) โดยการให้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กโรคหืดผ่านสื่อวีดิทัศน์แก่บิดามารดาที่นำเด็กมาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยเด็กพบว่า บิดามารดาเด็กมีความรู้เรื่องการดูแลเด็กโรคหืดเพิ่มขึ้น

บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มนี้ได้รับคู่มือเกี่ยวกับการป้องกันการจับหืด ซึ่งการให้คู่มือช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มความเข้าใจและยังสามารถนำเนื้อหาจากคู่มือขึ้นมาทบทวนได้ตลอดเวลา เป็นการเสริมความเข้าใจและช่วยให้จดจำเนื้อหาที่เรียนได้แม่นยำขึ้น (Khamanee, 2012) ส่งผลให้บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากกลุ่มมาแก้ไขและนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่บ้านเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณภา ชินะภัทรพงศ์ (Chinapattaphong, 2011) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค โดยการจัดกลุ่มผู้ดูแล 2-3 คน เพื่อเข้ากลุ่มทำกิจกรรมและฝึกทักษะพบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่เข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาแก่กัน ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืดของกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมนี้ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชะไมพร พงษ์พานิช และคณะ (Pongpanich et al., 2012) ที่พบว่า การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ทำให้ได้รับความรู้และเข้าใจวิธีการปฏิบัติในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่กลุ่มกำหนด (Khamanee, 2012) ดังนั้นบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มจึงมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอาการจับหืดในเด็กมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่ม

ผลจากการศึกษานี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก ทำให้บิดามารดาของเด็กโรคหืดหรือเด็กที่มีอาการแสดงคล้ายโรคหืดมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอาการจับหืดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้แก่บิดามารดา โดยดำเนินโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มตามหลักการให้ความรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ สโลเวนสกี และ เพาสเตียน (Slovensky, & Paustian, 2002) ส่งผลให้บิดามารดาเกิดการเรียนรู้ จดจำเนื้อหา และมีพฤติกรรมในการป้องกันอาการจับหืดในเด็กได้อย่างเหมาะสม



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ สามารถนำโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก ไปส่งเสริมให้บิดามารดาให้สามารถดูแลป้องกันอาการจับหืดในเด็กได้
2. ด้านการศึกษา สามารถนำโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มมาใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้เกี่ยวกับรูปแบบการให้ความรู้บิดามารดา เพื่อให้บิดามารดาของเด็กป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการจับหืดอย่างต่อเนื่อง เพื่อวิเคราะห์ถึงคุณภาพชีวิตทั้งของบิดามารดา และเด็ก
2. ควรมีการนำรูปแบบการสอนแบบกลุ่มไปใช้ในการดูแลเด็กป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคปอดเรื้อรัง (BPD) ที่ต้องกลับไปดูแลที่บ้าน

References

- American Lung Association. (2012). *Epidemiology and statistic unit & research and program services*. Retrieved from <http://www.lungusa.org.com>
- Antonacci, G. (2010). *How asthma affects children emotionally and behaviorally*. USA: University of Pittsburgh, School of Education.
- Awan, A. S., & Munir, S. S. (2015). Asthmatic children: Knowledge, attitude and practices among caregivers. *Professional Medical Journal*, 22(1), 130-136.
- Boonanuchit, P. (2011). *The effect of self-efficacy building program on the ability to take care of mothers of asthmatic children aged 1-6 years*. Quality Development Work in Pediatric Nursing. Thammasat University, Thammasat University Hospital.
- Chinapattaphong, W. (2011). *The effect of a program to promote care behavior of caregivers of asthmatic children aged 1-5 years on the severity of the disease* (Master's thesis). Chulalongkorn University. (in Thai)
- Chonpracha, S. (2014). Adult learning theory: What adult teachers must learn. *Education Journal Prince of Songkla University*, 25(2), 13-23.
- Duncan, C. L., Hogan, M. B., Tien, K. J., Graves, M. M., Chorney, J. M., Zettler, M. D., ... Portnoy, J. (2013). Efficacy of a parent-youth teamwork intervention to promote adherence in pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(6), 617-628.
- Easter, G., Sharpe, L., & Hunt, C. J. (2015). Systematic review and meta-analysis of anxious and depressive symptoms in caregivers of children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(7), 623-632.
- Edwards, R., Sieminski, S., & Zeldin, D. (2014). *Adult learners, education and training* (Vol. 2). London: Routledge.
- Global Initiative for Asthma. (2015). *Pocket guide for asthma management and prevention for children 5 years and younger*. Retrieved from <http://www.ginasthma.org>



The Effects of a Group Teaching Program on Parents' Knowledge and Behavior in Preventing Asthmatic Attacks in Children

ผลของโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดา ในการป้องกันอาการจ๊ับหืดในเด็ก

- Gustafsson, P. M., Watson, L., Davis, J. K., & Rabe, K. F. (2006). Poor asthma control in children: Evidence from epidemiological surveys and implications for clinical practice. *International Journal Clinical Practice*, 60(3), 321-334.
- Halterman, J. S., Conn, K. M., Forbes, J. E., Fagnano, M., Hightower, A. D., & Szilagyi, P. G. (2006). Behavior problems among inner-city children with asthma: Findings from a community-based sample. *Pediatrics*, 117, 192-199.
- Jacobs, E., Masson, R. L., Harvill, R., & Schimmel, C. (2011). *Group counseling: Strategies and skills* (6th ed.). Belmont: Cengage Learning.
- Kamolwataraphan, A. (2012). *Development of a distribution planning model for pediatric asthma patients aged 0-5 years using the model D-M-E-T-H-O-D* (Master's thesis, Department of Child Health Nursing). Khon Kaen University. (in Thai)
- Khamanee, T. (2012). *The science of teaching knowledge for organizing effective learning processes* (15th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Khawprapan, S., Ratchanakul, P., & Junprasert, S. (2012). Impacts of home-based healthcare on families' care for asthmatic children. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(2), 108-121. (in Thai)
- Kruenet, K. (2008). *Effects of family education program on patient care behavior, childhood asthma 1-6 years of family independent study report* (Master's thesis, Master of Nursing Science). Khon Kaen University. (in Thai)
- Mak, K. K., Ho, R. C., & Day, J. R. (2012). The associations of asthma symptoms with active and passive smoking in Hong Kong adolescents. *Respiratory Care*, 57(9), 1398-1404.
- Pedersen, S. E., Hurd, S.S., Lemanske, R. F., Becker, A., Zar, H. J., Sly, P. D., & Bateman, E.D. (2011). Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and youngers. *Pediatric Pulmonology*, 46(1), 1-17.
- Pongpanich, C., Ananpattiwet, S., Ruamkratok, P., & Setthawichaporn, S. (2012). The effect of family skills training program for parents and patients with autism syndrome based on positive psychology concept. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*, 22(1), 11-25. (in Thai)
- Ria, L., & Sumitra, L. A. (2015). Effectiveness of video assisted pre-operative preparation programme on anxiety of the mothers of children undergoing surgery-randomized control trial. *International Journal of Nursing Education and Research*, 3(2), 127-136.
- Sirimada, S. (2011). *Effects of coaching on parents' practice in caring for children with asthma* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Siriratrekha, T. (2012). *Integrated autism care approach*. Retrieved from <http://www.happyhomeclinic.com/au22-autisticcare.htm> (in Thai)



The Effects of a Group Teaching Program on Parents' Knowledge and Behavior in Preventing Asthmatic Attacks in Children

ผลของโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดา ในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก

- Slovensky, D. J., & Paustian, P. E. (2002). Training the adult learner in health care organizations. In P. L. Spath (Ed.), *Guide to effective staff development in health care organizations* (pp.100-104). New York: The Jossey-Bass.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., & Rinehart, N. J. (2014). A randomised group comparison controlled trial of 'preschoolers with autism': A parent education and skills training intervention for young children with autistic disorder. *Autism*, 18(2), 166-177.
- Vicendese, D., Abramson, M. J., Dharmage, S. C., Tang, M. L., Allen, K. J., & Erbas, B. (2014). Trends in asthma readmissions among children and adolescents over time by age, gender and season. *Journal of Asthma*, 51(10), 1055-1060.
- Wattana, P. (2007). *The effect of self-efficacy promotion program on parents' behavior in preventing asthma symptoms in children* (Master's thesis, Pediatric Nursing). Chiang Mai University. (in Thai)
- Wattanachot, M. (2012). *The effect of nursing preparation program on nursing practices in promoting interaction during breastfeeding between mothers and premature newborns* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)



The Development of an Intravenous Injection Arm Model

การพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ

อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์*	Apiradee	Nantsupawat*
นงค์คราญ	วิเศษกุล**	Nongkran	Viseskul**
ปิยวรรณ	สวัสดีสิงห์***	Piyawan	Sawasdisingha***
ศันสนีย์	เอื้อพันธ์วิริยะกุล****	Sansanee	Auephanwiryakul****
สุสันหา	ยี่มรัมย์*****	Susanha	Yimyam*****

Abstract

Intravenous injection is one of the nursing activities that nursing students must practice on the unit. Therefore, the development of an intravenous injection arm model for practicing in the laboratory is important for helping enhance students' confidence and develop more skills to practice nursing activities. This was a research and development study which aimed to develop an intravenous injection arm model and to evaluate its quality. The study sample consisted of 133, 3rd year nursing students in the Bachelor of Nursing Program, along with 5 nursing instructors. The tools were an interview form for the opinions of nursing instructors and nursing students, and the quality assessment questionnaire. The content validity (CVI) of the tools was 0.95 and the Cronbach' s alpha coefficient was 0.97. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of the study revealed that the information that could be used to develop the model included the circulatory system, the size of the arm, and the blood system. Some problems and obstacles were that wooden materials were too hard, and wrapped rubber gloves were too lightweight and easily torn when moving. Therefore, the researchers developed the new intravenous injection arm model which was tried out and tested for quality. Overall, the quality of the new model was at a high level, and it was able to represent the external structure of a real arm ($\bar{X}$ = 4.35, SD = 0.66), with the proper proportions and colors ($\bar{X}$ = 4.25, SD = 0.51), and was easy to move ($\bar{X}$ = 4.12, SD = 0.67).

This results of the study suggested that this innovation can be used in nursing practice for enhancing the intravenous injection skills of nursing students.

Keywords: Development; Intravenous injection arm model; Nursing student; Practice

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

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

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

**** Associate Professor, Biomedical Engineering Institute, Chiang Mai University

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

Received 21 December 2021; Revised 23 March 2022; Accepted 30 May 2022

บทคัดย่อ

การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ สำหรับการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ จึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษามีทักษะ และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำและ ศึกษาคุณภาพของหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 133 คน และ อาจารย์พยาบาล จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ แบบประเมินคุณภาพของหุ่นจำลอง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.95 และ ค่า Cronbach' s alpha coefficient เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลที่น่าสนใจในการพัฒนาหุ่นจำลองได้คือ ระบบการไหลเวียน ขนาดของแขน และระบบเลือด สำหรับปัญหาอุปสรรคได้แก่ วัสดุทำด้วยไม้ทำให้แข็งเกินไป ถูมือยางที่ห่อหุ้มฉีกขาดง่าย น้ำหนักเบาเวลาใช้งานอุปกรณ์มีการเคลื่อนไหว ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำชิ้นใหม่ และได้นำหุ่นจำลองนี้ไปทดลองใช้และประเมินคุณภาพ พบว่าคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ สามารถแสดงถึงโครงสร้างภายนอกของแขนได้ ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.66$) ลักษณะรูปร่างสัดส่วน และสีที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.51$) สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย ($\bar{X} = 4.12$, $SD=0.67$)

ผลจากการศึกษานี้พบว่า หุ่นจำลองแขนสามารถนำไปใช้ในการฝึกทักษะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่นักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: การพัฒนา หุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ นักศึกษาพยาบาล การฝึกปฏิบัติ

* ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; e-mail: apiradee.n@cmu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ สถาบันวิศวกรรมชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ส่วนของหมวด 4 แนวทางการจัดการศึกษา ในมาตรา 24 เกี่ยวกับการจัดกระบวนการเรียนรู้ กำหนดให้สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ โดยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สอนสามารถจัดบรรยากาศ สภาพแวดล้อม สื่อการเรียน และอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้และมีความรอบรู้ รวมทั้งใช้การวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ (Ministry of Education, 1999) ดังนั้นผู้สอนจึงมีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยเหลือ ส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการแสวงหาความรู้จากสื่อและ แหล่งข้อมูลการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้เรียนเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ และเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

การเรียนการสอนทางการพยาบาลนั้น มีทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ในภาคปฏิบัติประกอบด้วยการ ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ และการฝึกปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย โดยก่อนที่นักศึกษาจะขึ้น ฝึกปฏิบัติให้การดูแลบนหอผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนภาคทฤษฎี และฝึกในห้องปฏิบัติการเพื่อให้เกิดทักษะในการให้ การพยาบาล ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการจึงใช้สถานการณ์จำลองให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ ให้เสมือนจริงให้มากที่สุด สื่อการเรียนการสอนจึงเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการเรียนการสอน ที่นอกเหนือจากตัว ผู้สอน สื่อการเรียนการสอนมีบทบาทเป็นตัวกลางเครื่องมือ หรือช่องทางที่ใช้นำเรื่องราว ข้อมูลความรู้หรือสิ่ง บอกกล่าวของผู้ส่งสารหรือผู้สอนไปสู่ผู้รับหรือผู้เรียน เพื่อทำให้การเรียนรู้ หรือการเรียนการสอนบรรลุผลสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ (Kengthong, 2017)

หุ่นจำลอง (models) คือ วัสดุที่สร้างขึ้นเพื่อเลียนแบบของจริง ซึ่งจะสามารถครอบคลุมทั้งหลักการ รูปร่าง และแสดงการทำงาน (Chawha, 1999; Nonthapha, 2002) การเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการทางการ พยาบาลจึงนิยมใช้หุ่นจำลองเป็นสื่อการสอนทดแทนเนื่องจากบางกิจกรรมไม่สามารถใช้ของจริงได้ การใช้ หุ่นจำลองอยู่ในประเภทของการเรียนรู้จากประสบการณ์รอง (contrived experience) ของทฤษฎีกรวย ประสบการณ์ (cone of experience) (Dale, 1969) เป็นการเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนได้เรียนจากสิ่งที่ใกล้เคียงกับ ความเป็นจริงที่สุด มีลักษณะที่เป็นรูปธรรมและใกล้เคียงสถานการณ์จริง นอกจากนี้แล้วหุ่นจำลองทำให้ผู้เรียน สามารถสัมผัสด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ช่วยให้เข้าใจสิ่งที่ซับซ้อนได้ง่ายกว่าของจริง และฝึกการเรียนรู้ด้วยตนเอง ของผู้เรียน (Viseskul, 2019) จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าการเรียนการสอนโดยใช้หุ่นจำลองช่วยให้ผู้เรียนเกิด ความชำนาญและความมั่นใจ รวมทั้งมีความพร้อมในการปฏิบัติจริง (Rumwang, Hamchayat, & Loeyesak, 2011; Tunsiri, Prasertwang, Katikhan, Tripul, Pinsakol, 2014; Choeychom & Rungchiwattanakorn, 2015) และมีทักษะการปฏิบัติที่สูงขึ้น (Bannaasan, 2017)

การจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร พ.ศ. 2561) คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความเป็นพลเมืองโลก เป็นผู้ที่มีความใฝ่รู้ รอบรู้ เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ของสถานการณ์โลก นโยบายสุขภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพของประเทศ และโลก และมีทักษะที่จำเป็น สอดคล้องและเท่าทันความก้าวหน้าของศาสตร์สุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล มีสมรรถนะ ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ มีภาวะผู้นำ สามารถตัดสินใจทางคลินิกและจัดการ สามารถปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นองค์รวมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นการเรียนรู้อ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะและประสบการณ์ที่สามารถให้การพยาบาลผู้รับบริการด้วยความมั่นใจและปลอดภัย (Faculty of Nursing, Chiang Mai University, 2018)

การเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 นักศึกษาจะได้เรียนกระบวนการวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานในห้องปฏิบัติการ การให้สารน้ำและฉีดยาทางหลอดเลือดดำ เป็นทักษะหนึ่งที่เรียนในห้องปฏิบัติการ โดยการใช้หุ่นจำลอง ซึ่งหลังจากที่นักศึกษาได้รับการฝึกในห้องปฏิบัติการแล้ว นักศึกษาจะได้ฝึกปฏิบัติการจริงบนผู้ป่วยในชั้นปีที่ 3-4 จะเห็นได้ว่านักศึกษาจะมีโอกาสในการเรียนรู้และฝึกให้เกิดทักษะดังกล่าวในช่วงระยะเวลาจำกัด ดังนั้นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานในห้องปฏิบัติการพยาบาลถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะทำให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ที่เสมือนจริงหรือการจำลองการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจก่อนการฝึกปฏิบัติจริง ทั้งนี้เพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้สอนจึงให้โอกาสนักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองให้เต็มที่ และมีสื่อที่เหมาะสมในการเพิ่มพูนการฝึกทักษะในการปฏิบัติ การตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหาที่อาจพบในการฝึกปฏิบัติจริงในแหล่งฝึก ดังนั้นการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาล ผู้สอนจึงควรจัดให้นักศึกษาได้ใช้อุปกรณ์การเรียนการสอนที่เสมือนจริงมากที่สุด เพื่อสามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาล ถือว่ามีความสำคัญยิ่งต่อการเป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานในอนาคต (Kunaviktikul, 2015)

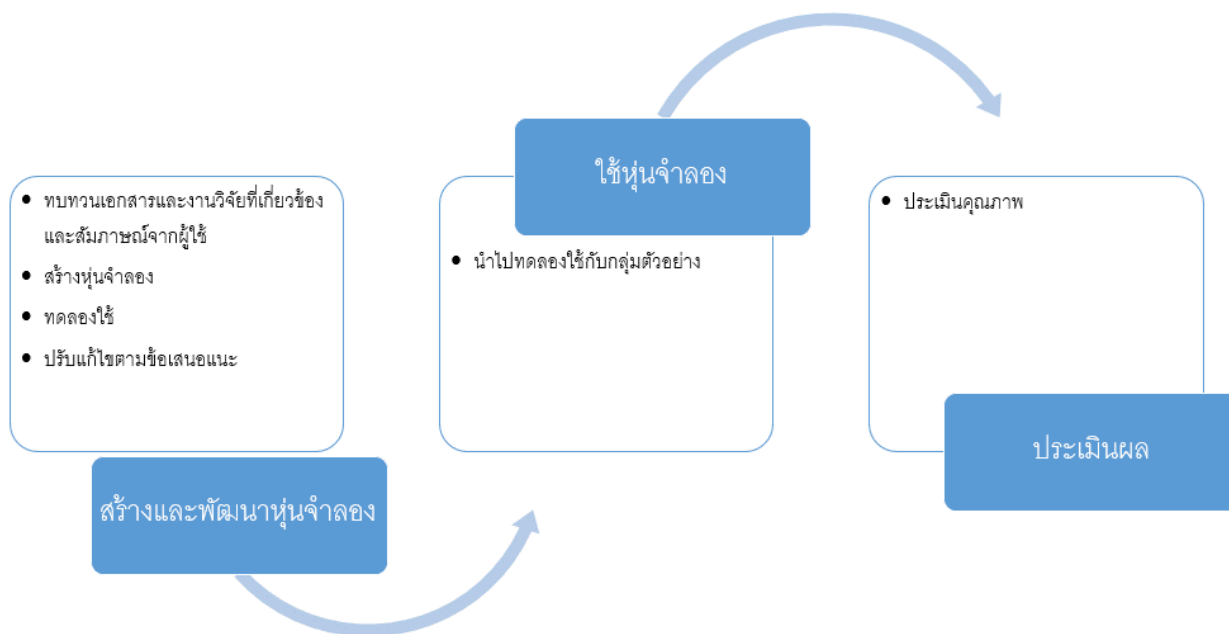
หุ่นจำลองการให้สารและการฉีดยาทางหลอดเลือดดำที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นลักษณะแขนที่ทำมาจากวัสดุไม่มีสายยางทำเป็นเส้นเลือดและมีถุงมือครอบไว้อีกชั้นหนึ่ง จึงมีข้อจำกัดในความเสมือนจริงและความรู้สึกของการสัมผัสแขนและเส้นเลือด และหุ่นจำลองการให้สารละลายและการฉีดยาทางหลอดเลือดดำในห้องตลาดมีราคาค่อนข้างสูง ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำที่ราคาประหยัด เหมาะสมในการใช้งาน สามารถแสดงโครงสร้างที่เสมือนจริงและการสัมผัสของหลอดเลือดที่แขนทั้งนี้เพื่อให้ได้หุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงมากขึ้น สามารถใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้พัฒนา เกิดการเรียนรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจเกี่ยวกับการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ
2. เพื่อศึกษาคุณภาพของหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาในการผลิตนวัตกรรม (Žižlavsk, 2013) โดยประกอบ 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาหุ่นจำลอง โดยการสำรวจปัญหาและความต้องการในการใช้หุ่นจำลองเดิม และทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหุ่นจำลองใหม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยออกแบบนวัตกรรมเพื่อพัฒนาหุ่นจำลองแขนใหม่ (prototype) แล้วนำมาทดลองใช้ (pilot-study) และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ 2) การใช้หุ่นจำลอง คือการนำหุ่นจำลองแขนที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 3) ประเมินผล คือการประเมินคุณภาพหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างและพัฒนาหุ่นจำลอง การใช้หุ่นจำลอง และการประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ และคณาจารย์ผู้สอนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วย

1. นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 5 คน และกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้หุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำสำหรับทดสอบครั้งที่ 1 จำนวน จำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้เกณฑ์กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยมีระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (sample random sampling) (โดยเป็นคนละกลุ่มกับการทดลองครั้งที่ 1)

2. คณาจารย์ผู้สอน วิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐานคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 5 คน

เครื่องมือวิจัยในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของคณาจารย์ผู้สอนผู้มีประสบการณ์สอนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐานและนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ผู้ผ่านการเรียนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐานเกี่ยวกับหุ่นจำลองที่ใช้ในปัจจุบัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นลักษณะแบบคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 3 ข้อ ได้แก่ 1) หุ่นจำลองที่ใช้ในปัจจุบันมีคุณภาพเป็นอย่างไรบ้าง 2) ท่านพบปัญหาอุปสรรคในการหุ่นจำลองที่ใช้ใช้อย่างไรบ้าง 3) ท่านต้องการหุ่นจำลองมีลักษณะและการทำงานอย่างไรบ้าง

2. แบบประเมินคุณภาพของหุ่นจำลอง โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากวิธีการประเมินคุณภาพของหุ่น จำลอง แขนฝึกทักษะเย็บแผลชนิดยางพารา (Duangrat, Yantarapakorn, Jirasintipok, Sayowan, & Rattanawibol-

suk, 2009) และหุ่นจำลองเต้านมที่ใช้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Yimyam & Karnasuta, 2016) โดยปรับให้มีความสอดคล้องกับคุณลักษณะของหุ่นจำลองที่จะพัฒนาในงานวิจัยนี้ แบบประเมินมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 15 ข้อ ซึ่งได้ประเมินในประเด็นเกี่ยวกับ สามารถแสดงถึงโครงสร้างภายนอกของแขนได้ รูปร่างมีลักษณะเหมือนของจริง ลักษณะรูปร่างสัดส่วนและสีที่เหมาะสม สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย มีความสะดวกในการนำมาใช้ สามารถให้สารละลายทางหลอดเลือดได้ สามารถฉีดยาเข้าทาง Injection plug ได้ มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับราคากับประโยชน์ สามารถเก็บรักษาได้ง่าย สามารถใส่ IV catheter ได้ มีขนาดและน้ำหนักเหมาะสม มีการคงสภาพภายหลังการแทงเข็ม/ให้สารละลายน้ำ มีความคงทน มีความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนผิวหนังจริง สามารถซ่อมแซมได้ง่าย มีความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนหลอดเลือดจริง เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับจาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด โดยแปลผลดังนี้ คะแนน 4.51-5.00 หมายถึงคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนน 3.51-4.50 หมายถึงคุณภาพอยู่ในระดับมาก คะแนน 2.51-3.50 หมายถึงคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 1.51-2.50 หมายถึงคุณภาพอยู่ในระดับน้อย คะแนน 0.51-1.50 หมายถึงคุณภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

หุ่นจำลองแขนที่พัฒนาขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ทีมผู้ผลิตจากสถาบันวิศวกรรมชีวการแพทย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ออกแบบและสร้างต้นแบบหุ่นจำลอง (prototype I) และนำไปทดลองใช้ หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างให้ทีมผู้ผลิตได้นำไปปรับปรุงเป็นต้นแบบหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (prototype II)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของคณาจารย์ผู้สอนผู้ที่มีประสบการณ์สอนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐาน และนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ผู้ผ่านการเรียนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐาน ตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปหาความตรงโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรมทางพยาบาล 1 ท่าน และด้านการสอนวิชาพื้นฐานการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเป็นปรนัยแล้ว นักวิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนเนื้อหาตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพของหุ่นจำลองพัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรมทางพยาบาล 1 ท่านและด้านการสอนวิชาพื้นฐานการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความครอบคลุมในเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.95 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.80 (Srisatidnarakul, 2004)

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพของหุ่นจำลอง ที่ผ่านเกณฑ์ความตรงตามเนื้อหาแล้วไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปให้นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ผู้ผ่านการเรียนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐานที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ตอบแบบสอบถาม และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยสูตร Cronbach' s alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.97 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.80 (Srisatidnara-

kul, 2004)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (รหัสโครงการ:2562-EXP091) ในการศึกษาผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ผู้ถูกสัมภาษณ์และผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การเก็บข้อมูล และผลของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการศึกษาจะเสนอการวิจัยในภาพรวม

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย มี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสร้างและพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นขั้นตอนสำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ทำนวัตกรรมเกี่ยวกับหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำและสัมภาษณ์ความคิดเห็นของคณาจารย์ผู้สอนจำนวน 5 ท่าน และ นักศึกษาพยาบาลผู้ผ่านการเรียนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐาน จำนวน 5 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะดังนี้ หุ่นจำลองที่มีอยู่เดิมมีข้อดีคือระบบการไหลเวียนเลือด ขนาดของแขนพอเหมาะสามารถดูดเลือดออกมาได้จริง ส่วนปัญหาอุปสรรคได้แก่วัสดุทำด้วยไม้ ทำให้แข็งเกินไป ฤงมืออย่างที่ยึดหุ้มฉีกขาดง่าย น้ำหนักเบาเวลาใช้งานอุปกรณ์มีการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สะดวกในการใช้งาน พบว่านักศึกษาและอาจารย์ต้องการหุ่นจำลองที่มีการปรับลักษณะและวัสดุที่ใช้ทำหุ่นจำลองดังนี้ 1) ผิวหนังภายนอก เสนอแนะให้ปรับเปลี่ยนเป็นผิวหนังที่มีสี ความยืดหยุ่นและผิวสัมผัสที่ใกล้เคียงของผิวหนังจริง แทนการใช้ถุงมืออย่างที่มีข้อจำกัดของความยืดหยุ่นเมื่อใช้เข็มแทงเส้นเลือด 2) ความยืดหยุ่นและน้ำหนักของแขน เสนอแนะให้ปรับเป็นแขนที่มีความยืดหยุ่นมีน้ำหนัก เหมือนจริง แทนการใช้แขนที่ทำจากไม้ที่อาจจะมีข้อจำกัดของความยืดหยุ่นเมื่อแทงเข็มเข้าไป และมีการเคลื่อนไหวของแขนเมื่อมีการใช้งานทำให้ต้องใช้มือช่วยจับไว้ และ 3) โครงสร้างแขนและขนาดของเส้นเลือด เสนอแนะให้มีโครงสร้างของทั้งส่วนมือและแขนเพื่อที่จะได้ฝึกเจาะเลือดบริเวณมือและควรมีเส้นเลือดที่มีขนาดเล็กและใหญ่ให้เหมือนจริง แทนหุ่นจำลองที่มีเฉพาะแขน หลังจากนั้นผู้วิจัยออกแบบและสร้างต้นแบบหุ่นจำลองจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ใช้งาน และนำต้นแบบหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (prototype I) ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน และสอบถามข้อเสนอแนะ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ลักษณะของผิวหนังความยืดหยุ่นน้อยค่อนข้างแข็งเนื่องจากทำจากยางพารา 2) รูปร่างและลักษณะยังไม่ค่อยสมส่วนหรือเหมือนจริง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวไปปรับปรุง วัสดุส่วนที่เป็นผิวหนังภายนอก การขึ้นรูปแบบของแขนให้มีความสมส่วนมากขึ้น และได้ต้นแบบหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (prototype II)

2. ขั้นตอนที่ 2 เป็นการใช้หุ่นจำลอง โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 103 คน และอาจารย์ผู้สอนจำนวน 5 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นัดหมายวันและเวลาที่สะดวกกับกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงวันหยุดและหลังเลิกเรียน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้ทดลองใช้หุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำใน 3 กิจกรรมคือการเจาะเลือด, การแทงเข็มเพื่อให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV Catheter), และการฉีดสารละลายเข้าหลอดเลือด

3. ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลองใช้ หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างได้ทดลองใช้หุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำที่พัฒนาขึ้น แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพของหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำจำนวน 15 ข้อ และให้ข้อเสนอแนะในการใช้งาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาล และ คณาจารย์ผู้สอน ข้อจำกัดของหุ่นจำลองที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและลักษณะและการทำงานหุ่นจำลองที่ต้องการ โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล และสรุปเนื้อหา
2. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินคุณภาพต่อการใช้หุ่นจำลองของนักศึกษาและคณาจารย์ผู้สอน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 133 คน มีอายุระหว่าง 20-21 ปี เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 96 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 4 กลุ่ม ตัวอย่างอาจารย์ผู้สอนจำนวน 5 คน มีอายุระหว่าง 40-66 ปี มีประสบการณ์ในการสอนเฉลี่ย 21 ปี
2. การพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำซึ่ง จากการทบทวน/การสืบค้นงานวิจัย หรือ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหุ่นจำลองแขน ได้ผลการทบทวนในเรื่อง กายวิภาคศาสตร์ (anatomy) และสรีรวิทยา (physiology) ของแขนและหลอดเลือด และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของ คณาจารย์ผู้สอนผู้มีประสบการณ์สอนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐาน และ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ผู้ผ่านการเรียนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐาน ซึ่งได้ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะในส่วนข้อดีของหุ่นจำลองเดิมคือ ระบบของลักษณะของระบบไหลเวียนเลือดที่จำลองได้เสมือนจริง ขนาดของแขนที่เหมาะสม สามารถดูดเลือดออกมาได้ สำหรับ ปัญหาอุปสรรคได้แก่ วัสดุทำด้วยไม้ ทำให้แข็งเกินไป ฤนมียางที่ห่อหุ้มฉีกขาดง่าย น้ำหนักเบาเวลาใช้งานอุปกรณ์มีการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สะดวกในการใช้งาน พบว่านอกจากนี้ นักศึกษาและอาจารย์ต้องการเสนอแนะว่าหุ่นจำลองที่ควรมีลักษณะทำจากวัสดุนุ่ม มีน้ำหนัก ลักษณะผิวหนังและเส้นเลือด ควรที่เสมือนจริง โดยมีเส้นเลือดทั้งในส่วนข้อมือและแขน คณะผู้วิจัยได้พัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำใหม่ ได้ดังรูปที่ 1 ทั้งนี้ผู้วิจัยปรับปรุงรูปร่างลักษณะของแขน ข้อมือและหลอดเลือดของหุ่นจำลองตามหลักกายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยา ทำให้โครงสร้างภายนอกของแขน มีรูปร่างลักษณะเหมือนของจริง ตัวแขนได้ปรับปรุงโดยผลิตจากซิลิโคนซึ่งทำให้มีลักษณะนุ่มเหมือนแขนจริง ด้านความยืดหยุ่นและน้ำหนักของแขน และ ผิวหนังภายนอก ใช้ซิลิโคนมาเป็นวัสดุสำหรับทำผิวหนัง มีการปรับสีของผิวหนังให้คล้ายจริง ทำให้หุ่นจำลองแขนมีลักษณะรูปร่าง สัดส่วนและสีที่เหมาะสม และปรับน้ำหนักของหุ่นจำลองแขนให้เหมาะสมในการใช้งาน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้คงไว้ซึ่งคุณลักษณะที่ดีของแบบจำลองแขนแบบเดิมในด้านระบบไหลเวียนเลือดที่จำลองได้เสมือนจริง ซึ่งใช้หลักการแรงโน้มถ่วงของโลกซึ่งทำให้ราคาประหยัดและสะดวกต่อการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ รวมทั้งง่ายต่อการเปลี่ยนอุปกรณ์ต่าง ๆ หากมีการชำรุด

รูปที่ 1 รูปหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ





3. ผลการประเมินคุณภาพของการใช้หุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำที่พัฒนาขึ้นใหม่ โดย นักศึกษาและคณาจารย์ผู้สอน (ตารางที่ 1) พบว่าการประเมินคุณภาพของหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำโดยรวมอยู่ในระดับดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูง 3 รายการแรกได้แก่ สามารถแสดงถึงโครงสร้างภายนอกของแขนได้ รูปร่างเหมือนของจริง (mean = 4.35 , SD = 0.66) รูปร่างสัดส่วนและสีที่เหมาะสม (mean=4.25 , S.D.=0.51) สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย (mean = 4.12 , SD = 0.67) สำหรับรายการประเมินที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อย 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ มีความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนหลอดเลือดจริง (mean = 3.61 , SD = 0.80) สามารถซ่อมแซมได้ง่าย (mean = 3.51 , SD = 0.72) ความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนผิวหนังจริง (mean = 3.48 , SD = 0.88)

ตารางที่ 1 การประเมินคุณภาพของหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำที่พัฒนาขึ้นใหม่ (n=108)

คุณสมบัติ	Mean	SD	ระดับคุณภาพ
สามารถแสดงถึงโครงสร้างภายนอกของแขนได้ รูปร่างมีลักษณะเหมือนของจริง	4.35	.66	มาก
ลักษณะรูปร่าง สัดส่วนและสีที่เหมาะสม	4.25	.51	มาก
สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย	4.12	.67	มาก
มีความสะดวกในการนำมาใช้	4.09	.74	มาก
สามารถให้สารละลายทางหลอดเลือดได้	4.00	.81	มาก
สามารถฉีดยาเข้าทาง Injection plug ได้	3.96	.83	มาก
มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับราคากับประโยชน์	3.93	.67	มาก
สามารถเก็บรักษาได้ง่าย	3.90	.90	มาก
สามารถใส่ IV catheter ได้	3.87	.92	มาก
มีขนาดและน้ำหนักเหมาะสม	3.80	.70	มาก
มีการคงสภาพภายหลังการแทงเข็ม/ให้สารละลายน้ำ	3.77	.92	มาก
มีความคงทน	3.64	.83	มาก
ความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนผิวหนังจริง	3.61	.80	มาก
สามารถซ่อมแซมได้ง่าย	3.51	.72	มาก
มีความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนหลอดเลือดจริง	3.48	.88	มาก

การอภิปรายผล

1. ในการพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์ผู้ใช้หุ่นจำลองเพื่อให้ทราบปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนาหุ่นจำลอง โดยมีข้อเสนอแนะด้านวัสดุในด้าน 1) ผิวหนังภายนอก 2) ความยืดหยุ่นและน้ำหนักของแขน และ 3) โครงสร้างแขนและขนาดของเส้นเลือด ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาพัฒนาดังนี้ ด้านโครงสร้างแขนและขนาดของเส้นเลือดนั้น ผู้วิจัยได้พยายามปรับปรุงรูปร่างลักษณะของแขน มือและหลอดเลือดของหุ่นจำลองตามข้อเสนอแนะโดยใช้ซิลิโคนมาเป็นวัสดุสำหรับทำผิวหนัง มีการปรับสีของผิวหนังให้คล้ายจริง ทำให้มีหุ่นจำลองแขนมีลักษณะรูปร่าง สัดส่วนและสีที่เหมาะสม และปรับน้ำหนักของหุ่นแขนจำลองให้เหมาะสมในการใช้งาน แต่ยังคงไว้ซึ่งคุณลักษณะที่ดีของแบบจำลองแขนแบบเดิมในด้านระบบไหลเวียนเลือดที่จำลองได้เสมือนจริง

2. ผลการประเมินคุณภาพของหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับคุณภาพมาก และ พบว่าค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพสูงสุด 3 รายการลำดับแรกได้แก่ 1) สามารถแสดงถึงโครงสร้างภายนอกของแขนได้ รูปร่างมีลักษณะเหมือนของจริง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้ศึกษารูปร่างลักษณะของแขน มือและหลอดเลือดของหุ่นจำลองตามหลักกายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยา ได้นำข้อมูลที่ได้ศึกษามาออกแบบรูปร่างและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ 2) ลักษณะรูปร่าง สัดส่วนและสีที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้ศึกษาและเทียบเคียงสีของแขนและผิวหนังให้ใกล้เคียงกับผิวหนังของแขนปกติให้มากที่สุด 3) สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่ายทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้ออกแบบให้หุ่นจำลองแขนมีอุปกรณ์ที่ใช้งานสะดวก พกพาและเคลื่อนย้ายได้ง่ายในการใช้งาน ผลการศึกษาแสดงว่าหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำมีคุณภาพในด้านต่าง ๆ ในระดับมาก ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการศึกษาและพัฒนาหุ่นจำลองแขนได้มีการใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) ซึ่งมีการวิเคราะห์จากสภาพปัญหา สิ่งที่ต้องการพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน หรือพัฒนานวัตกรรมให้ดีขึ้น จากนั้นนำมาพัฒนาต้นแบบอุปกรณ์ มีการ

นำมาทดลองใช้ต้นแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองในกลุ่มเล็ก ๆ เพื่อให้ต้นแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์ เหมาะสมที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะสม จากนั้นนำต้นแบบที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ซึ่งการพัฒนาต้นแบบมีการทำอย่างต่อเนื่อง จะพัฒนาและไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายและสามารถแก้ปัญหาได้ และประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ ผลของการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมได้ด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษาของ Chotiban, Nawsuwan, Nontaput, & Rotneam (2013) ที่พบว่า นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ โดยเฉพาะความสะดวกในการใช้งาน การเก็บรักษา และการเคลื่อนย้าย เหมาะกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการศึกษาพัฒนา นวัตกรรมหุ่นฝึกฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อต้นขา และเจาะเลือด บริเวณสันเท้าของทารกแรกเกิด ที่พบว่านวัตกรรม หุ่นฝึกมีความสะดวกในการใช้งาน มีความเสมือนจริง ด้านการใช้งานได้จริงในการฝึกทักษะ และด้านความคงทนของวัสดุ (Chamara, Busamongkul, Kosarat, & Paydee, 2019) แม้ว่าการประเมินคุณภาพของหุ่นจำลองแขน ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำจะอยู่ในระดับมากทั้งหมด แต่พบว่าการประเมินคุณภาพใน 3 รายการลำดับสุดท้ายได้แก่ ในเรื่องความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนหลอดเลือดจริง สามารถซ่อมแซมได้ง่ายและ ความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนหลอดเลือดจริง ทั้งนี้เนื่องมาจากวัสดุที่นำมาใช้หลอดเลือดนั้นทำมาจากยางพาราซึ่งเป็นวัสดุที่มีอยู่ในท้องตลาด มีข้อดีในการซ่อมแซมได้ง่ายหากมีการชำรุดของการใช้งาน แต่อาจจะมีข้อจำกัดของความยืดหยุ่นเสมือนหลอดเลือดจริง ในส่วนของผิวหนังนั้นผู้วิจัยได้ใช้วัสดุผลิตจากซิลิโคนซึ่งจะมีคุณสมบัติของความยืดหยุ่นใกล้เคียงกับผิวหนัง ในกระบวนการการผลิตผู้วิจัยได้มีการทดลองผลิตผิวหนังให้มีความหนาของชั้นผิวหนังแตกต่างกันไปและนำไปทดลองใช้ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกความหนาของชั้นผิวหนังจากการคืนรูปหลังการใช้เข็มเจาะ ความทนทานของการใช้งาน และความยืดหยุ่นใกล้เคียงกับผิวหนังจริง ดังนั้นความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนผิวหนังจริงจึงไม่ได้เป็นเกณฑ์หลักในการเลือกความหนาของชั้นผิวหนัง นอกจากนี้ประเด็นของความสามารถซ่อมแซมได้ง่ายนั้น เนื่องจากหุ่นจำลองแขนแบบใหม่มีรูปร่างแตกต่างและมีความซับซ้อนจากแบบที่เคยใช้อยู่เดิม อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจจะมีความคิดเห็นว่าการซ่อมแซมวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มีความซับซ้อนมากขึ้น

โดยสรุปจากผลการศึกษาแสดงถึงว่าหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำมีคุณภาพเหมาะสมในการนำมาเป็นสื่อสำหรับการฝึกปฏิบัติในการเจาะเลือดและให้สารละลายทางหลอดเลือดดำให้นักศึกษาพยาบาลในการฝึกทั้งในห้องปฏิบัติการ และการฝึกทบทวนด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้สอนควรนำหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำที่ผลิตขึ้น ไปใช้ในการเรียนการสอน โดยใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ที่นักศึกษาสามารถนำไปฝึกทบทวนในการปฏิบัติด้วยตนเอง (self study) เนื่องจากสมรรถนะที่เคลื่อนย้ายได้ง่าย ทำให้นักศึกษาไม่จำเป็นต้องมาฝึกปฏิบัติที่ห้องปฏิบัติการทุกครั้งเมื่อต้องการทบทวนทักษะนี้ ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19
2. ผู้บริหารควรสนับสนุนในการจัดสรรงบประมาณในการผลิตหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ เพื่อเป็นการเตรียมนักศึกษาให้มีทักษะในการฝึกปฏิบัติการทางหลอดเลือดดำให้นักศึกษาเกิดทักษะก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการผลิตหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำควรมีการปรับปรุงในเรื่อง

1. การพัฒนาวัสดุที่นำมาใช้ผลิตหลอดเลือดให้มีความอ่อนนุ่มและยืดหยุ่นเสมือนหลอดเลือดจริง
2. การพัฒนาให้มีระบบแรงดันเลือดเพื่อให้การเจาะเลือดเสมือนจริง



3. การพัฒนาให้มีการผสมผสานของการใช้เทคโนโลยีร่วมด้วยในระบบของการแสดงสัญญาณแจ้งเตือน หากผู้ใช้งานเจาะเลือดในหลอดเลือดได้ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และขอขอบคุณความร่วมมือจากนักศึกษา และอาจารย์ผู้สอนในกระบวนวิชา และทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

References

- Bannaasan, B. (2017). Portable adult arm model for nursing students' venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(3), 38-49.
- Chawha, W. (1999). *Teaching materials*. Bangkok: Odeon Store.
- Chamara, C., Busamongkul, P., Kosarat, P., & Paydee, S. (2019). *Development of the innovation's model for injection into muscles of the thigh and blood collection at the heel of neonatal on the satisfaction among nursing students*. Retrieved from https://nursemis2.ratchathani.ac.th/file_re/0jTvVcSWed43154.pdf
- Chotiban, P., Nawsuwan, K., Nontaput, T., & Rotneam, J. (2013). Innovation of assisted models for practicing basic nursing skills. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(3), 1-12.
- Choeychom, S., & Rungchiwattanakorn., D. (2015). The use of innovative arm puppets in the practice of intravenous fluid therapy of nursing students. *Ramathibodi Nursing Journal*, 21(3), 395-407.
- Dale, E. (1969). *Audio visual method in teaching* (4th ed.). New York: Holt Rinehart and Winston.
- Duangrat, B., Yantarapakorn, A., Jirasintipok, T., Sayorwan, W., & Rattanawibolsuk, N. (2009). Development of arm model to practice rubber suture skills. *Journal of Public Health and Development*, 7(1), 47-60.
- Faculty of Nursing Chiang Mai University. (2018). *Student handbook bachelor of nursing program academic year 2018*. Chiang Mai: Author.
- Kengthong, C., (2017). *Documents for lectures on teaching materials*. Bangkok: Institute for Technical Education Development.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kunaviktikul, W. (2015). Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. *Nursing Journal*, 42(2), 152-156.
- Ministry of Education. (1999). *National education act B.E.* Bangkok: Siam Sport Syndicate Public.



- Nonthapha, R. (2002). *Documents for teaching media and teaching technology*. Chiang Mai: Department of Educational Technology, Lecture Documents Course 059400, Chiang Mai University.
- Rumwang, N., Hamchayat, M., & Loeyesak, B. (2011). *The effects of using arm model and imitated blood vessel on the ability to perform venous puncture procedure in nursing students of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*. Retrieved from [http://www.org.rbru.ac.th/~researchs/Proceeding/2554\(no.05\)_proceedings_full.pdf](http://www.org.rbru.ac.th/~researchs/Proceeding/2554(no.05)_proceedings_full.pdf)
- Srisatidnarakul, B. (2004). *The methodology in nursing research*. Bangkok: U & I Intermedia.
- Tunsiri, P., Prasertwang, S., Katikhan, R., Tripul., J., & Pinsakol, C. (2014). *The effectiveness of the teaching techniques of injection by using a newly produced models*. Retrieved from <https://oldweb.western.ac.th/media/attachments/2018/03/02/2.pdf>
- Viseskul, N. (2019). *Development of teaching-learning media in nursing: Concept and application*. Chiang Mai: Chotana Print.
- Yimyam, S., & Karnasuta, S. (2016). Developing a FON CMU breast model as a teaching. *Nursing Journal*, 40(4), 56-67.
- Žižlavsk, O. (2013). Past, present and future of the innovation process. *International Journal of Engineering Business Management*, 5, 47. doi: 10.5772/56920



The Effectiveness of an Elderly Health Promotion Competency Enhancement Program on Elderly Health Promotion Competency Levels

Among Undergraduate Nursing Students

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ต่อระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี

จิตาภา

พลรักษ์*

Jidapa

Polruk*

พิไลพร

สุขเจริญ**

Pilaiporn

Sukcharoen**

Abstract

The number of elderly people has continued to increase, and nursing students must be ready to enhance their health. This quasi-experimental research involved just one group. All results were measured twice (before and after). The objective was to study the effectiveness of the elderly health enhancement competency program on elderly health enhancement competency levels, which is the work of undergraduate nursing students. The sample group consisted of 102 second-year nursing students. The research tools were divided into 3 parts: 1) an evaluation form for elderly health enhancement competency levels, which covered four competencies: aging's holistic wellness promotion, empowerment of the elderly, applying evidence-based practice for the elderly, and ethical care for the elderly; 2) an elderly health enhancement competency program on elderly health enhancement competency levels by case study learning method and according to actual conditions; and 3) a focus group questionnaire. Data analysis was done using mean, standard deviation, paired t-tests, and content analysis.

The results showed that the sample group had the highest elderly health enhancement competency in terms of empowerment and quality of care (Mean = 2.41, SD = 0.35), and they performed statistically significantly better in health promotion for the elderly after participating in the program ($t = 8.78$, $p < .01$). In addition, the results from the qualitative data supports two issues, quantitatively, as follows: the ability to have elderly health enhancement competency and knowledge, and a good attitude towards the elderly.

The results of this research can be used as a guideline for nursing teachers who train undergraduate nursing students in elderly health enhancement competency.

Keywords: Health promotion; The competencies of elderly health promotion; Elderly; Nursing students

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University;
e-mail: jidapapolruk@gmail.com

* Instructor, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University

Received 7 February 2022; Revised 21 June 2022; Accepted 15 August 2022



บทคัดย่อ

จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีความพร้อมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมสมรรถนะ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ ด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และด้านคุณธรรมจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ 2) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และตามสภาพจริง และ 3) แนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุสูงที่สุด (Mean = 2.41, SD = 0.35) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.78, p < .01$) และพบข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนเชิงปริมาณ 2 ประเด็น ได้แก่ การมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางให้อาจารย์พยาบาลส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาล

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี e-mail: jidapapolruk@gmail.com

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

วันที่รับบทความ 7 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่แก้ไขบทความ 21 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 15 สิงหาคม 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากบริบทของนักศึกษาพยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ และมีหน้าที่สำคัญต่อการดูแลสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคคลทุกช่วงวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ การเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญ อาจารย์พยาบาลควรจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติ เพื่อก้าวทันความเจริญเติบโตทางด้านนวัตกรรมของผู้สูงอายุ และเพิ่มสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้นักศึกษาพยาบาล (Mongkolsin, 2014) เพื่อเกิดองค์ความรู้ที่เป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เกิดทัศนคติที่ดี และสามารถบูรณาการสู่การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาล และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ (Jechoo, 2013)

สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ถือเป็นสมรรถนะระดับปริญญาตรีของนักศึกษาพยาบาล เป็นคุณลักษณะที่แสดงถึงความรู้ความสามารถ ทักษะที่ดี และพฤติกรรมพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (McClelland, 1975) ซึ่งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ได้บรรจุรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ (Faculty of Nursing, 2012) วัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ถูกต้อง (Nawsuwan, Singhasem, & Naksrisang, 2017) จากเหตุผลข้างต้น นักศึกษาพยาบาลทุกคนจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วย การมีความรู้ความเข้าใจในคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นองค์รวม การมีความสามารถในการประเมินปัญหา และให้การสร้างเสริมสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และจริยธรรมในการตัดสินใจ เพื่อก้าวทันสังคมผู้สูงอายุ และมีความพร้อมต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (The American Association of Colleges of Nursing, 2017)

เมื่อศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล พบว่า การเพิ่มสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และตามสภาพจริง เป็นวิธีการหนึ่งที่เน้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง และสามารถบูรณาการความรู้ด้านทฤษฎี ทักษะ และทัศนคติ ไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในเคสกรณีศึกษา และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Thaicharoen & Thaicharoen, 2020) หรืออาจกล่าวได้ว่า การจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และตามสภาพจริงมีส่วนทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดแก้ปัญหา และเกิดความสามารถด้านการดูแลสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Khattiyamarn, 2006; Khemmanee, 2017)

จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยพบจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 10.40 รวมไปถึง ระบบการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น (Prasartkul, 2013) ทำให้คาดการณ์ได้ว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ.2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ (Department of Mental Health, 2022) ประกอบกับ คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกาย และจิตใจ จนนำไปสู่การขาดความสามารถในการดูแลตนเอง และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต (Elisa et al., 2016; Ronarithichai, 2017) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงต้องการการดูแลสร้างเสริมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง (Sukcharoen, Rakhab, & Thongied, 2020) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น สามารถปรับตนเองให้เข้ากับความเสี่ยงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เกิดความพึงพอใจในช่วงวัยสูงอายุ และไม่รู้สึกลำบากเดียว (Chan &



Liang, 2013) ชุมชนและผู้รับผิดชอบทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน จึงควรมีส่วนร่วมในการจัดระบบ
ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุ และนักศึกษาพยาบาลควรมีสมรรถนะด้านการ
สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อดูแลสร้างเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง และผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

เมื่อศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล พบว่า
งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลต่อการให้ความรู้แก่
ผู้สูงอายุในชุมชน และการพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเป็นหลัก
(Nawsuwan et al., 2017; Khampalikit et al., 2007) คณะผู้วิจัยจึงตระหนัก และเห็นความสำคัญของการ
พัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา
และตามสภาพจริง เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้องแบบ
องค์รวม และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง
การเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาลมีระดับ
สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้พัฒนามาจากการบูรณาการแนวคิดการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการเรียนรู้
แบบกรณีศึกษา และตามสภาพจริง โดยเป็นวิธีการเรียนการสอนที่เน้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ตาม
สภาพจริง และเน้นการประยุกต์ความรู้ด้านทฤษฎีที่บูรณาการความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ไปสู่การสร้างเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุทั้งในเคสกรณีศึกษา และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Thaicharoen & Thaicharoen,
2020) ร่วมกับแนวคิดสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการ
ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ 2) ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ 3) ด้าน
การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และ 4) ด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ
(Mongkolsin, 2014; Nawsuwan et al., 2017; Khampalikit et al., 2007; Khampalikit et al., 2008;
Eliopoulos, 2014; Popejoy, 2015) เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ เกิดทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดแก้ปัญหาต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ (Khattiyamarn, 2006; Khemmanee, 2017) และเกิดความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุแบบองค์รวมตามสภาพปัญหา และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้



ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแบบประเมินระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และตามสภาพจริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนในเรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน และ 2) บุคคลที่มีประสบการณ์การทํารวจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 กลุ่ม โดยตัวอย่างของแนวคำถามปลายเปิด ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลควรเป็นอย่างไร 2) องค์ประกอบของสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลควรประกอบด้วยด้านใดบ้าง อย่างไร และ 3) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลควรเป็นอย่างไร โดยแนวคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และปรับแก้ไขแนวคำถามให้กระชับ และชัดเจนก่อนเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยแนวคำถามปลายเปิด เพื่อกำหนดเป็นสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล และสร้างเป็นเครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล และ 2) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง โดยเครื่องมือวิจัยที่ได้ทั้งสองชนิดนำไปใช้เก็บข้อมูลในขั้นตอนถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 กลุ่ม คือ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนในเรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีประสบการณ์การทํารวจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ประกอบด้วย การจัดระเบียบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน เพื่อสรุปเป็นแบบประเมินระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2561 ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 102 คน และผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชนิด คือ

1. แบบประเมินระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นจากการวิจัยในระยะที่ 1 ผสมกับแนวคิดสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Mongkolsin, 2014; Nawsuan et al., 2017; Khampalikit et al., 2007; Khampalikit et al., 2008; Eliopoulos, 2014; Popejoy, 2015) มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ แบ่งระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุออกเป็น 3 เกณฑ์ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับสมรรถนะ ประกอบด้วย ระดับสมรรถนะต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.67) ระดับสมรรถนะปานกลาง



(คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.68-2.33) และระดับสมรรถนะมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00) ทั้งนี้แบบประเมินฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.85 และตรวจสอบความเที่ยงกับกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

2. โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง โปรแกรมนี้สร้างขึ้นจากการวิจัยในระยะที่ 1 ผสานกับแนวคิดการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และตามสภาพจริง ที่เน้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง และสามารถประยุกต์ความรู้ด้านทฤษฎีที่บูรณาการความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในเคสกรณีศึกษา และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Thaicharoen & Thaicharoen, 2020) และแนวคิดสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Mongkolsin, 2014; Nawsuwan et al., 2017; Khampalikit et al., 2007; Khampalikit et al., 2008; Eliopoulos, 2014; Popejoy, 2015) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้แบบกรณีศึกษา ได้แก่ การแบ่งกลุ่มนักศึกษาพยาบาลให้วิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ระดมความคิด วางแผนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุให้สอดคล้องตามกรณีศึกษา และนำเสนอผลลัพธ์การเรียนรู้ จำนวน 7 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ตามสภาพจริง ได้แก่ การแบ่งกลุ่มนักศึกษาพยาบาลให้วิเคราะห์สถานการณ์จริงของผู้สูงอายุ การมอบหมายให้นักศึกษาพยาบาลสัมภาษณ์ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง และนำเสนอผลลัพธ์การเรียนรู้ จำนวน 7 ชั่วโมง ทั้งนี้โปรแกรม ฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 และทดลองใช้โปรแกรม ฯ เพื่อปรับแก้ไขกิจกรรมการเรียนรู้ให้มีความกระชับ และชัดเจน ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

3. แนวคำถามสนทนากลุ่ม โดยมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่ใช้การสนทนากลุ่มกับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 10 คน เพื่อนำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มาสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่ “คุณคิดว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่ได้รับ...ทำให้คุณมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหรือไม่...อย่างไร” และ “ภายหลังการได้รับกิจกรรมการเรียนรู้...คุณมีความรู้สึกอย่างไร” ทั้งนี้ แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และมีการปรับแก้ไขแนวคำถามให้กระชับ และชัดเจนก่อนเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้เครื่องมือการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลก่อนการใช้โปรแกรมฯ ต่อมาทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริงกับกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังใช้โปรแกรม ฯ เสร็จสิ้น กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุดเดิม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม ฯ และสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณในส่วนประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ



การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการ SRU 2019_012 คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินงานตามขั้นตอนการวิจัย พบประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ระดับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริงก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ ด้วยสถิติ paired t-test พร้อมทั้งวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 คนเพื่อสรุปประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

1. สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี

ผลการศึกษาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ (จำแนกเป็นรายข้อ) แสดงดังตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี

สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
ด้านที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ	2.28	0.36	ปานกลาง
1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ	2.24	0.48	ปานกลาง
2. สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแบบองค์รวม	2.09	0.49	ปานกลาง
3. เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล	2.27	0.50	ปานกลาง
4. กำหนดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุ	2.16	0.49	ปานกลาง
5. มีทัศนคติที่ดีในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	2.52	0.42	มาก
6. สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	2.41	0.45	มาก
ด้านที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ	2.41	0.35	มาก
7. เข้าใจประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	2.24	0.53	ปานกลาง
8. ร่วมกับผู้สูงอายุในการวางแผน และเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	2.45	0.51	มาก
9. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.06	0.56	ปานกลาง
10. ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ แก่ชุมชน	2.35	0.59	มาก
11. มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ	2.78	0.43	มาก
12. พยายามให้กำลังใจในเชิงบวกกับผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	2.62	0.52	มาก



ตารางที่ 1 สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี (ต่อ)

สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	Mean	SD	ระดับ สมรรถนะ
ด้านที่ 3 การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ	2.14	0.38	ปานกลาง
13. สามารถรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมแบบองค์รวม	2.08	0.48	ปานกลาง
14. มีความรู้ในการรวบรวมข้อมูลและตั้งคำถามที่เป็นปัญหาทางการแพทย์	2.12	0.51	ปานกลาง
15. สามารถตั้งวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับปัญหาทางการแพทย์ได้	2.20	0.49	ปานกลาง
16. มีความรู้ในการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้	2.31	0.52	ปานกลาง
17. นำหลักฐานจากผู้เชี่ยวชาญมาใช้ตัดสินใจวางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	2.12	0.55	ปานกลาง
18. เลือกใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	2.04	0.52	ปานกลาง
ด้านที่ 4 คุณธรรมและจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ	2.32	0.43	ปานกลาง
19. มีความรู้ในด้านจริยธรรมเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	2.14	0.50	ปานกลาง
20. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิ และผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ	2.07	0.60	ปานกลาง
21. เคารพในสิทธิ และความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุ	2.56	0.59	มาก
22. มีทัศนคติที่ดี หรือให้คำปรึกษาที่เป็นด้านบวกแก่ผู้สูงอายุ	2.61	0.58	มาก
23. ส่งเสริม และให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	2.25	0.57	ปานกลาง
24. ส่งเสริมและให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในการอยู่ร่วมกับครอบครัว	2.34	0.60	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุสูงที่สุด (Mean = 2.41, SD = 0.35) รองลงมา คือ ด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ (Mean = 2.32, SD = 0.43) ถัดมา คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ (Mean = 2.28, SD = 0.36) และด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุน้อยที่สุด (Mean = 2.14, SD = 0.38)

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง

2.1 ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (ข้อมูลเชิงปริมาณ) แสดงดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรม ฯ

สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	Pre-test	Post-test	t	p-value*
	Mean (SD)	Mean (SD)		
ด้านที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ	2.28 (0.36)	2.60 (0.29)	7.80	.00*
ด้านที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ	2.41 (0.35)	2.68 (0.25)	7.17	.00*
ด้านที่ 3 การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ	2.14 (0.38)	2.44 (0.33)	7.06	.00*
ด้านที่ 4 คุณธรรมและจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ	2.32 (0.43)	2.65 (0.30)	7.74	.00*
สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาพรวม	2.29 (0.33)	2.59 (0.25)	8.78	.00*

* $p < .01$

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งโดยภาพรวมและรายด้าน เมื่อจำแนกภาพรวม พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 2.29 เป็น 2.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.78, p < .01$) และจำแนกรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นจาก 2.28 เป็น 2.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.80, p < .01$) คะแนนเฉลี่ยด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 2.41 เป็น 2.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.17, p < .01$) คะแนนเฉลี่ยด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้นจาก 2.14 เป็น 2.44 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.06, p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยด้านคุณธรรมและจริยธรรมเพิ่มขึ้นจาก 2.32 เป็น 2.65 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.74, p < .01$)

2.2 ผลการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาพยาบาลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน ภายหลัง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

ภายหลังการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก 10 คน และวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยจำแนกได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1) การมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังจากนักศึกษาพยาบาลได้พูดคุยและสัมภาษณ์ข้อมูลต่าง ๆ จากผู้สูงอายุ และได้เข้าไปศึกษาสถานการณ์ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น คือ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ได้รับส่งผลทำให้นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความสามารถในการ



การดูแล และสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ได้แก่ การมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ของ
ผู้สูงอายุรายนั้น ๆ และสามารถนำทักษะต่าง ๆ ที่มีไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และวางแผนกิจกรรมการสร้าง
เสริมสุขภาพในผู้สูงอายุรายนั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“พอเราได้เข้าไปพูดคุยกับผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้เรามีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น
แล้วยังทำให้เรามั่นใจในตนเอง และกล้าที่จะให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วย”
(นางฟ้า นามสมมุติ)

“เราคิดว่าเราสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุได้ดีขึ้น แล้วก็ยังสามารถแนะนำวิธีการส่งเสริม
สุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้ด้วย” (ใบไม้ นามสมมุติ)

2) การมีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ภายหลังจากนักศึกษาพยาบาลได้เข้าไปศึกษาสถานการณ์
จริงของผู้สูงอายุ เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และกลับมาวิเคราะห์ร่วมกันภายในกลุ่ม ผลลัพธ์การ
เรียนรู้ที่เกิดขึ้น คือ นักศึกษาพยาบาลเข้าใจถึงสภาพปัญหา และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เข้าใจถึงความต้องการ
ของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และสามารถวางแผนสร้างเสริมสุขภาพให้แก่
ผู้สูงอายุได้ถูกต้อง นอกจากนี้ มีส่วนทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้สึกลึกด้านบวกต่อผู้สูงอายุ และมีทัศนคติที่ดี
ต่อผู้สูงอายุ และต่อการดูแลผู้สูงอายุร่วมด้วย นักศึกษาพยาบาลจึงควรมีสมรรถนะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่เพียงพอ เพื่อประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์

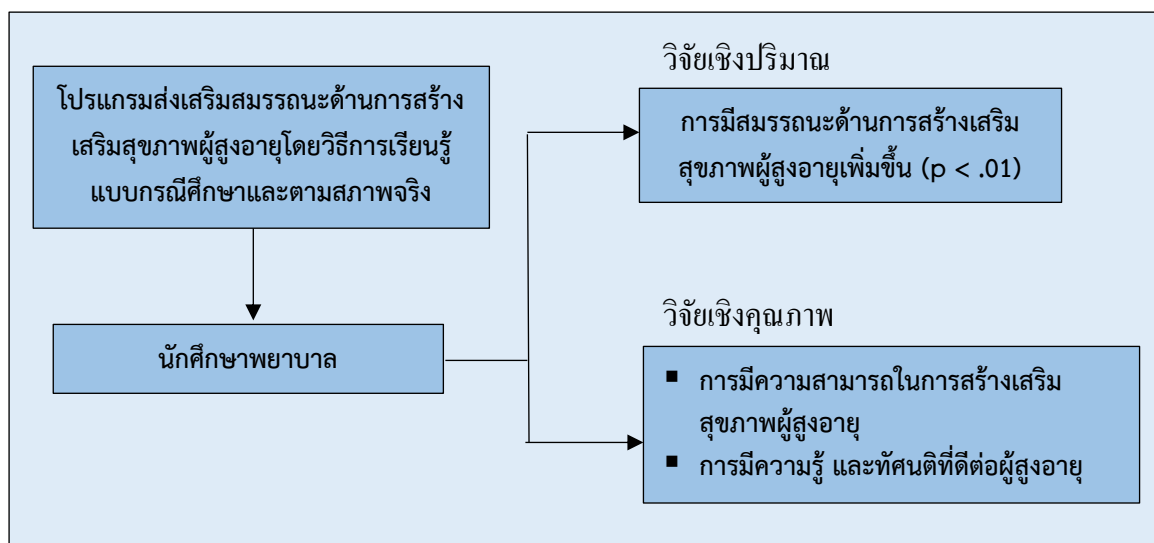
“ภายหลังได้เรียนรู้ในรายวิชานี้ และได้เข้าไปคุยกับผู้สูงอายุ เราคิดว่าเรามีความรู้ในการดูแล
ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้สูงอายุด้วย และอยากจะดูแลให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ”
(ไผ่ นามสมมุติ)

“คือกิจกรรมแบบนี้ ทำให้เรามีความในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นนะ แล้วก็เราเองก็
รู้สึกรัก และผูกพันกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วย” (กิ่งไม้ นามสมมุติ)

จากผลการวิจัยในส่วนการวิจัยกึ่งทดลอง สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมด้านสมรรถนะการสร้างเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง มีส่วนทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ช่วยสนับสนุนผลการวิจัยกึ่งทดลอง สรุป
ได้ว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ นักศึกษาพยาบาลเกิดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกิด
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม ฯ มีส่วนทำ
ให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และเกิดความสามารถในการสร้างเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นักศึกษาพยาบาลจึงควรมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เพียงพอ เพื่อ
ประยุกต์ใช้สู่การส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ สามารถสรุปผลการวิจัยในส่วนประสิทธิผล
ของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1



การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการสร้างพลังอำนาจและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุสูงที่สุด (Mean = 2.41, SD = 0.35) ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและตามสภาพจริง นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.78, p < .01$) และการพบข้อมูลเชิงคุณภาพที่สนับสนุนเชิงปริมาณที่ว่า โปรแกรม ฯ มีส่วนทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีความรู้ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่ว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม ฯ นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และตามสภาพจริง เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง และเกิดความสามารถในการประยุกต์ความรู้ด้านทฤษฎี ทักษะ และทัศนคติ เพื่อนำไปสู่ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในกรณีศึกษาและในชุมชน (Thaicharoen & Thaicharoen, 2020) สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรศิริ พันธสี และ อรพิน สีขาว (Punthasee & Sikaow, 2009) ที่ว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีส่วนทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งงานวิจัยของ สุภาณี คลังฤทธิ์ และ ดวงใจ เกริกชัยวัน (Klungrit & Krirkchaiwan, 2013) ที่ว่า การจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงส่งผลทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเข้าใจในวิธีการส่งเสริมสุขภาพ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลส่งเสริม นอกจากนี้ วิวัฒน์ ขัตติยะมาน (Khattiyamarn, 2006) และ ทิสนา เขมมณี (Khemmanee, 2017) กล่าวว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา และตามสภาพจริง มีส่วนทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังนั้นการคิดแก้ปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัดการเรียนการสอนด้วยการใช้กรณีศึกษา และตามสภาพจริง จึงมีส่วนทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสามารถในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ



จากผลการศึกษาวิจัยที่ว่า สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ การเสริมสร้างพลังอำนาจและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีคุณธรรมและจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ (Nawsuwan et al., 2017; Eliopoulos, 2014; Popejoy, 2015) อาจารย์พยาบาลควรมีการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยเสริมสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้นักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประไพพิศ สิงหเสน, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช และ เนติยา แจ่มทิม (Singhasam, Nawsuwan, Suwanrag, & Jamtim, 2016) ที่ว่า อาจารย์พยาบาลควรมีการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุให้นักศึกษาพยาบาล (Nawsuwan et al., 2017) และอาจารย์ควรมีการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้นักศึกษาพยาบาล ได้แก่ สมรรถนะด้านจริยธรรม สมรรถนะด้านการพยาบาลแบบองค์รวม สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพและการสุขภาพและการป้องกันโรค สมรรถนะด้านการจัดการดูแลรายกรณี สมรรถนะด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจ และ สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

อนัญญา คูอารียกุล และ ศศิธร ชิดนายิ (Ku-arikul & Chidayanee, 2015) กล่าวว่า อาจารย์พยาบาลควรมีการพัฒนาเนื้อหาวิชาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุในเรื่องการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และวิธีการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสามารถในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตน และเกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งนี้ พิไลพร สุขเจริญ และคณะ (Sukcharoe et al., 2020) และ ศิริพร ชัมภลลิขิต และคณะ (Khampalikit et al., 2008) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเกิดความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมตามสภาพปัญหา และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ (Sukcharoe et al., 2020; Popejoy et al., 2015)

จากเหตุผลข้างต้นสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และตามสภาพจริงในครั้งนี้มีคุณภาพ และสามารถนำไปใช้พัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้จริง อาจารย์พยาบาลจึงควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เป็นการส่งเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้นักศึกษาพยาบาล เพื่อทำให้เกิดความสามารถด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และสามารถจัดกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างเป็นองค์รวม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางให้อาจารย์พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และตามสภาพจริงไปประยุกต์ใช้ เพื่อเสริมสร้างให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นองค์รวม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เท่านั้น ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อทราบถึงสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลโดยภาพรวม และควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มของนักศึกษาคณะอื่น ๆ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่



เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทราบถึงสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถพัฒนา
โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

2. การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยชนิดหนึ่งกลุ่ม ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม
ชนิดวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งนักศึกษาพยาบาลออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เพื่อควบคุมตัว
แปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ที่ชัดเจนขึ้น

References

- Chan, C. M. A., & Liang, J. S. E. (2013). Active aging: Policy framework and applications to promote older adult participation in Hong Kong. *Ageing International*, 38(1), 28-42.
- Department of Mental Health. (2022). *Thailand's footsteps to the 'aged society' perfectly*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476> (in Thai)
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological Nursing* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Elisa, C., Jean, L. P., Bruno, L., Anne, C. B., Andrea, V., Catherine, H., ... Frédéric, C. (2016). Skin tumours and skin aging in 209 French elderly people: The PROOF study. *European Journal of Dermatology*, 26(5), 470-476.
- Faculty of Nursing. (2012). *Academic work: Bachelor of nursing science program handbook revised curriculum 2012*. Suratthani: Suratthani Rajabhat University. (in Thai)
- Jechoo, S. (2013). *The curriculum development nursing care of the elderly of nursing students*. Naradhiwas: Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University. (in Thai)
- Khampalikit, S., Luecha, Y., Baramée, C., Klunklin A., Suwanpatikorn, K., Suwankhiri, ... Prachusilpa, S. (2007). An evaluation of health promotion competencies of graduate nursing students. *Journal of Nursing Science*, 25(3), 44-55. (in Thai)
- Khampalikit, S., Luecha, Y., Baramée, C., Klunklin A., Suwanpatikorn, K., Suwankhiri, ... Prachusilpa, S. (2008). An evaluation of health promotion competencies of undergraduate nursing students. *Thai Journal of Nursing Council*, 23(3), 85-95. (in Thai)
- Khattiyamarn, W. (2006). Authentic Instruction. *Thaksin University Library Journal*, 5(1), 52-63. (in Thai)
- Khemmanee, T. (2017). *Science of teaching pedagogy: Knowledge in order to provide an effective learning process* (21st ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Klungrit, S., & Krirkchaiwan, D. (2013). Effect of authentic learning on human understanding for the man and health behavior course at the Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj. *RSU Research Conference* (pp.620-8). Bangkok. (in Thai)
- Ku-arikul, A., & Chidayanee S. (2015). Health promotion performance of the second year nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Uttaradit*, 7(1), 54-62. (in Thai)



- McClelland, D. C. (1975). *A competency model for human resource management specialists to be used in the delivery of the human resource management cycle*. Boston: McBer.
- Mongkolsin, W. (2014). Quality elderly care: Nursing education. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(2), 7-17. (in Thai)
- Nawsuwan, K., Singhasem, P., & Naksrisang, W. (2017). Essential competencies of registered nurses for the care of the elderly in an aging society. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(1), 1-11. (in Thai)
- Popejoy, L. L., Galambos, C., Stetzer, F., Popescu, M., Hicks, L., Khalilia, M. A., ... Marek K. D. (2015). Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of nurse care coordination on utilization and costs. *Nursing Economics*, 33(6), 306-13.
- Prasartkul, P. (2013). *Situation of the elderly, trends and effect of entering the ASEAN Community*. Retrieved from <http://hp.anamai.moph.go.th/download>. (in Thai)
- Punthasee, P., & Sikaow, O. (2009). The effect of clinical teaching by using case studies on the ability development of applying nursing process in clinical practice of nursing students. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(3), 81-93. (in Thai)
- Ronarithichai, C. (2017). Caring of the older persons in aging society. *Journal of Nursing Science and Health*, 41(4), 136-144. (in Thai)
- Singhasam, P., Nawsuwan, K., Suwanrag, M., & Jamtim, N. (2016). Developing indicators of gerontological nursing competencies among nursing students in Boromarajonani college of Nursing, Songkhla. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 15-34. (in Thai)
- Sukcharoe, P., Rakhab, A., & Thongied, K. (2020). The concerns of seniors in Surat Thani: Lesson learned from elderly school. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 11(1), 61-81. (in Thai)
- Thaicharoen, C., & Thaicharoen, N. (2020). Authentic learning: Experiences from teaching nursing students. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 14(34), 259–270. (in Thai)
- The American Association of Colleges of Nursing. (2017). *Letter-to-special-aging-committee*. Retrieved from <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/Policy/PDF/Letter-to-Special-Aging-Committee.pdf>



Development of Nursing Project Evaluation Tools based on the Thai Qualification Framework for Higher Education and 21st Century Skills for Nursing Students
การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาล
ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21
สำหรับนักศึกษาพยาบาล

ณัฐพร	คำศิริรักษ์*	Natapon	Kumsiriruk*
พัชรี	นุ้มแสง**	Patcharee	Numsang**
สกวรัตน์	ไกรจันทร์***	Sakaorat	Kraichan***
ดิษฐพล	ใจชื่อ*	Dittaphol	Jaisue*

Abstract

The objectives of this developmental research were to develop and examine the quality of learning outcomes evaluation tools for nursing students based on the Thai Qualification Framework for Higher Education and 21st century skills. The participants consisted of 101 and 136 nursing students in the 2018 and 2019 academic years, respectively. Instruments included a 12-item, 4-level evaluation tool. The data were analyzed for the quality of the developed evaluation tools using Content Validity Analysis, Reliability and Factor Analysis.

The nursing project evaluation tools were developed with 12 items. The content validity of the tools was derived from IOC 0.93. The internal consistency reliability (α) of the tools was 0.691. A confirmatory factor analysis revealed a chi-square corresponding value of 48.209, at an independent degree of 51, $p=0.5852$, CFI=1.000, TLI=1.033, RMSEA=0.000 and SRMR=0.057, between the developed model and the empirical data.

The outcome of this study may lead to further research. The tools were suitable to be used. Policies regarding the continuous learning outcomes evaluation tools implementation should be established.

Keywords: Nursing project; Evaluation tools; Thai Qualification Framework for Higher Education; 21st century skills; Nursing students

* Instructor, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajhanok Institute

** Corresponding Author, Instructor, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajhanok Institute; e-mail: patcharee@smnc.ac.th

*** Deputy Director of Academic Affairs, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajhanok Institute



บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพของเครื่องมือประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาล ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 และ 2561 จำนวน 101 คน และ 136 คน ตามลำดับ แบบวัดที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบประเมินตามเกณฑ์การให้คะแนน (Scoring Rubric) 4 ระดับ วิเคราะห์คุณภาพของการพัฒนาเครื่องมือโดย การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Analysis) หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) และวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า แบบประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 12 ตัวบ่งชี้ มีความตรงตามเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC 0.93 และมีค่าความเชื่อมั่น 0.691 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ค่าไคสแควร์ = 48.209 ที่ระดับองศาอิสระ = 51, $p = 0.5872$, CFI = 1.000, TLI = 1.033, RMSEA = 0.000 และ SRMR = 0.057

ผลการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นแนวทางวิจัยในครั้งต่อไป เครื่องมือที่ได้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ และควรวางแผนกำหนดนโยบายการพัฒนาเครื่องมือวัดผลเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โครงการทางการพยาบาล เครื่องมือประเมินโครงการ กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาไทย
ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วันที่รับบทความ 15 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 25 กรกฎาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 15 สิงหาคม 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การศึกษายาบาลเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอนและผู้รับบริการ บนพื้นฐานความเอื้ออาทรภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสภาพจริง ด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย มุ่งเน้นชุมชน เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีคุณลักษณะมีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ รวมทั้งมีภาวะผู้นำ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม หลักสูตรการจัดการศึกษายาบาลจึงต้อง มุ่งเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลแบบเอื้ออาทร และการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บนพื้นฐานของสังคม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย (Academic Affairs, Srimahasarakham Nursing College, 2012) การจัดการศึกษาเพื่อให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะ ที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์ของการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และจิตสาธารณะ ตามที่สถานศึกษา กำหนด ผู้เรียนต้องมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วสำหรับศตวรรษที่ 21 จึงต้องมุ่งเน้นและพัฒนา ผลการเรียนรู้ให้มีความสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

การจัดทำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF: HED) เป็นกรอบมาตรฐานให้สถาบันอุดมศึกษาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือ ปรับปรุงหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน และพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษา ให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มี คุณภาพบรรลุผลการเรียนรู้ ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 หมวด 4 แนวการจัดการศึกษา มาตรา 24 ข้อ 2 ฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญ สถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา ข้อ 3 จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จาก ประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่านและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง ข้อ 4 จัดการ เรียนการสอนโดยผสมผสานสาระความรู้ด้านต่าง ๆ อย่างได้สัดส่วนสมดุลกัน รวมทั้งปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดี งามและคุณลักษณะอันพึงประสงค์ไว้ในทุกวิชา (Office of the Education Council, 2006)

กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษามุ่งเน้นเป้าหมายการจัดการศึกษาที่ผลการเรียนรู้ (Learning Outcomes) ของนักศึกษา ให้สถาบันการศึกษาสามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพบรรลุผลการเรียนรู้อย่างน้อย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ สำหรับสาขาวิชาที่เน้นทักษะทางปฏิบัติ ต้องเพิ่มมาตรฐานผลการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัย ซึ่งเป็นการ ประกันคุณภาพบัณฑิตที่ได้รับคุณวุฒิแต่ละคุณวุฒิ และสื่อสารให้สังคม ชุมชน รวมทั้งสถาบันอุดมศึกษาทั้งในและ ต่างประเทศเข้าใจได้ตรงกันและเชื่อมั่นถึงผลการเรียนรู้ที่บัณฑิตได้รับการพัฒนาว่ามีมาตรฐานที่สามารถ เทียบเคียงกันได้กับสถาบันอุดมศึกษาที่ดีทั้งในและต่างประเทศ (Office of the National Education Commission, 2006) สำหรับสาขาพยาบาลศาสตร์ ได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้เพิ่มอีก 1 ด้านคือ ด้าน ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Rujkorakarn, Hornboonherm, Kochamat, Nantsupawat, & ingkanont 2016) สำหรับการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 จะมุ่งให้ผู้เรียนได้ทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการ ดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ (Bellanca & Brandt, 2010; Panich, 2017) ผลการเรียนรู้ของผู้เรียน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ๆ คือ 1) ผลการเรียนรู้ด้านความรู้ในสาระวิชาหลัก (Core Subjects) โดย



ผู้เรียนต้องฝึกฝนจนเกิดผลการเรียนรู้ที่เป็นสมรรถนะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การอ่านออก การเขียนได้ และการคิดเลขเป็น 2) ผลการเรียนรู้ด้านคุณลักษณะที่ควรเกิดขึ้นกับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ ความตระหนักเกี่ยวกับโลก ความเข้าใจและปฏิบัติเป็นในด้านการเงิน เศรษฐกิจ ธุรกิจ และการเป็นผู้ประกอบการ ความเข้าใจและปฏิบัติตนเป็นพลเมืองที่ดี ความเข้าใจและสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นผู้มีสุขภาพดี (Health Literacy) ความเข้าใจและปฏิบัติตนเป็นในด้านสิ่งแวดล้อม 3) ผลการเรียนรู้ด้านทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ควรมีทักษะที่สำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ ทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะด้านชีวิตและอาชีพ ดังนั้นการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการอุดมศึกษาตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติเกี่ยวกับการเรียนรู้ของนักศึกษา การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้มั่นใจว่าบัณฑิตจะบรรลุมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามที่มุ่งหวัง

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ และพัฒนาตนเองได้โดยการออกแบบการเรียนรู้ผ่านการสอนแบบโครงการ นักศึกษาจะต้องใช้ทักษะในการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมถึงการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่าง การดำเนินโครงการ เพื่อให้ได้มาซึ่งผลสรุปของการจัดทำโครงการ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ ในสถานการณ์จริง เช่น รายวิชาที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ในสภาพการณ์จริงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ ใน การศึกษาภาคปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ที่ลักษณะรายวิชากล่าวถึงการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพชุมชนแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลอย่างเอื้ออาทรการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษาวิถีชุมชน การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยชุมชน การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล โดยยึดหลักจริยธรรม กฎหมาย จรรยาบรรณวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน เลือกใช้ทรัพยากร เทคโนโลยีที่เหมาะสม ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการคิด อย่างมีวิจารณญาณสามารถใช้ ความรู้ ทักษะทางปัญญาและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม มีการพัฒนาผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาพยาบาลศาสตร์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีกลยุทธ์การประเมินผลการเรียนรู้แต่ละด้าน โดยกำหนดให้มีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องทั้งในรายวิชาและกิจกรรมเสริมหลักสูตรจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้มีการประเมินผลที่หลากหลายระหว่างการเรียนรู้และสิ้นสุดการเรียนรู้ โดยมีวิธีการประเมินการเรียนการสอนภาคทฤษฎี และการประเมินผลการเรียนรู้ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลจากการพัฒนาระบบการวัดและประเมินผลที่สะท้อนทักษะโดยเน้นการประเมินตามสภาพจริงโดยวิธีการที่หลากหลาย และผลการนำแบบประเมินผลการเรียนรู้ไปใช้ในรายวิชาต่าง ๆ ที่ผ่านมา พบว่ารายการประเมินผลในบางแบบประเมินทางการพยาบาลในชุมชนยังไม่สอดคล้องกับคำอธิบายองค์ประกอบหรือตัวบ่งชี้ของแบบประเมินผล ควรสร้างเครื่องมือในการวัดและประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนให้สอดคล้องตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ และการกระจายความรับผิดชอบมาตรฐานผลการเรียนรู้จากหลักสูตรลงสู่รายวิชา (Curriculum mapping)

จากการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 ของเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (Amphansirirat, Chanchareun, Jeenaphan, Sungwanawat,



Watcharaviwat, & Siwadumrongphong, 2013) เพื่อใช้ในการประเมินผลการจัดการศึกษาตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ซึ่งประเมินโดยผู้เรียนประเมินตนเอง ประกอบด้วยแบบวัดและประเมินผลการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ เนื่องจากมีกระบวนการนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการที่ชัดเจน มีการให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญในด้านหลักสูตร การศึกษาพยาบาลและการวัดประเมินผลการศึกษา ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อรายการ พฤติกรรมบ่งชี้ พฤติกรรมย่อย ข้อรายการรวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะ ส่งผลให้แบบวัดและประเมินผลการเรียนรู้ทั้ง 5 ด้าน มีความตรงเชิงเนื้อหา แต่แบบประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษายังไม่ครอบคลุมด้านความรู้ ดังนั้นการวัดผลต้องอาศัยเครื่องมืออื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ เช่น แบบสังเกตประเภทแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) แบบบันทึกพฤติกรรม เป็นต้น รวมทั้งการนำเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ไปใช้วัดผลการเรียนรู้ของนักศึกษา เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ที่แท้จริงของนักศึกษา ควรมีการดำเนินการตามคู่มือการใช้เครื่องมืออย่างเคร่งครัด และมีการทำความเข้าใจในแนวทางการใช้เครื่องมือร่วมกันระหว่างผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน

จุดมุ่งหมายสำคัญของการประเมินผู้เรียน ประกอบด้วย การประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการเรียนการสอนและนำไปสู่การพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษา การประเมินที่สามารถทำให้นักศึกษาสามารถประเมินตนเองและสามารถนำผลไปใช้ในการพัฒนาตนเองจนเกิดการเรียนรู้ และการประเมินผลการเรียนรู้เพื่อแสดงผลลัพธ์การเรียนรู้ตามความคาดหวังของหลักสูตร ดังนั้นความเหมาะสมของระบบและกลไกการประเมินผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติจึงมีความสำคัญยิ่ง ทั้งด้านการกำหนดเกณฑ์ประเมิน วิธีการประเมิน และเครื่องมือประเมินที่มีคุณภาพ มีการใช้การประเมินที่หลากหลาย และมีการประเมินตามสภาพจริงเพื่อให้ผลการประเมินสะท้อนความสามารถของผู้เรียนอย่างแท้จริง นอกจากนี้ องค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้สถาบันสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามจุดมุ่งหมายของการประเมินผู้เรียนดังกล่าว ก็คือ ระบบและกลไกด้านการประเมินผู้เรียนที่มีคุณภาพของสถาบัน ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับปรุงหรือพัฒนาระบบหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านการประเมินผู้เรียนและกลไกหรือปัจจัยเอื้อที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ระบบมีการขับเคลื่อนและดำเนินอยู่ได้อย่างต่อเนื่องอย่างคุณภาพและประสิทธิภาพ

จากความสำคัญของประเมินทักษะและปัญหาดังกล่าวข้างต้น คณะผู้ศึกษาวิจัยจึงดำเนินการพัฒนาแบบประเมินผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของแบบประเมินผลการเรียนรู้ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นให้มีคุณภาพสอดคล้องตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ของกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2552 อีกทั้งเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของอาจารย์ด้านการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ผู้เรียนอย่างต่อเนื่องอันนำไปสู่การพัฒนาเพื่อยกระดับมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาและการประเมินผู้เรียนที่สอดคล้องตามพันธกิจหลักของวิทยาลัยด้านการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ ในการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่จะช่วยสะท้อนให้เห็นว่าบัณฑิตมีคุณลักษณะตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ และเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ โดยวิเคราะห์ความสอดคล้องและกระจายความรับผิดชอบมาตรฐานผลการเรียนรู้จากหลักสูตรลงสู่รายวิชา ทั้งนี้เพื่อให้คุณภาพเครื่องมือประเมินผลการเรียนรู้มีความตรง ความเที่ยง จึงจะวัดผลได้ตรง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีเครื่องมือที่พัฒนาและใช้ใน



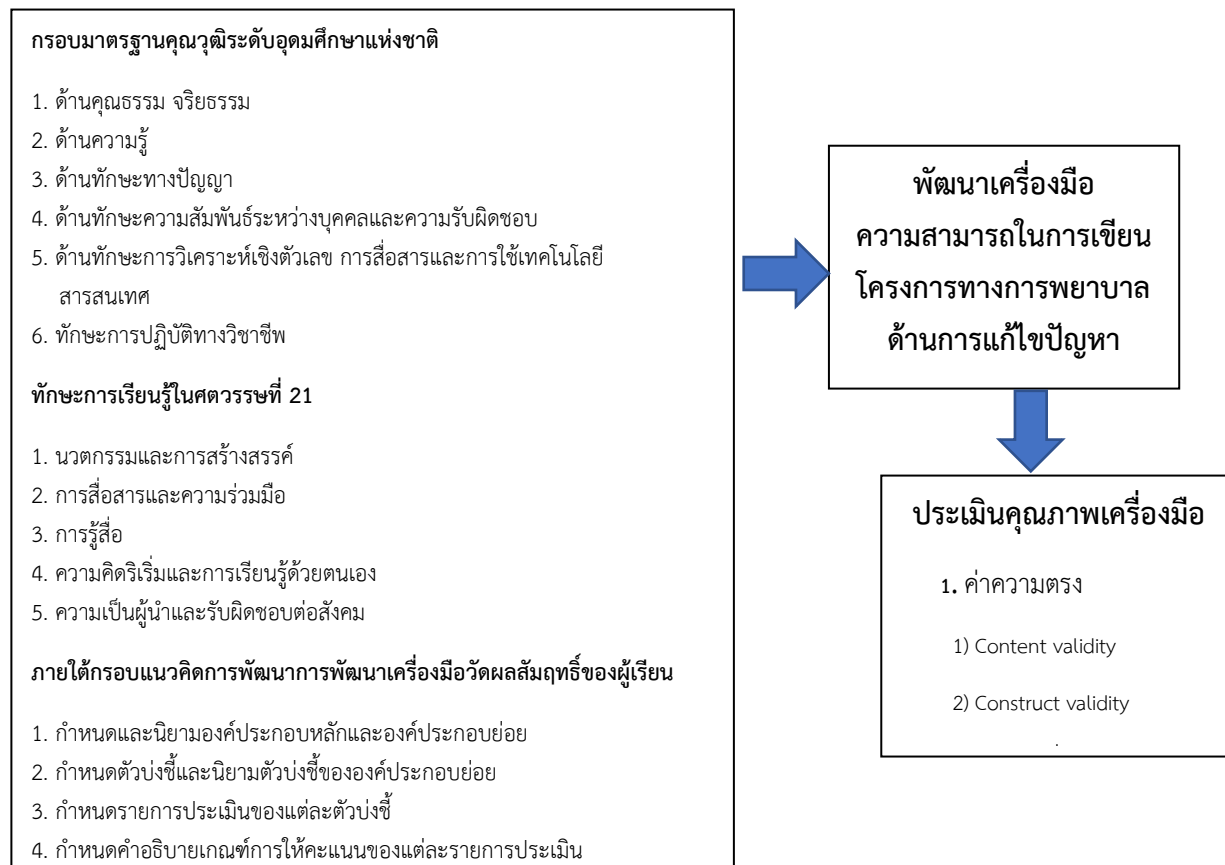
การประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ตามผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี และทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 (Praboromarajchanok Institute, 2012) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ขึ้น เพื่อนำเครื่องมือที่ได้มาใช้ในการประเมินผลการเรียนรู้ได้ครอบคลุมผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน โดยมุ่งหวังให้สามารถประเมินผลการเรียนรู้ตามสภาพจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวางแผนงานและการเขียนโครงการแบบดั้งเดิม หรือแบบประเพณีนิยม (conventional method) แล้วสรุปเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการของโครงการ (project) ที่หมายถึงแผนงานย่อยหรือกลุ่มกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องสนับสนุนซึ่งกันและกัน เป็นแผนงานที่จัดขึ้นเพื่อให้มีการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ มีการระบุรายละเอียดของการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในทุกขั้นตอน การเขียนโครงการแบบดั้งเดิมหรือแบบประเพณี เป็นการเขียนแบบบรรยายที่นิยมใช้กันทั่วไป ซึ่งการเขียนโครงการที่ดีควรมีองค์ประกอบ และมีเนื้อหาสาระที่ละเอียดชัดเจนเฉพาะเจาะจง ซึ่งประกอบด้วย ชื่อโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย วันเวลาหรือระยะเวลา ดำเนินการ สถานที่ดำเนินการ วิธีดำเนินการ งบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ การประเมินผล และประโยชน์หรือผลที่คาดว่าจะได้รับ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษาของ ไพศาล สุวรรณน้อย (Suwannoi, 2018) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดและนิยามองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย 2) กำหนดตัวบ่งชี้และนิยามตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบย่อย 3) กำหนดรายการประเมินของแต่ละตัวบ่งชี้ 4) กำหนดคำอธิบายเกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละรายการประเมิน สรุปดังภาพที่ 1



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนา มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 และ 2561 สังกัดวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 101 คน และปีการศึกษา 2561 จำนวน 136 คน ตัวแปรแฝงในการศึกษา 3 ตัวแปร (ความชัดเจนวัตถุประสงค์โครงการ การกำหนดขอบเขตการประเมินโครงการ และความสามารถในการประเมินความสำเร็จโครงการ) และตัวแปรสังเกตได้ 12 ตัวบ่งชี้ กำหนดขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 10 เท่าของตัวแปรที่สังเกตได้ คือ $12 \times 10 = 120$ (Turker, 2009; Zheng et al., 2010) ซึ่งเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการแพทย์ด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน มีลักษณะเป็น Scoring Rubric ตามเกณฑ์การให้คะแนน มีการสร้างข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ คะแนนรวม 37 คะแนน ระดับคะแนนรูปิก มีทั้ง 4-3-2 คะแนน ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ 1, 2, 6, 7 และ 8 มี 2 ระดับ ข้อ 3, 4, 5, 9, 10, 11 มี 4 ระดับ และข้อ 12 มี 3 ระดับ แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ การวัดผลการศึกษา และหลักสูตร จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (The index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.93



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามแนวทางที่เหมาะสมกับการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ IRB SNC 008/2560 ซึ่งกระทำโดยให้การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยการแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบการดำเนินการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจในการให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งมีการลบและทำลายข้อมูลจากเทปบันทึกเมื่อสรุปรายงานการวิจัยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์นิยามและความสอดคล้องกับเนื้อหาและพฤติกรรม การกำหนดเครื่องมือและสร้างข้อรายการ โดยศึกษาจากทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน การพัฒนาเครื่องมือและการประเมินผล การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ขั้นที่ 2 การดำเนินการพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาเครื่องมือโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) กำหนดกรอบสมรรถนะตามมาตรฐานการเรียนรู้และทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21, 2) ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3) ปรับปรุงและนำเครื่องมือไปทดลองใช้ครั้งที่ 1 กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต 4) ปรับปรุงและนำเครื่องมือไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ขั้นที่ 4 เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ และ 5) สร้างคู่มือการใช้เครื่องมือและจัดทำเป็นรูปเล่ม

ขั้นที่ 3 การประเมินผล ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบผลการพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีการรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผล เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิเคราะห์ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หลังการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence หรือ IOC) หาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยการคำนวณค่าความสอดคล้องของโมเดลการวัดประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน กับข้อมูลเชิงประจักษ์ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient

ผลการวิจัย

แบบประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาล เป็นมาตรวัดโดยพิจารณาผลการปฏิบัติตามเกณฑ์การให้คะแนน (Scoring Rubric) 4 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ การกำหนดความชัดเจนของโครงการ การกำหนดขอบเขตการประเมิน และความสำเร็จการประเมินโครงการ ผลการวิเคราะห์พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับดี (Mean=2.16, SD=0.246) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการเขียนโครงการทางการแพทย์บาล
ด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน จำแนกตามรายด้าน (n = 136)

ลำดับ	ความสามารถในการเขียนโครงการ	MEAN	SD	ระดับ
การกำหนดความชัดเจนของโครงการ				
1.	ความสามารถในการระบุชื่อโครงการ	1.56	0.49	ดี
2.	ความสามารถในการระบุผู้รับผิดชอบโครงการ	1.85	0.41	ดี
3.	ความสามารถในการอธิบายหลักการและเหตุผล	2.49	0.52	พอใช้
4.	ความสามารถในการระบุวัตถุประสงค์ทั่วไป	2.79	0.63	ดี
การกำหนดขอบเขตการประเมิน				
5.	ความสามารถในการระบุวัตถุประสงค์เฉพาะ	2.41	0.68	พอใช้
6.	ความสามารถในการระบุกลุ่มเป้าหมาย	1.75	0.45	ดี
7.	ความสามารถในการระบุระยะเวลาการดำเนินงานโครงการ	1.98	0.15	ดี
8.	ความสามารถในการระบุสถานที่ดำเนินการ	1.94	0.24	ดี
ความสำเร็จการประเมินโครงการ				
9.	ความสามารถในการอธิบายวิธีดำเนินการ	2.39	0.55	พอใช้
10.	ความสามารถในการระบุงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ	2.53	0.60	ดี
11.	ความสามารถในการระบุการประเมินผลโครงการ	2.36	0.86	พอใช้
12.	ความสามารถในการระบุประโยชน์หรือผลที่คาดว่าจะได้รับ	1.89	0.69	ดี
รวม		2.16	0.246	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่า การประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไข
ปัญหาสุขภาพชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านโดยเรียงลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากที่สุดไป
ต่ำสุด พบว่า ด้านความสามารถในการระบุวัตถุประสงค์ทั่วไป อยู่ในระดับสูงสุด (MEAN = 2.79) รองลงมาคือ
ด้านความสามารถในการระบุงบประมาณทรัพยากร (MEAN = 2.53) ส่วนด้านความสามารถในการระบุชื่อ
โครงการ อยู่ในระดับต่ำสุด (MEAN = 1.56)

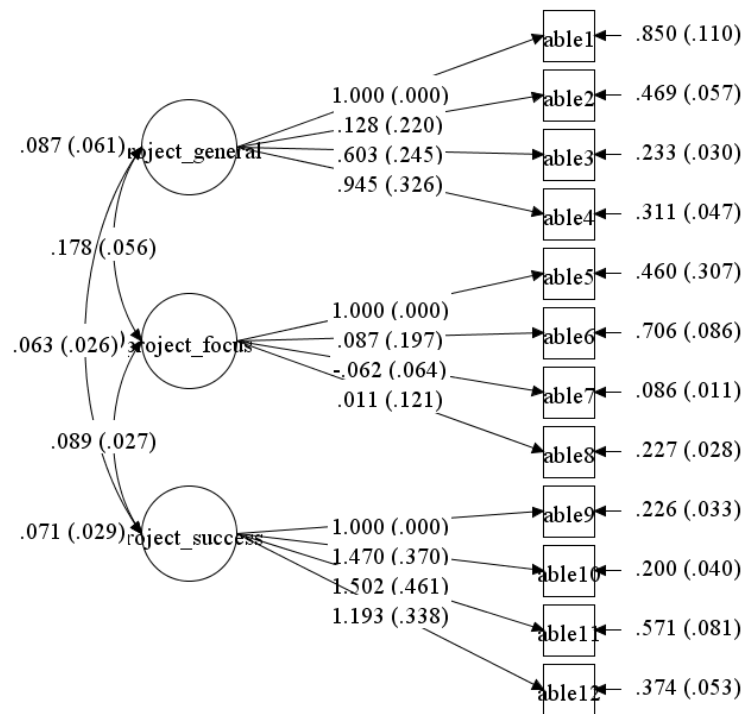
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ของแบบประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน แสดงให้เห็นว่า โมเดลการวัดด้านความสามารถองค์ประกอบที่ 1 การกำหนดความชัดเจนของโครงการ ที่ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 2 การกำหนดขอบเขตการประเมิน ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบที่ 3 ความสำเร็จการประเมินโครงการ ที่ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 (df = 51, n = 136) = 48.209, p = 0.5852, CFI=1.000, TLI=1.033, RMSEA=0.000 และ SRMR=0.057) เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน Goodness of fit indices (Hu & Bentler, 1999) ในการประเมินคุณภาพของการวิเคราะห์เชิงยืนยัน (Confirmatory analyses) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ตั้งแต่ -0.001-0.658 และข้อที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ความสามารถในการระบุงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ (0.658) โดยสามารถอธิบายความผันแปรร่วมกับความความสำเร็จการประเมินโครงการได้ร้อยละ 43 รองลงมา คือ ความสามารถในการอธิบายวิธีดำเนินการ (0.488)



โดยสามารถอธิบายความผันแปรร่วมกับความสำเร็จการประเมินโครงการได้ร้อยละ 23 (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลการประเมินความสามารถในการเขียนโครงการ

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ			สัมประสิทธิ์พหุการณ R ²
	β	SE	t	
การกำหนดความชัดเจนของโครงการ				
1. ความสามารถในการระบุชื่อโครงการ	0.304	0.102	2.986*	0.092
2. ความสามารถในการระบุผู้รับผิดชอบโครงการ	0.055	0.095	0.576	0.003
3. ความสามารถในการอธิบายหลักการและเหตุผล	0.345	0.093	3.722*	0.119
4. ความสามารถในการระบุวัตถุประสงค์ทั่วไป	0.446	0.105	4.242*	0.199
การกำหนดขอบเขตการประเมิน				
5. ความสามารถในการระบุวัตถุประสงค์เฉพาะ	0.074	4.394	0.017	0.006
6. ความสามารถในการระบุกลุ่มเป้าหมาย	0.005	0.318	0.017	0.000
7. ความสามารถในการระบุระยะเวลาการดำเนินงานโครงการ	-0.011	0.639	-0.017	0.000
8. ความสามารถในการระบุสถานที่ดำเนินการ	0.001	0.076	0.015	0.000
ความสำเร็จการประเมินโครงการ				
9. ความสามารถในการอธิบายวิธีดำเนินการ	0.488	0.090	5.391*	0.238
10. ความสามารถในการระบุงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ	0.658	0.084	7.822*	0.433
11. ความสามารถในการระบุการประเมินผลโครงการ	0.467	0.092	5.078*	0.218
12. ความสามารถในการระบุประโยชน์หรือผลที่คาดว่าจะได้รับ	0.460	0.092	4.971*	0.211
ค่าดัชนีความสอดคล้อง	*<.001, χ ² (df=51, n=136)=48.209, p=0.5852, CFI=1.000, TLI=1.033, RMSEA=0.000, SRMR=0.057			



แผนภาพที่ 1 โมเดลการประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน จากวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

จากตารางที่ 2 และแผนภาพที่ 1 ในภาพรวมผลการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ 3 องค์ประกอบ น้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading: β) มีค่าตั้งแต่ -0.011–0.658 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error: SE) มีค่าตั้งแต่ 0.076–4.394 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (Coefficient of Determination: R^2) ตั้งแต่ 0.000 ถึง 0.433 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้น ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นเกณฑ์การให้คะแนนในรายการประเมินผล ทั้ง 12 ข้อ เป็น 4-3-2 ระดับ มี 3 องค์ประกอบ (ตารางที่ 1) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) แล้วพบว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์จริง และมีความเที่ยงของแบบวัดโดยเฉลี่ยทั้งฉบับ จากการคำนวณด้วย Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.691 ซึ่งเพียงพอ (Loewenthal, 2001) และเหมาะสมที่จะนำไปประเมินทักษะหรือความสามารถในการเขียนโครงการ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาล

การอภิปรายผล

เครื่องมือประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาล มีค่าความตรงตามเนื้อหาที่นำเครื่องมือไปใช้ ค่า IOC 0.93 ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ มีค่า 0.691 ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีพอใช้ (Cronbach, 1990; DeVellis, 2003) ซึ่งโลเวนทาล (Loewenthal, 2001) ให้ข้อเสนอแนะว่ากรณีเครื่องมือมีจำนวนข้อคำถามน้อยกว่า 10 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือขั้นต่ำควรอยู่ที่ 0.6 ค่าความเที่ยงดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าข้อคำถามในการประเมินเป็นตัวแทนพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ นอกจากนี้เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ



ผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล เพื่อตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

กระบวนการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอนหรือแนวคิดทฤษฎีการพัฒนาเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษา คือ กำหนดและนิยามองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย กำหนดตัวบ่งชี้และนิยามตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบย่อย กำหนดรายการประเมินของแต่ละตัวบ่งชี้ และกำหนดคำอธิบายเกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละรายการประเมินเพื่อใช้ในการสังเกต การสะท้อน และประเมินผลการปฏิบัติ (Suwannoi, 2018) สำหรับเป้าหมายหรือผลลัพธ์คือ คุณภาพเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษาและทักษะในศตวรรษที่ 21 การสร้างแบบประเมินเพื่อวัดผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยี และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ และทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ตามที่กำหนดจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ 1) นวัตกรรมและการสร้างสรรค์ 2) การสื่อสารและความร่วมมือ 3) การรู้สื่อ 4) ความคิดริเริ่มและการเรียนรู้ด้วยตนเอง และ 5) ความเป็นผู้นำและรับผิดชอบต่อสังคม จะเป็นการวัดคุณลักษณะ (Attribute) ความสามารถและทักษะของบุคคลที่แสดงออกผ่านพฤติกรรม

วิธีการสร้างแบบประเมินคุณลักษณะ ควรมีขั้นตอนที่สำคัญคือต้องกำหนดและนิยามองค์ประกอบหลักองค์ประกอบย่อย พฤติกรรมบ่งชี้ของคุณลักษณะที่จะประเมิน มีการเขียนรายการประเมินแต่ละพฤติกรรมบ่งชี้ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับคุณภาพของแต่ละรายการประเมิน นอกจากนี้ในการประเมินความสามารถในการจัดทำโครงการแต่ละครั้ง ขั้นตอนการประเมินโครงการที่สำคัญที่จะนำไปสู่การประเมินโครงการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ การประเมิน การกำหนดวัตถุประสงค์ได้ชัดเจนจะนำไปสู่ความถูกต้องและความสำเร็จของการประเมินโครงการ ประการต่อมาการระบุตัวบ่งชี้เป็นการกำหนดขอบเขตของการประเมินเพื่อให้ผลประเมินสะท้อนถึงคุณภาพของโครงการ ความชัดเจนของตัวบ่งชี้จะทำให้ผลการประเมินถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ อีกปัจจัยหนึ่งคือการกำหนดเกณฑ์การประเมินที่ควรได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอันจะนำไปสู่การยอมรับในผลการประเมิน (Jiraro, 2013)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการวัด 3 องค์ประกอบที่ได้ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนมีค่าผ่านเกณฑ์ทุกดัชนี แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งกล่าวว่า ถ้าดัชนีมีค่าสถิติที่มากกว่า 2.0 ขึ้นไป แสดงว่าค่าพารามิเตอร์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถือว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะของกลุ่มพฤติกรรมนั้น ข้อมูลน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามทุกข้อ มีนัยสำคัญ แสดงว่าข้อคำถามทุกข้อสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ที่วัดตัวแปรแฝงในโมเดลได้ ส่วนคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในระดับที่น้อยกว่า 0.2 และค่าประมาณความเที่ยงของข้อคำถามแต่ละข้อที่มีค่าต่ำระหว่าง 0.000 - 0.453 ข้อที่มีความเที่ยงน้อยที่สุดคือ ความสามารถในการระบุผู้รับผิดชอบโครงการ ความสามารถในการระบุวัตถุประสงค์เฉพาะ ความสามารถในการระบุกลุ่มเป้าหมาย ความสามารถในการระบุระยะเวลาการดำเนินงานโครงการ และความสามารถในการระบุสถานที่ดำเนินการ ซึ่งถ้าพิจารณาตามเกณฑ์อำนาจจำแนกที่ยอมรับได้ที่ 0.2 ขึ้นไป (Mueller, 1996) ทั้ง 5 ข้อนี้จึงเป็นข้อคำถามที่ควรพิจารณาปรับปรุงในการวิจัยครั้งต่อไป และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จากข้อจำกัดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย ซึ่งอัตราส่วนระหว่างจำนวนหน่วยตัวอย่างกับจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรควรเป็น 20:1 หรืออย่างน้อย 20 เท่าของตัวแปรที่สังเกตได้ (DeVellis, 2012)

สรุปได้ว่า เครื่องมือประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาลด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาการพัฒนาเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนในการสร้างหรือ



ออกแบบการประเมินความสามารถในการเขียนโครงการ ที่มีการตรวจสอบคุณภาพด้วยวิธีการที่หลากหลายด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการตรวจสอบความเที่ยง ทำให้เครื่องมือมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เครื่องมือประเมินความสามารถในการเขียนโครงการทางการพยาบาล ด้านการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ตามกรอบมาตรฐานการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษา และทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และมีความเชื่อมั่น สามารถนำไปใช้ประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้ แต่ข้อคำถามบางข้อมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่าเกณฑ์ 0.2 ในการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาปรับปรุงข้อคำถามนี้

References

- Academic Affairs, Srimahasarakham Nursing College. (2012). *Bachelor of nursing Science program* (amendments B.E. 2555). Mahasarakham: Nursing College. (in Thai)
- Amphansirirat, A., Chanchareun, K., Jeenaphan, P., Sungwanawat, W., Watcharaviwat, A. & Siwadumrongphong, W. (2013). The development of instrument to evaluate learning outcomes as the Thai qualifications framework for higher education, nursing curriculum (Revised Version B.E. 2555), Southern College of Nursing and Public Health College Network). *Journal of Health Science Research*, 7(2), 1-9. (in Thai)
- Bellanca, J., & Brandt, R. (Eds.). (2010). *21st century skills: Re thinking how students learn*. Bloomington: Solution Tree Press.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York: Harper Collins.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2nd ed.). Newbury Park: SAGE.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development*. United States: SAGE.
- Hu, L. T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Jiraro, P. (2013). Objective, Indicator and Criterion for project evaluation. *Journal of Education*, 24(3), 25-36. (in Thai)
- Loewenthal, K. M. (2001). *An Introduction to psychological tests and scales*. Padstow: TJ International.
- Mueller, R. O. (1996). Confirmatory factor analysis. In *Basic principles of structural equation modeling: An introduction to LISREL and EQS*. New York: Springer-Verlag.
- Office of the Education Council. (2006). *National education act B.E. 2542 (1999) and amendments (Second National Education Act B.E. 2545 (2002))*. Bangkok: Ministry of Education Kingdom of Thailand. (in Thai)



- Office of the National Education Commission. (2006). *National qualifications framework for higher education in Thailand: Implementation handbook*. Bangkok:
Office of the National Education Commission. (in Thai)
- Panich, V. (2017). Ways to create learning for students in the 21st century. *Walailak Journal of Learning Innovations*, 1(2), 3-14. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2012). *Bachelor of Nursing Science program (Revised Version B.E. 2555)*. Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development (PIHWD). (in Thai)
- Rujkorakarn, D., Hornboonherm, P., Kochamat, A., Nantsupawat, W. & ingkanont, P. (2016). A construction of the qualification standard for a bachelor's degree in nursing in Thailand. *Journal of Nursing Science & Health*, 39(2), 109-117. (in Thai)
- Suwannoi, P. (2018). *The development of learning outcomes evaluation tools for student based on the Thai Qualification Framework for Higher Education*.
Khon Kaen: Institute for Human Resource Development, Academic Affairs, Khon Kaen University. (in Thai)
- Turker, D. (2009). Measuring corporate social responsibility: A scale development study. *Journal of Business Ethics*, 85, 411-427. doi: 10.1007/s10551-008-9780-6
- Zheng, J., You, L., Lou, T., Chen, N., Lai, D., Liang, Y., ... Zhai, C. (2010). Development and psychometric evaluation of the dialysis patient-perceived exercise benefits and barriers scale. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 166- 180.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.023



Ethical Leadership of Head Nurses and Organizational Citizenship Behaviors as Perceived by Nurses in Regional Hospitals*

ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดี
ขององค์การตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์*

กลีบแก้ว	สองเมือง**	Kleebkaew	Songmuang**
เพชรสุรีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul ***
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์****	Apiradee	Nantsupawat****

Abstract

Ethical leadership refers to leaders' behaviors in their job resulting in the common good and inspiring followers to behave ethically. The purpose of this cross-sectional correlation study was to examine the ethical leadership of head nurses as perceived by nurses and the organizational citizenship behaviors of nurses, as well as the relationships between them. The study sample was comprised of 460 nurses working in southern regional hospitals. The research instruments included: 1) a demographic data form; 2) a Ethical Leadership questionnaire (5-point rating scale); and 3) an Organizational Citizenship Behaviors questionnaire (7-point rating scale). The reliability of the second and third instruments was .98 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation analysis.

The results revealed that the overall ethical leadership of head nurses as perceived by nurses was at a high level. The overall organizational citizenship behaviors of nurses were at a high level. The findings also showed that the ethical leadership of head nurses was moderately positively and statistically correlated with the organizational citizenship behaviors of nurses ($r = .526, p = .001$).

Based on the findings of this study, head nurses who demonstrate a commitment to ethical leadership will inspire nurses to display organizational citizenship behaviors. Therefore, it is necessary to develop programs and strategies for helping head nurses to better understand ethical leadership and foster ethical climates in their units.

Keywords: Ethical leadership; Organizational citizenship behaviors; Nurses;
Regional hospital

* 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 19 May 2022; Revised 13 June 2022; Accepted 21 June 2022



บทคัดย่อ

ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมเป็นพฤติกรรมของผู้นำในการปฏิบัติสิ่งที่ดีงามในการทำงาน ส่งผลให้ผู้ตามมีพฤติกรรมการทำงานอย่างมีจริยธรรม การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้ จำนวน 460 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การโดยรวมของพยาบาลอยู่ในระดับสูง และภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาล ($r=.526$ $p=.001$)

จากผลการวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมจะสร้างแรงบันดาลใจให้พยาบาลมีพฤติกรรม การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาโปรแกรมหรือกลยุทธ์ที่จะช่วยให้ หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความเข้าใจภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมเป็นอย่างดี และสร้างบรรยากาศเชิงจริยธรรมให้เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ พยาบาล โรงพยาบาลศูนย์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม วัฒนธรรม โครงสร้างประชากร และแบบแผนการดำเนินของโรค ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ ส่งผลให้จำนวนกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นและมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (National Statistical Office, 2021) ผลที่ตามมาทำให้โรงพยาบาลรัฐเกิดความแออัดส่งผลให้ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นในขณะที่ยังขาดแคลนพยาบาล ซึ่งการขาดแคลนพยาบาลส่งผลให้พยาบาลต้องทำงานวันละ 16 ชั่วโมง (Sawangdee, 2017) นอกจากนี้พยาบาลจะได้รับมอบหมายให้ทำงานด้านอื่น ๆ เช่น งานประกันคุณภาพ งานป้องกันการติดเชื้อ งานสารสนเทศ งานเอกสารต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งเป็นงานที่ไม่ได้บังคับแต่ในฐานะสมาชิกที่ดีขององค์การเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องทำเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย

พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ (organizational citizenship behavior) คือการแสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้มีการกำหนดไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน และไม่ส่งผลต่อระบบการให้รางวัลตอบแทนการทำงานของแต่ละบุคคล โดยพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งเสริมให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่ง พอดซาคอฟฟ์ และคณะ (Podsakoff et al., 1990) ระบุว่า มี 5 กลุ่มพฤติกรรม ได้แก่ 1) พฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือ 2) พฤติกรรมความสำนึกในหน้าที่ 3) พฤติกรรมความอดทนอดกลั้น 4) พฤติกรรมการคำนึงถึงผู้อื่น และ 5) พฤติกรรมการให้ความร่วมมือ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอยู่ในระดับปานกลาง (Viseschoochatkul & Nonthanathorn, 2020) และพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับสูง (Rukngam & Waranusantkul, 2016) ซึ่งผลการศึกษายังมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่แตกต่างกัน และยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้พยาบาลเกิดพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การนั้นเกิดขึ้นได้จากลักษณะส่วนบุคคล (Rattanasungsri, Pinyo, & Intraramanee, 2019; Anchaleeumnuyorn, 2018) และพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ โดยเฉพาะพฤติกรรมภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม (ethical leadership) ที่จะเน้นไปที่การยกระดับคุณธรรมจริยธรรมของผู้ตามให้สูงขึ้นด้วย ซึ่งภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม คือ การแสดงออกทางพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้นำที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ตามมีพฤติกรรมด้านจริยธรรมโดยใช้การสื่อสารสองทาง การเสริมแรง และการตัดสินใจ (Brown et al., 2005) ซึ่งหัวหน้าจะแสดงออกมาให้เห็นใน 8 ด้าน ได้แก่ 1) การบริหารจัดการอย่างยุติธรรม 2) การยึดหลักคุณธรรม 3) ความซื่อสัตย์สุจริต 4) การเสริมพลัง 5) การสื่อสารอย่างมีจริยธรรม 6) ความรับผิดชอบ 7) การสร้างสัมพันธภาพที่เป็นมิตรระหว่างบุคคล และ 8) ความเอื้ออาทร (Pommala, Sritoomma, & Wongkhomthong, 2018)

ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ กล่าวคือผู้นำที่แสดงพฤติกรรมภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมออกมาจะมีอิทธิพลให้ผู้ตามเกิดการเลียนแบบและแสดงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในงานที่ทำ (Mostafa, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) (Bandura, 1986) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า อลูสเทนี และคณะ (Aloustani et al., 2020) และ เอมาดิฟาร์ (Emadifar, 2010) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลในประเทศอิหร่านโดยใช้เครื่องมือวัดภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของประเทศอิหร่าน ซึ่งมีความแตกต่างจากวัฒนธรรมไทยผลที่ได้จึงมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิง

หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลบรรลุผลด้วยการใช้ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมเพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทุกคนแสดงพฤติกรรมตามหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่การดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์ภายใต้สถานการณ์ที่มีการระบาด



ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ถูกมอบหมายหน้าที่ให้ผลัดเวรกันเพื่อเข้าไปดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนา 2019 ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และยังได้รับมอบหมายให้ไปดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม ได้รับมอบหมายงานในการออกหน่วยปฐมพยาบาลในสำคัญต่าง ๆ ภายนอกหน่วยงานทำให้พยาบาลมีภาระงานมากขึ้น เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์จึงควรมีการใช้ภาวะผู้นำเพื่อจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพแสดงพฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือ สำนึกในหน้าที่ มีความอดทนอดกลั้น ให้ความร่วมมือและคำนึงถึงผู้อื่น แต่จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยไม่พบว่ามีการศึกษาภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์

คำถามการวิจัย

1. ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับใด
2. ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาล หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้อาศัยแนวคิดภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ของ วลัยนารี พรหมและคณะ (Pommala et al., 2018) และแนวคิดพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ของ พอดซาคอฟ และคณะ (Podsakoff et al., 1990) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการอย่างยุติธรรม 2) การยึดหลักคุณธรรม 3) ความซื่อสัตย์สุจริต 4) การเสริมพลัง 5) การสื่อสารอย่างมีจริยธรรม 6) ความรับผิดชอบ 7) การสร้างสัมพันธภาพที่เป็นมิตรระหว่างบุคคล และ 8) ความเอื้ออาทร ส่วนพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือ 2) พฤติกรรมการคำนึงถึงผู้อื่น 3) พฤติกรรมความอดทนอดกลั้น 4) พฤติกรรมการให้ความร่วมมือ และ 5) พฤติกรรมการสำนึกในหน้าที่ ซึ่งตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) (Bandura, 1986) เชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต และเลียนแบบการกระทำของบุคคลอื่นที่ผ่านการพิจารณาแล้วว่ามีเหมาะสม ดังนั้น หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมจะมีผลให้ผู้ตามเกิดการลอกเลียนแบบพฤติกรรมเชิงจริยธรรม และตอบสนองต่อองค์การด้วยการแสดงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 อย่างละ 3 จากทั้งหมด 6 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และปฏิบัติงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยคนปัจจุบันมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วน โดยการคำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ ยามาเน่ (Yamane, 1973 as cited in Sinjaru, 2006) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 5% ได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 400 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 480 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นแรกเป็นการสุ่มโรงพยาบาลจากเขตบริการสุขภาพที่ 11 จำนวน 1 โรงพยาบาล จากทั้งหมดได้โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเป็นตัวแทน และสุ่มโรงพยาบาลจากเขตบริการสุขภาพที่ 12 จำนวน 1 โรงพยาบาล จากทั้งหมด ได้โรงพยาบาลตรังเป็นตัวแทน

2. ขั้นตอนที่สอง สุ่มตัวอย่างพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนพยาบาลของในแต่ละโรงพยาบาลแยกเป็นพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 253 คน และโรงพยาบาลตรัง จำนวน 227 คน และทำการสุ่มแบบง่ายตามสัดส่วนจำนวนพยาบาลของในแต่ละแผนก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งการทำงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม ของ วลัยนารี พรหมลา และคณะ (Pommala et al., 2018) จำนวน 29 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 -5 โดย 1 หมายถึง สำคัญน้อยที่สุด จนถึง 5 คือ สำคัญมากที่สุด การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยและแบ่งเป็นระดับของภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้วยเกณฑ์ของ ชูศรี วงศ์รัตน์ (Wongratana, 2010) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับต่ำที่สุด 1.50-2.49 หมายถึง ระดับต่ำ 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ .98 และในด้านความเอื้ออาทร ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์สุจริต การบริหารจัดการอย่างยุติธรรม การปฏิบัติโดยยึดหลักคุณธรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพที่เป็นมิตรระหว่างบุคคล การสื่อสารอย่างมีจริยธรรม และการเสริมพลัง มีค่าเท่ากับ .92, .94, .91, .93, .94, .95, .97, .87 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของ พอดสาคอฟ และคณะ (Podsakoff et al., 1990) ที่แปลโดย พรนภัส การะเกตุ (Karakate, 2019) จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ 1-7 โดย 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ย และแบ่งเป็นระดับของพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การด้วยเกณฑ์ของเจ้าของเครื่องมือ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.00 หมายถึง ระดับต่ำ 3.01-5.00 หมายถึง ระดับปานกลาง 5.01-7.00 หมายถึง ระดับสูง (Karakate, 2019)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ .87 และในด้านพฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือ ความสำนึกในหน้าที่

ความอดทนอดกลั้น การคำนึงถึงผู้อื่น และการให้ความร่วมมือ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78, .77, .87, .79, .78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขหนังสือ 062/2564 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตามเอกสารเลขหนังสือ COE No.54/2564, REC No.13/2564 และ โรงพยาบาลตรัง ตามเอกสารเลขหนังสือ ๐๔๐/๒๕๖๔ ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลและขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลตรัง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของสองโรงพยาบาล จากนั้นผู้ประสานงานการวิจัยทำการแจกแบบสอบถามในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ส่วนโรงพยาบาลตรัง ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 โรงพยาบาล ตอบแบบสอบถามคืนผู้วิจัย โดยผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 467 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.29 และได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 460 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของพยาบาลและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาล ใช้สถิติ Spearman's rank difference method เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.82) กลุ่มอายุ 22-30 ปี (ร้อยละ 37.60) การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 97.17) สถานภาพโสด (ร้อยละ 51.74) ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ร้อยละ 56.30) แผนกอายุรกรรม (ร้อยละ 19.78) ระยะเวลาทำงาน 1-10 ปี (ร้อยละ 56.09)

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์รับรู้ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) และพยาบาลมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.526, p=.001$)



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกโดยรวมและแยกเป็นรายด้าน (n = 460)

ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
โดยรวม	4.28	.606	มาก
ด้านความเอื้ออาทร	4.18	.696	มาก
ด้านความรับผิดชอบ	4.32	.599	มาก
ด้านความซื่อสัตย์สุจริต	4.36	.632	มาก
ด้านการบริหารจัดการอย่างยุติธรรม	4.32	.691	มาก
ด้านการยึดหลักคุณธรรม	4.24	.643	มาก
ด้านการสร้างสัมพันธภาพที่เป็นมิตรระหว่างบุคคล	4.24	.697	มาก
ด้านการสื่อสารอย่างมีจริยธรรม	4.29	.721	มาก
ด้านการเสริมพลัง	4.27	.677	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกโดยรวม และแยกเป็นรายด้าน (n = 460)

พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
โดยรวม	5.97	.538	สูง
ด้านการให้ความช่วยเหลือ	5.97	.628	สูง
ด้านการสำนึกในหน้าที่	6.07	.616	สูง
ด้านความอดทนอดกลั้น	5.86	1.254	สูง
ด้านการคำนึงถึงผู้อื่น	6.09	.715	สูง
ด้านการให้ความร่วมมือ	5.84	.722	สูง

การอภิปรายผล

1. ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์

งานวิจัยนี้พบว่า ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.606$) อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายในการพัฒนาและกำหนดยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทยเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ คุณธรรม สร้างธรรมาภิบาลในการบริหาร ทั้งนี้ได้มีแนวทางดำเนินการพัฒนาหน่วยงานบริการให้เป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม” (National Health Development Plan Administration Committee Ministry of Health, 2016) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรม และประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคลากร มีความรู้ความเข้าใจในหลักคุณธรรม ทำให้ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของคาฟฟัฟ และ ซาเดซีเยน (Kaffashpoor & Sadeghian, 2020) ที่ได้ศึกษาภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมในหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.52$) และการศึกษาของ

ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ (Muangprasert, 2009) ที่พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้รับรู้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.75$)

เมื่อพิจารณาผลการศึกษากาว่าภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในรายด้านพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมด้านความเอื้ออาทรอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) อาจเนื่องมาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ได้มาตรฐานและเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องมีความเอื้ออาทรต่อลูกน้อง สอดคล้องกับข้อบังคับสภาพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2007) ระบุว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีความเมตตา กรุณา มีความเอื้ออาทรต่อบุคลากร และเป็นตัวอย่างที่ดีในการครองตน

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) อาจเนื่องมาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการงานตามหลักธรรมาภิบาลจึงต้องรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาอย่างเต็มที่ แสดงความรับผิดชอบในงานที่ตนได้รับมอบหมายเมื่อเกิดข้อผิดพลาด สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ขนิษฐา ศรีปิ่นแก้ว และ วาสนี วิเศษฤทธิ์ (Sripinkaew & Wisarith, 2019) ที่พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลในด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.45$, $SD = 0.40$) เช่นเดียวกับด้านความซื่อสัตย์สุจริต ที่อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) โดยอาจเนื่องมาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลเกิดความเคารพนับถือและไว้วางใจ จึงต้องแสดงพฤติกรรมความซื่อสัตย์ต่อผู้ใต้บังคับบัญชา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ (Muangprasert, 2009) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้มีพฤติกรรมจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.46$)

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมด้านการบริหารจัดการอย่างยุติธรรม อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) ที่เป็นเช่นนี้เพราะ โรงพยาบาลศูนย์มุ่งเน้นการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมจึงทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ จากการที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการทำงานจึงเห็นได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการบริหารจัดการอย่างยุติธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ (Muangprasert, 2009) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้มีพฤติกรรมจริยธรรมด้านความยุติธรรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.48$) สำหรับด้านการยึดหลักคุณธรรมก็อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) อาจเนื่องมาจาก นโยบายในการพัฒนา และการกำหนดยุทธศาสตร์แนวทางดำเนินการพัฒนาหน่วยงานบริการให้เป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม” และการกำหนดค่านิยมขององค์การจรรยาบรรณวิชาชีพมาเป็นแนวทางในบริหารและปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงใช้หลักจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา ศรีปิ่นแก้ว และ วาสนี วิเศษฤทธิ์ (Sripinkaew & Wisarith, 2019) ที่พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการบริหารจัดการโดยยึดหลักคุณธรรมและจริยธรรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.37$)

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมด้านการสร้างสัมพันธภาพที่เป็นมิตรระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) เนื่องมาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลต้องเรียนรู้ร่วมกันในการทำงาน ร่วมสร้างบรรยากาศการทำงานที่มีความเป็นกันเอง จูงใจให้พยาบาลทำงานได้ภายใต้บรรยากาศของการทำงานที่สร้างสรรค์ ส่งผลในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ (Muangprasert, 2009) ที่พบว่า พยาบาลผู้ใต้บังคับบัญชาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ รับรู้พฤติกรรมจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และในด้านการเสริมพลัง ก็อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) อาจเนื่องมาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการวิเคราะห์และกำหนดการพัฒนาสมรรถนะ และความรู้ของพยาบาลตามความต้องการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง วางแผนการพัฒนากุศลกร สอดคล้องกับการศึกษา

ของ จิราภรณ์ รัตติกาลสุขะ และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี (Rattikarnsuka & Oumtane, 2014) ที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการส่งเสริมให้บุคลากรได้มีการพัฒนาเรียนรู้ทักษะที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของงาน มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาคนและพัฒนางานเพื่อการดำเนินงานในหอผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย

2. พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์

งานวิจัยนี้พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์มีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.97$, $SD = .538$) อาจเป็นเพราะว่าโรงพยาบาลศูนย์เป็นสถานบริการระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการประชาชนในลักษณะเฉพาะโรคทุกสาขา และต้องได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อเป็นแม่ข่ายในการผลักดันศักยภาพของโรงพยาบาลในระดับอื่น จึงมีการสนับสนุนส่งเสริมให้พยาบาลได้มีโอกาสเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล วิชาการและการบริหารจัดการงานทางพยาบาลซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ มุ่งมั่นที่จะทำงานอย่างเต็มที่ให้แก่โรงพยาบาล ผลการศึกษานี้ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยพบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Intaratate et al., 2014; Karakate, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ลิเหล็ก, ประภาพร ชูกำเนิด, และ ปราโมทย์ ทองสุข (Lilek, Chukumnerd, & Thongsuk, 2021) ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ ระบุว่าหน่วยงานมีสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติที่ดีทั้งในการสนับสนุนให้เกิดความก้าวหน้าในอาชีพ ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะสร้างชื่อเสียงแก่โรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในแต่ละด้าน พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมการคำนึงถึงผู้อื่นอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพที่พยาบาลจะได้รับการปลูกฝังตั้งแต่เรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และผู้บริหารองค์การพยาบาลมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพจึงทำให้พยาบาลมีการทำงานโดยคำนึงถึงผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนภัส การะเกตุ (Karakate, 2019) ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการปฏิบัติงานโดยคำนึงและเคารพในสิทธิของผู้อื่น พยายามหลีกเลี่ยงการสร้างปัญหากับผู้ร่วมงาน ไม่คุกคาม/ละเมิดสิทธิของผู้อื่น พิจารณาผลกระทบของการกระทำของตนเองที่ส่งผลต่อผู้ร่วมงาน คำนึงถึงว่าพฤติกรรมของตนเองจะกระทบต่องานของผู้อื่น และดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อพยายามป้องกันไม่ให้เกิดปัญหากับเพื่อนร่วมงาน

พยาบาลมีพฤติกรรมด้านความสำนึกในหน้าที่ อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจาก ระบบการติดตามผล ประเมินผลการปฏิบัติงานตามระเบียบข้าราชการทำให้พยาบาลต้องเคารพ ปฏิบัติตนตามกฎหมาย ไม่ปฏิบัติตนให้เกิดความเสียหาย สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำฝน อินทรเทศ และคณะ (Intaratate et al., 2014) พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความสำนึกในหน้าที่ อยู่ในระดับสูง

พยาบาลมีพฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือ อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากบริบทการทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน การเข้าออกของพยาบาลจบบัณฑิตใหม่โดยมีพยาบาลพี่เลี้ยงสอนงานและควบคุมการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง จึงทำให้พยาบาลมีการช่วยเหลือกันโดยไม่ต้องมีการร้องขอ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนภัส การะเกตุ (Karakate, 2019) ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือ อยู่ในระดับสูง

พยาบาลมีพฤติกรรมด้านการอดทนอดกลั้น อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากบริบทการทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนและมีการพัฒนางานอย่างมีคุณภาพได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสูง พยาบาลและทีมสหวิชาชีพจึงต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ของโรงพยาบาล พยาบาลมีความอดทนอดกลั้นต่อสภาวะที่อาจเกิดความขัดแย้งในการทำงานและการตอบสนองต่อความคาดหวังจากผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำฝน อินทรเทศ และคณะ (Intaratate et al., 2014) ที่พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความอดทนอดกลั้น อยู่ในระดับสูง

พยาบาลมีพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือ อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจาก นโยบายค่านิยมของโรงพยาบาลรัฐ ที่ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์การยึดถือปฏิบัติ มีการทำงานเป็นทีม การให้ความร่วมมือกับทีมผู้ให้การรักษาและผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อให้งานบริการผู้ป่วยและคุณภาพการทำงานทั้งระบบ ในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ของ พรณภัส การะเกตุ (Karakate, 2019) ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้ความร่วมมืออยู่ในระดับสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ ($r=.526, p=.001$) นั่นคือ หากพยาบาลรับรู้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมมากจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การเพิ่มขึ้นตาม ผลที่ได้จากการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อลูสเทนี และคณะ (Aloustani et al., 2020) ที่พบว่าภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของผู้จัดการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ($r = 0.09, p = 0.04$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมออกมาทำให้พยาบาลได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมการแสดงออกของหัวหน้าหอผู้ป่วยในรูปแบบใดที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อตัวหัวหน้าหอผู้ป่วย บุคคลอื่นและโรงพยาบาล และทำการเลียนแบบพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอก สอดคล้องกับแนวคิดของ บราวน์ และคณะ (Brown et al., 2005) ที่ว่า ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมจะช่วยยกระดับคุณธรรมและจริยธรรมของผู้ตามให้สูงขึ้นด้วยการกระทำของผู้นำที่จูงใจให้ผู้ตามมีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมด้วย และยังสนับสนุนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่เชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกตและเลียนแบบการกระทำของบุคคลอื่นที่ผ่านการพิจารณาแล้วว่ามีความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการดำรงรักษาให้หัวหน้าหอผู้ป่วยนำคุณลักษณะภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมมาใช้ในการบริหารงาน โดยการจูงใจให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม
2. ควรมีการดำรงรักษาพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยควรปฏิบัติเป็นแบบอย่างให้พยาบาลปฏิบัติตาม และมีการชื่นชมและจูงใจให้พยาบาลมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการเตรียมผู้เข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยให้มีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม



References

- Aloustani, S., Atashzadeh-Shoorideh, F., Zagheri-Tafreshi, M., Nasiri, M., Barkhordari-Sharifabad, M., & Skerrett, V. (2020). Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: A descriptive correlational study. *BMC Nursing*, 19(1), 1-8.
- Anchaleeumnuyorn, P. (2018). Guidelines for engagement and good membership behavior of personnel organizations in Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing). *Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajabhat University*, 5(1), 14-30. (in Thai)
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Brown, M. E., Treviño, L. K., & Harrison, D. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 97, 117-134.
- Emadifar, A. (2010). *Examining the ethical leadership style of managers from Mashad Ferdowsi University staff's point of view and its relationship with their empowerment*. Ferdowsi: University of Mashhad.
- Intaratate, N., Intaraprasong, B., Pattara-Archachi, J., & Jirathummakoon, S. (2014). Abusive leadership and organizational justice perceptions affecting organizational citizenship behavior of professional nurses in one tertiary hospital. *Journal of Public Health*, 44 (3), 237-249. (in Thai)
- Kaffashpoor, A., & Sadeghian, S. (2020). The effect of ethical leadership on subjective wellbeing, given the moderator job satisfaction (a case study of private hospitals in Mashhad). *BMC Nursing*, 19(1), 1-8.
- Karakate, P. (2019). *Factors predicting organizational citizenship behaviors among generation Y nurses, government university hospitals* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Lilek, T., Chukumnerd, P., & Thongsuk, P. (2022). Factors predicting of work engagement among Generation Y nurses in tertiary hospitals, Southern Thailand. *Songklanagarin Journal of Nursing*, 42(1), 35-38. (in Thai)
- Mostafa, A. M. S. (2018). Ethical leadership and organizational citizenship behaviours: The moderating role of organizational identification. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(4), 441-449.
- Muangprasert, S. (2009). *Head nurses' moral actions perceived and experienced by head nurses and nurse subordinates in Regional Hospitals, Southern Thailand* (Unpublished master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand. (in Thai).



- National Health Development Plan Administration Committee Ministry of Health. (2016). *National health development plan No.12 (2017-2021)*. Retrieved from http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf (in Thai).
- National Statistical Office. (2021). *Report on the 2017 survey of the older persons in Thailand*. Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites/2014> (in Thai)
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H., & Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *The Leadership Quarterly*, 1(2), 107-142.
- Pommala, W., Sritoomma, N., & Wongkhomthong, J. (2018). The components of ethical leadership of nursing division head at advanced hospitals under ministry of public health. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 214-224. (in Thai)
- Rattanasungsri, S., Pinyo, T., & Intraramanee, S. (2019). The guideline on the promotion of organizational citizenship behavior of government teachers under the office of the Secondary Educational Service Area 3, Nonthaburi Province. *Journal of Industrial Education*, 18(2), 165-176. (in Thai)
- Rattikarnsuka, J., & Oumtane, A. (2014). Nursing management of head nurses receiving the outstanding award. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 179-186. (in Thai)
- Rukngam, T., & Waranusantkul, S. (2016). The relationship of leadership style and perceived organizational climate to organizational citizenship behavior with organizational commitment as a moderator: A case study of nursing personnels in Government University Hospital. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 42(2), 125-147. (in Thai)
- Sawangdee, K. (2017). Crisis of nursing shortage in health service facilities under office of permanent secretary, Ministry of public health: Policy recommendations. *Journal of Health Science*, 26(2), 456-468. (in Thai)
- Sinjaru, T. (2006). *Statistical research and analysis by SPSS* (5th Ed.). Bangkok: V. Interprint. (in Thai)
- Sripinkaew, K., & Wisarith, W. (2019) A study of good governance of head nurses in general hospitals. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(1), 127-143. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2007). *The regulation of the nursing and midwifery council on ethic conduct of nursing and midwifery profession B.E.2550*. Retrieved from <http://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/K012.PDF> (in Thai)
- Viseschoochatkul, N., & Nonthanathorn, P. (2020). The influence of servant leadership and organizational citizenship behavior on effectiveness of patient units as perceived by registered nurses, Pramongkutklao Hospital. *Journal of the Association of Researchers*, 21(3), 75-85. (in Thai)
- Wongratana, C. (2010). *Statistics technique for research*. Nonthaburi: Thai Neramitkij Inter Progressive.



Maternal Attitude, Fatigue and Functional Status Among Adolescent Mothers* ทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้า และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น*

ช่อผกา	คงตันกุล**	Chorpaka	Kongtonkul**
ฉวี	เบาทรง***	Chavee	Baosoung***
พรรณพิไล	ศรีอาภรณ์****	Punpilai	Sriarporn****

Abstract

Becoming an adolescent mother is a significant life event. During postpartum, adolescent mothers are confronted with both the physical and psychological changes that may affect the functional status of the adolescent mother. The purpose of this descriptive correlational study was to describe the relationship between maternal attitude, fatigue and functional status among adolescent mothers. The sample were selected following the inclusion criteria and consisted of 85 adolescent mothers aged 13-19 years old who had a postpartum check-up at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Health Promotion Hospital, First Regional Health Promoting Center, Chiang Mai and Lamphun Hospital. The research instruments were the Attitudes Toward Motherhood Scale by Sockol, Epperson, and Barber (2014), Thai version by Pukdeesamai, Sriarporn, and Xuto (2015); the Modified Fatigue Symptoms Checklist by Pugh, Milligan, Park, Lenze, and Kitzman (1999), Thai version by Theerakulchai (2004); and the Inventory of Functional Status After Childbirth for Adolescents by Logsdon (2009), modified by Moortito, Sriarporn, and Baosoung (2015). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

Results of the study revealed that:

1. The majority of adolescent mothers had a negative maternal attitude (67.06%, SD = 9.81), and had a low level of fatigue, accounting for 78.82% (SD = 16.66). Regarding the functional status of adolescent mothers, the score was at a moderate level (SD = .25).
2. Fatigue had a significant and low negative correlation with functional status after childbirth ($r = -.214, p < .05$), and maternal attitude had no significant correlation with the functional status of adolescent mothers.

The results of this study can be used as baseline data for planning effective nursing care to promote postpartum functional status among adolescent mothers.

Keywords: Maternal attitude; Fatigue; Functional status; Adolescent mothers

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: chorpaka087@gmail.com

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

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

Received 31 October 2016; Revised 28 November 2016; Accepted 19 December 2016



บทคัดย่อ

การเป็นมารดาวัยรุ่นถือเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ภายหลังคลอดมารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้า และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นมารดาวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด ที่โรงพยาบาลมหาราชานคร-เชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินทัศนคติการเป็นมารดาของ ซอกกอล, แอปเปอร์สัน, และ บาร์เบอร์ (Sokol, Epperson, & Barber, 2014) ฉบับภาษาไทยโดย อักษรานันท์ ภัคดีสมัย, พรหมพิไล ศรีอาภรณ์, และ ปิยะนุช ชูโต (Pukdeesamai, Sriarporn, & Xuto, 2015) แบบประเมินความอ่อนล้าของ พิวจ์, มิลลิแกน, พาร์ค, เลนส์, และ คิทซ์แมน (Pugh, Milligan, Park, Lenze, & Kitzman, 1999) ฉบับภาษาไทยโดย จรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นของ ลอกส์ดอน (Logsdon, 2009) ดัดแปลงโดย วรัญญา มุลธิโต, พรหมพิไล ศรีอาภรณ์, และ ฉวี เบาทรวง (Moortito, Sriarporn, & Baosoung, 2015) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Pearson's product moment correlation

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีทัศนคติการเป็นมารดาในทางลบร้อยละ 67.06 (SD = 9.81) พบความอ่อนล้าในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 78.82 (SD = 16.66) และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่พบว่า มีค่าคะแนนของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (SD = .25)

2. ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.214, p < .05$) และทัศนคติการเป็นมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ: ทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้า ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ มารดาวัยรุ่น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: chorpaka087@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ศาสตราจารย์คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในปัจจุบันพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) ในปี พ.ศ. 2557 อัตราการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นทั่วโลกในช่วงอายุ 15-19 ปี มีจำนวนประมาณ 16 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดบุตรทั่วโลก ซึ่งพบว่าอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดให้อัตราการตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีมีบุตรคนแรกไม่เกินร้อยละ 10 สำหรับประเทศไทยพบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งสถานการณ์การตั้งครรภ์ในกลุ่มมารดาวัยรุ่น เป็นปัญหาในสังคมที่สะสมมาอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของมารดาวัยรุ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ในการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตตามปกติเสมือนในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ และดำรงไว้ซึ่งบทบาทการเป็นมารดาที่มีความรับผิดชอบในการดูแลบุตร ตามแนวคิดของ ลอกส์ดอน (Logsdon, 2009) ซึ่งการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นที่ผ่านมา เป็นเพียงการพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ที่มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนประเมินให้มีความเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่และบริบทของมารดาวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การทำงานบ้าน 2) การดูแลตนเอง 3) การดูแลบุตร 4) การทำงาน 5) การศึกษา และ 6) การใช้เวลาว่าง ซึ่งด้านการศึกษาและด้านการใช้เวลาว่างเป็นด้านที่เพิ่มเติมจากองค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอดทั่วไป เนื่องด้วยมารดาวัยรุ่นยังอยู่ในวัยที่มีความจำเป็นต้องเข้าศึกษาเล่าเรียน เพื่อเป็นรากฐานให้กับชีวิตในอนาคต และในด้านการใช้เวลาว่างได้ปรับจากกิจกรรมทางสังคมและชุมชนของมารดาหลังคลอดทั่วไป เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทและการใช้ชีวิตประจำวันของมารดาวัยรุ่น

มารดาวัยรุ่นที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของมารดาได้ดี ส่งผลให้มารดาสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจได้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้และรู้สึกว่าการตนเองมีชีวิตที่สมบูรณ์ (Fawcett, Tulman, & Myers, 1988) นอกจากนี้ยังทำให้มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจและสามารถให้การดูแลเอาใจใส่บุตรได้ อีกทั้งบุคคลภายในครอบครัวจะได้รับการดูแลในด้านต่าง ๆ ส่งผลทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวตามมา (Fawcett & Tulman, 1990) แต่ถ้ามารดาวัยรุ่นสามารถปฏิบัติหน้าที่ของมารดาได้ไม่ดี ส่งผลกระทบให้มารดาไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในระยะหลังคลอด เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยเฉพาะในการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดา (Shereshesky & Yarrow, 1973) และไม่สามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมของบุตรได้อย่างเหมาะสม (Secco & Moffat, 2003) และอาจมีการทำร้ายบุตรเกิดขึ้นได้ ทำให้มารดามีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางจิตใจในระยะหลังคลอดตามมา (Posmontier, 2008) และอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรได้ ขาดความสนใจในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว (Fawcett et al., 1988) ส่งผลทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี และเกิดปัญหาภายในครอบครัวตามมา

การที่มารดาหลังคลอดจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอดได้ดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคม โดยปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของการคลอด จำนวนของบุตร อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ รายได้ของครอบครัว และปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจของการเป็นมารดา ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ทัศนคติการเป็นมารดา ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความวิตกกังวลและความอ่อนล้าของมารดาหลังคลอด จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดา



หลังคลอดมีหลายประการด้วยกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคม คือ ทัศนคติการเป็นมารดาและความอ่อนล้า ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยเป็นสิ่งที่เกิดจากความคิด ความรู้สึกที่มีอิทธิพลต่อมารดาวัยรุ่นโดยตรง และอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอด นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาทั้ง 2 ปัจจัยนี้ในมารดาวัยรุ่น

ทัศนคติการเป็นมารดา เป็นความคิด การรับรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดาที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมมีอิทธิพลต่ออารมณ์และจิตใจของมารดา โดยสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันทั้งทางบวกและทางลบ ที่จะทำให้อารมณ์แสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อบทบาทการเป็นมารดาไปในทิศทางใดก็ได้ ตามแนวคิดของ ซอกกอล และคณะ (Sokol et al., 2014) ทัศนคติการเป็นมารดาประกอบด้วยความเชื่อ 3 ด้าน คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการตัดสินใจจากบุคคลอื่น ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบของมารดา และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับบทบาทมารดาตามความนึกคิด ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าทัศนคติการเป็นมารดา เป็นตัวชี้วัดถึงเอกลักษณ์การเป็นมารดาและการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และหากมารดาได้มีการแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี จะส่งผลถึงความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอดได้อีกด้วย (Walker, Crain, & Thompson, 1986)

ความอ่อนล้าในระยะหลังคลอด การที่มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรง ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองลดลง ซึ่งรวมไปถึงการทำหน้าที่การเป็นมารดาในการเลี้ยงดูบุตรลดลงอีกด้วย ความอ่อนล้าสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Pugh & Milligan, 1993) โดยทั่วไปมารดาหลังคลอดมีการฟื้นฟูความอ่อนล้าในระยะหลังคลอด พบว่าในช่วง 2 วันหลังคลอดมีความอ่อนล้าในระดับปานกลาง และลดลงสู่ระดับต่ำในช่วง 2 และ 6 สัปดาห์ตามลำดับ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความอ่อนล้าและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอดอายุ 18-38 ปี พบว่าในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ผกผันกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอด (Rychnovsky, 2007)

การศึกษาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการศึกษาพบเพียงการศึกษาในต่างประเทศของ ลอกส์ดอน (Logsdon, 2009) ที่พัฒนาแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ซึ่งเป็นการศึกษาในมารดาวัยรุ่นต่างประเทศที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อที่แตกต่างจากมารดาวัยรุ่นในประเทศไทย ซึ่งไม่สามารถนำมาเป็นข้อมูลสำหรับมารดาวัยรุ่นในประเทศไทยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทัศนคติการเป็นมารดาและความอ่อนล้า ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยเป็นสิ่งที่เกิดจากความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของมารดาที่มีอิทธิพลโดยตรง และอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น อีกทั้งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติการเป็นมารดาและความอ่อนล้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดโดยตรง นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ได้นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการวางแผนส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้า และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้าและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น



คำถามการวิจัย

1. ทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้า และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นเป็นอย่างไร
2. ทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้าและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้าและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดของ ลอกส์ดอน (Logsdon, 2009) ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น 6 ด้าน คือ การทำงานบ้าน การใช้เวลาว่าง การดูแลตนเอง การดูแลบุตร การศึกษา และการทำงาน และจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยทัศนคติการเป็นมารดาและความอ่อนล้า โดยทัศนคติการเป็นมารดาใช้แนวคิดของ ซอกกอล และคณะ (Sokol et al., 2014) และความอ่อนล้าของมารดาหลังคลอดตามแนวคิดของ พิวซ์ และ มิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าทั้งทัศนคติการเป็นมารดาและความอ่อนล้าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 6 ด้านของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กล่าวคือ หากมารดาที่มีความคิดและการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดาที่ดี และสามารถเผชิญกับความอ่อนล้าได้ดีน่าจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี ในทางตรงกันข้ามหากมารดาที่มีความคิดและการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดาที่ไม่ดี และไม่สามารถเผชิญกับความอ่อนล้าได้น่าจะทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีอายุระหว่าง 13-19 ปีภายหลังคลอดบุตรคนแรกที่มีอายุระหว่าง 4-6 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุระหว่าง 13-19 ปีภายหลังคลอดบุตรคนแรกที่มีอายุระหว่าง 4-6 สัปดาห์ ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด ณ โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำพูน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มารดาคลอดบุตรทางช่องคลอด 2) มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด 3) เลี้ยงบุตรด้วยตนเองตลอดระยะเวลา 4-6 สัปดาห์หลังคลอด 4) สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ที่สามารถใช้ประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการมีบุตร บุคคลที่ช่วยเหลือดูแลภายหลังคลอด

2. แบบประเมินทัศนคติการเป็นมารดาของ ซอกกอล และคณะ (Sokol et al., 2014) ฉบับภาษาไทย โดย อักษรณัฐ ภัคดีสมัย และคณะ (Pukdeesamai et al., 2015) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 6 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 0 คะแนน ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 5 คะแนน

3. แบบประเมินความอ่อนล้าของ พิวจ์ และคณะ (Pugh et al., 1999) ฉบับภาษาไทยโดย จรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่รู้สึกเลย ถึงรู้สึกมาก

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ดัดแปลงจากแนวคิดของ ลอกส์ดอน (Logsdon, 2009) โดย วรัญญา มุลธิโต และคณะ (Moortito et al., 2015) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การทำงานบ้าน การใช้เวลาว่าง การดูแลตนเอง การดูแลบุตร การทำงาน และการศึกษา โดยลักษณะแบบประเมินเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมด้านต่าง ๆ ข้อคำถามเป็นข้อคำถามด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินทัศนคติการเป็นมารดา แบบประเมินความอ่อนล้า และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .80, .96 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำพูน ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับ จะนำไปเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และการพยาบาลใด ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอดโดยแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ภายหลังได้รับการตรวจหลังคลอดเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ทราบ โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ หากพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และถามความสมัครใจในการตอบคำถามให้ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้าและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 14-19 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.68 ปี ($SD = 1.43$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 89.40 เกินกว่าครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.50 รองลงมา คือ นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 22.40 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 56.50 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 52.90 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 81.20 ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวางแผนการมีบุตร ร้อยละ 71.80 และมีบุคคลที่ช่วยเหลือดูแลบุตรและมารดาในระยะหลังคลอดบุตร ร้อยละ 83.50

ทัศนคติการเป็นมารดาของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนทัศนคติการเป็นมารดาโดยรวมอยู่ระหว่าง 9-56 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ย 35.72 ($SD = 9.81$) และกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการเป็นมารดาในทางลบ โดยมีทัศนคติการเป็นมารดาในทางลบ ร้อยละ 67.06 และในทางบวก ร้อยละ 32.94

ความอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความอ่อนล้าอยู่ในช่วง 31-93 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 50.71 ($SD = 16.66$) ซึ่งความอ่อนล้าอยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนล้าในระดับต่ำ ร้อยละ 78.82 รองลงมา มีความอ่อนล้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.65 และมีความอ่อนล้าในระดับสูง ร้อยละ 3.53

ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.94 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นโดยรวมเท่ากับ 2.95 ($SD = .25$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างในด้านการดูแลบุตร คิดเป็นร้อยละ 96.74 อยู่ในระดับมาก และการดูแลตนเอง คิดเป็นร้อยละ 63.53 อยู่ในระดับมาก ส่วนการทำงานบ้าน ร้อยละ 47.05 และการใช้เวลาว่าง คิดเป็นร้อยละ 43.53 อยู่ในระดับปานกลาง และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 29 ราย ที่มีกิจกรรมการศึกษาและการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 34.12

ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.214, p < .05$) และทัศนคติการเป็นมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่า Pearson's product moment correlation ระหว่าง ทัศนคติการเป็นมารดา ความอ่อนล้า และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 85$)

ตัวแปร	1	2	3
1. ทัศนคติการเป็นมารดา	1.000		
2. ความอ่อนล้า	.403**	1.000	
3. ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น	-.018	-.214*	1.000

* $p < .05$

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ทัศนคติการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่น

ในการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการเป็นมารดาเท่ากับ 35.72 คะแนน ($SD = 9.81$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.06 มีทัศนคติการเป็นมารดาอยู่ในทางลบ ทั้งนี้ทัศนคติการเป็นมารดาเป็นความเชื่อที่เกิดจากความคิดใน 3 องค์ประกอบ คือ ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้อื่น ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบของมารดา และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับบทบาทมารดา (Sokol et al., 2014) ซึ่งมี



ความสัมพันธ์กับประสบการณ์การเป็นมารดา และการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิต ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติการเป็นมารดาในทางลบ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทั้งมารดาวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลาย และมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.70) ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทสู่การเป็นมารดา อาจจะทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความสับสน และรู้สึกว่าตนเองต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านพัฒนาการของวัยรุ่น และการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดาไปพร้อม ๆ กัน (Crugnola, Ierardi, Gazzotti, & Albizzati, 2014) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยเรียน (ร้อยละ 17.65) ซึ่งเป็นวัยที่จะต้องมีการทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน มีความต้องการทางสังคม และต้องการความเป็นอิสระ แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา ในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นต้องทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร จึงทำให้มีความจำเป็นต้องหยุดเรียน หรือลาออกจากโรงเรียน ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้สึกว่าตนเองขาดความเป็นอิสระในชีวิต และมีความรู้สึกโดดเดี่ยวถูกแยกจากสังคม กลุ่มเพื่อน เนื่องจากมีการเลี้ยงดูบุตร (Birkeland, Thompson, & Phares, 2005)

การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก และร้อยละ 71.80 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ อาจทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกที่ตนเองขาดความมั่นใจ ขาดทักษะ ไม่มีประสบการณ์และความรู้เพียงพอในการดูแลบุตร (DeVito, 2010) เมื่อมารดาวัยรุ่นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตร จะรู้สึกไม่พึงพอใจต่อสิ่งที่ตนเองทำ และคิดว่าบุคคลอื่น ๆ จะมองว่าตนเองเป็นมารดาที่ไม่ดี ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ และทำให้รู้สึกที่ตนเองมีความล้มเหลวในทุก ๆ ด้านของการดำเนินชีวิต จึงส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีทัศนคติการเป็นมารดาในทางลบ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อักษราณัฐ ภักดีสมัย และคณะ (Pukdeesamai et al., 2015) ที่พบว่า มารดาครรภ์แรก ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อนมีทัศนคติการเป็นมารดาในทางลบ และการศึกษาของ ฟิกรูไลโด, เทนไดส์, และ ดิส (Figueiredo, Tendais, & Dias, 2014) พบว่า มารดาวัยรุ่นมีทัศนคติการเป็นมารดาในทางลบ และมีการปรับตัวตอบสนองบทบาทหน้าที่การเป็นมารดามากกว่ามารดาผู้ใหญ่ เนื่องจากมารดาวัยรุ่นต้องเผชิญปัญหาในการปรับตัวตอบสนองบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในหลาย ๆ อย่าง ตลอดจนภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกไม่มีความมั่นใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นเกิดทัศนคติการเป็นมารดาในทางลบ

ความอ่อนล้าของมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความอ่อนล้าเท่ากับ 50.71 คะแนน (SD = 16.66) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความอ่อนล้าในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 78.82 อธิบายได้ว่า มารดาหลังคลอดบุตร มักเกิดความอ่อนล้าเนื่องจากร่างกายสูญเสียพลังงาน น้ำ และเลือดจากการคลอด รวมทั้งการทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ (Pugh & Milligan, 1993) ซึ่งความอ่อนล้าในสัปดาห์แรกหลังคลอดมักอยู่ในระดับสูง และค่อยๆ ลดลงจนถึงระดับต่ำในช่วง 6-12 สัปดาห์ (Rychnovsky, 2007) โดยในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่ความอ่อนล้าเริ่มลดลง สำหรับมารดาวัยรุ่นที่ผ่านการคลอด และระยะหลังคลอดร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเจริญเติบโตของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งระบบฮอร์โมนจากการหลั่งของโกรทฮอร์โมน (growth hormone) ในวัยรุ่น จะช่วยควบคุมการเจริญเติบโต และการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วภายหลังการคลอดบุตร (Davidson, London, & Ladewig, 2012) จึงส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีความอ่อนล้าในระดับต่ำ อีกทั้งมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ร้อยละ 71.80 ไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน และการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.70 จึงทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกที่ตนเองเกิดความกังวล ขาดความมั่นใจ ขาดความรู้ และไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อน และเมื่อมีการตั้งครรภ์ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ตลอดจนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์ที่

ส่งผลทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความรู้สึกอ่อนล้าในช่วงหลังคลอดได้ (Pugh & Milligan, 1993)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ร้อยละ 56.50 จึงต้องรับผิดชอบการทำงานบ้านเกือบทั้งหมด ถึงแม้มารดาวัยรุ่นจะต้องรับผิดชอบการทำงานบ้าน แต่การไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านจึงทำให้มารดาวัยรุ่นมีเวลาในการพักผ่อนและการดูแลตนเองในช่วงหลังคลอดเพิ่มมากขึ้น ทำให้พบว่ามารดาวัยรุ่นมีความอ่อนล้าอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 81.20 และในช่วงหลังคลอด มารดาวัยรุ่นมีบิดามารดาหรือญาติให้ความช่วยเหลือมารดาและบุตรในระยะหลังคลอด ร้อยละ 83.50 จึงทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือในการดูแลบุตร ทำให้มารดาวัยรุ่นมีระดับความอ่อนล้าลดน้อยลง ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ จรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายในครอบครัวในระยะหลังคลอด เช่น สามีทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย สามีช่วยเหลือในการดูแลบุตร ทำให้มารดาหลังคลอดมีความอ่อนล้าในระยะหลังคลอดลดลง

ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นโดยรวมเท่ากับ 2.95 (SD = .25) อธิบายได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น มักเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการกลับคืนด้านร่างกายของมารดาให้กลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งการกลับคืนด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในช่วง 2-6 สัปดาห์แรกหลังคลอด (Cunningham et al., 2014) ซึ่งจะส่งผลทำให้ร่างกายของมารดามีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถปฏิบัติหน้าที่ของมารดาได้ตามปกติ (Tulman & Fawcett, 1988) แต่จากการศึกษาของ แมกซ์เวจห์ (McVeigh, 1997) พบว่า การกลับคืนของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอดได้อย่างสมบูรณ์นั้น ใช้ระยะเวลานานกว่า 6 สัปดาห์ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด อาจเป็นเวลาที่ร่างกายกำลังมีการกลับคืนในระยะหลังคลอด ซึ่งอาจเป็นระยะเวลาที่ยังไม่เพียงพอให้มารดาวัยรุ่นมีการกลับคืนของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ จึงส่งผลทำให้มารดาวัยรุ่นมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 89.40 อยู่ในครอบครัวที่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 81.20 อีกทั้งมารดาวัยรุ่นมีบุคคลช่วยเหลือมารดาและบุตรในระยะหลังคลอด ร้อยละ 83.50 ซึ่งตามบริบทของครอบครัวไทย ส่วนใหญ่จะมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ที่มีสมาชิกภายในครอบครัวอยู่ร่วมกันหลายคน (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security, 2013) ทำให้บุคคลที่อยู่ร่วมกันมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและดูแลซึ่งกันและกัน พบว่ามารดาวัยรุ่นที่รู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดาได้ (Wahn, Nissen, & Ahlberg, 2005)

ความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้ากับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.214, p < .05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความอ่อนล้าระดับต่ำ จะมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาในระดับสูง อธิบายได้ว่า ความอ่อนล้าในระยะหลังคลอด เป็นภาวะไม่สบาย อ่อนเพลีย และหมดเรี่ยวแรง เกิดจากการที่ร่างกายของมารดาสูญเสียพลังงานจากการคลอดบุตร ซึ่งความอ่อนล้าสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังคลอดจนถึง 6 สัปดาห์ (Pugh & Milligan, 1993) โดยในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนการตั้งครรภ์ และในด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาที่มีภาระความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ทำให้



มารดาเกิดความอ่อนล้าในระยะหลังคลอดได้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาวัยรุ่น มีอายุเฉลี่ย 17.68 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว จึงทำให้สามารถฟื้นฟูและซ่อมแซมให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติก่อนการตั้งครรภ์ได้อย่างรวดเร็ว และเป็นช่วงที่ร่างกายเริ่มมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ จึงทำให้ความอ่อนล้าของมารดาวัยรุ่นน้อย ๆ ละครดับลง (Gardner, 1991) ซึ่งถ้ามารดาที่มีความอ่อนล้าในระดับต่ำ จะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาได้ตามปกติ (Fawcett et al., 1988) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ แมคโดนัล (MacDonald, 2011) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีความอ่อนล้าอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลให้มารดาที่มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับสูง การศึกษาของ ริชโนฟสกี (Rychnovsky, 2007) พบว่า มารดาวัยรุ่นในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอด และการศึกษาของ ทัลแมน, ฟาวเซต, กรอเบเลวสกี, และซิลเวอร์แมน (Tulman, Fawcett, Groblewski, & Silverman, 1990) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีความอ่อนล้าในระดับต่ำ จะส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการเป็นมารดาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ทัศนคติการเป็นมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น หมายความว่า ไม่ว่าทัศนคติการเป็นมารดาของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ ไม่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ถึงแม้จะมีการศึกษาทัศนคติการเป็นมารดา ที่พบว่า ทัศนคติการเป็นมารดาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (Walker et al., 1986) และทัศนคติการเป็นมารดา เป็นตัวชี้วัดถึงเอกลักษณ์และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และหากมารดามีการแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี จะส่งผลถึงความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอดได้อีกด้วย (Shin & White, 2007) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ของทัศนคติการเป็นมารดาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความอ่อนล้า
2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการนำผลการวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ไปเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ ตระหนักถึงความสำคัญของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับมารดาวัยรุ่น เช่น สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะการเป็นมารดา เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อศึกษาการกลับคืนของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่อย่างสมบูรณ์ของมารดาวัยรุ่น
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการเป็นมารดาและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นซ้ำอีกครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแหล่งทุน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



References

- Birkeland, R., Thompson, J. K., & Phares, V. (2005). Adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 292-300.
- Crugnola, C. R., Ierardi, E., Gazzotti, S., & Albizzati, A. (2014). Motherhood in adolescent mothers: Maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months. *Infant Behavior & Development*, 37, 44-56.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw Hill.
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. W. (2012). *Olds' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan*. Boston: Pearson.
- DeVito, J. (2010). How adolescent mothers felt about becoming a parent. *The Journal of Perinatal Education*, 19(2), 25-34.
- Fawcett, J., & Tulman, L. (1990). Functional status during pregnancy and the postpartum: A framework for research. *Journal of Nursing Scholarship*, 23, 191-194.
- Fawcett, J., Tulman, L., & Myers, S.T. (1988). Development of the inventory of functional status after childbirth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 33, 252-260.
- Figueiredo, B., Tendais, I., Dias, C. C. (2014). Maternal adjustment and maternal attitudes in adolescent and adult pregnant women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(4), 194-201.
- Gardner, D.L. (1991). Fatigue in postpartum women. *Applied Nursing Research*, 4(2), 57-62.
- Logsdon, M. C. (2009). Initial psychometric properties of the inventory of functional status after childbirth-revised for adolescents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 346-356.
- MacDonald, I. B. (2011). *Physical activity and postpartum functional status in primiparous women*. Retrieved from http://www.qspace.library.queensu.ca/bitstream/1974/6812/1/Barbacsy-MacDonald_lbo_201109_MSc.pdf
- McVeigh, C. (1997). An Australian study of functional status after childbirth. *Midwifery*, 13, 172-178.
- Moortito, W., Sriarporn, P., & Baosoung, C., (2015). Postpartum depression, social support, and functional status among adolescent mothers. *Nursing Journal*, 44(2), 19-29. (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security. (2013). *The situation of childbirth among Thai adolescents in 2013*. Nonthaburi: Ministry of Interior. (in Thai)
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Posmontier, B. (2008). Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *Journal Midwifery Women Health*, 53(4), 310-318.



- Pukdeesamai, A., Sriarporn, P., & Xuto, P. (2015). Factors predicting postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal*, 44(3), 19-29. (in Thai)
- Pugh, L. C., & Milligan, R. (1993). A framework for study of childbearing fatigue. *Advanced Nursing Science*, 15(4), 60-70.
- Pugh, L. C., Milligan, R., Parks, P. L., Lenz, E. R., & Kitzman, F. H. (1999). Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28, 74-80.
- Rychnovsky, J. (2007). Postpartum fatigue in the active-duty military woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(1), 38-46.
- Secco, M. L., & Moffat, M. E. K. (2003). Situational maternal and infant influences on parenting stress among adolescent mother. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 26(2), 103-122.
- Shereshesky, P. M., & Yarrow, L. J. (1973). *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation*. New York: Raven Press.
- Shin, H. & White, R. (2007). The conceptual of transition to motherhood in neonatal intensive care unit. *Journal of Advance Nursing*, 58(1), 90 – 98.
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J.P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 199-212.
- Theerakulchai, J., 2004. Factors related to fatigue and fatigue management in postpartum Thai women. *Journal of Nursing and Health Research*, 8(3), 23-34. (in Thai)
- Tulman, L., & Fawcett, J. (1988). Return of functional ability after childbirth. *Nursing Research*, 37(2), 77-81.
- Tulman, L., Fawcett, J., Groblewski, L., & Silverman, L. (1990). Changes in functional status after childbirth. *Nursing Research*, 39(2), 70-75.
- Wahn, E. H., Nissen, E., & Ahlberg, B. M. (2005). Becoming and being a teenage mother. *Health Care for Women International*, 26(7), 591-603.
- Walker, L.O., Crain, H., & Thompson, E. (1986). Maternal role attainment and identity in the postpartum period: Stability and change. *Nursing Research*, 35, 68-71.
- World Health Organization. (2014). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>



The Development of a Bachelor of Nursing Science Outcome-Based Education
Program: Faculty of Nursing, Chiang Rai College
การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามแนวทางการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์:
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

พัชรินทร์	เงินทอง*	Patcharin	Ngoenthong*
วรรณ	สุภาตา**	Waravan	Supata**
สิรภพ	ช่างเพียร**	Siraphop	Changpean**
ปาริชาติ	ปัญญา**	Parichat	Panya**
คณินิจ	เพชรรัตน์**	Khanuengnit	Phetcharat**
ญาณชฌาน	แก้วตา**	Yanutcha	Kaewta**
ธันยรัตน์	ชัยศิริภูวตล**	Thanairat	Chaisiriphuwadol**

Abstract

The changes in social, economic and health problems require a change in strategies in order to obtain graduates with appropriate competencies. Outcome-based education is a teaching method that focuses on the outcomes of graduated nurses based on curriculum objectives. In addition, it is responsive to stakeholders and social needs. This article's objective is to develop a Bachelor of Nursing Science outcome-based education program at the Faculty of Nursing, Chiang Rai College. Outcome-based education involves a key step: identification of graduates' characteristics or qualifications, which are informed by analysis of stakeholder preferences and needs, as well as the vision, mission, and philosophy of the College and Faculty of Nursing, which define course objectives, learning outcomes, and expected learning outcomes. Another important step considers the management of teaching and learning activities that will enable students to achieve the desired outcomes in addition to the measurement of achievement in which each process must have a corresponding connection in order to obtain graduates with competencies that meet the requirements of the institution.

Keywords: Curriculum development; Outcome-based education; Bachelor's degree of nursing, Chiang Rai College

* Corresponding Author, Lecturer of Faculty of Nursing, Chiang Rai College; e-mail: patcharin.ngoenthong@crc.ac.th

** Lecturer of Faculty of Nursing, Chiang Rai College



บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาทางสุขภาพ ทำให้การผลิตบัณฑิตพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีสมรรถนะที่เหมาะสม การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์เป็นการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบัณฑิตตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ซึ่งสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและสังคมได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกระบวนการในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามแนวทางการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การระบุลักษณะหรือคุณสมบัติของบัณฑิตซึ่งได้ข้อมูลมาจากการวิเคราะห์ความพึงพอใจและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญา ของวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ การกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ผลการเรียนรู้ในระดับหลักสูตร และผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง ขั้นตอนที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการออกแบบหลักสูตรที่ต้องคำนึงถึงการจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมที่จะทำให้ นักศึกษาบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ และการวัดผลสัมฤทธิ์ ซึ่งในแต่ละกระบวนการต้องมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกัน ทั้งนี้เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีสมรรถนะตรงตามที่สถาบันต้องการ

คำสำคัญ: การพัฒนาหลักสูตร การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยเชียงราย

* ผู้เขียนหลักอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: patcharin.ngoenthong@crc.ac.th

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

วันที่รับบทความ 18 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 1 กรกฎาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 11 กรกฎาคม 2565



บทนำ

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและจัดบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน อย่างไรก็ตามปัญหาการขาดแคลนพยาบาลยังมีอย่างต่อเนื่องจากหลายปัจจัย ในขณะที่มีความต้องการพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น การผลิตบัณฑิตพยาบาลจึงมีความสำคัญในการสนับสนุนระบบสุขภาพในประเทศไทย (Sawaengdee, 2017)

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ได้เปิดดำเนินการหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในการผลิตพยาบาลวิชาชีพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและแก้ปัญหาความขาดแคลนพยาบาล โดยการให้โอกาสและพัฒนาพื้นฐานการศึกษาแก่ชาวเชียงราย ประชาชนในอนุภาคลุ่มน้ำโขง และผู้ที่สนใจ ซึ่งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการอุดมศึกษาเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 จากนั้นสภาการพยาบาลโดยคณะกรรมการสภาการพยาบาลได้มีมติให้ความเห็นชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2550 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย มีพันธกิจในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะทางวิชาชีพ ประกอบด้วยการประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลภาวะสุขภาพของบุคคลอย่างเป็นองค์รวมและสามารถบูรณาการความรู้กับการวิจัย รวมถึงการใช้ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน มีทักษะในศตวรรษที่ 21 มีคุณธรรมจริยธรรมด้านความมีวินัย ความรับผิดชอบ และจิตสาธารณะ โดยได้ทำการจัดการเรียนการสอนและปรับปรุงหลักสูตรตามรอบทุก 5 ปีการศึกษามาจนถึงปัจจุบัน (Chiang Rai College, 2022)

จากสถานการณ์ภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านของปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างในครัวเรือน จากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยว และการเข้าสู่ยุคระบบเศรษฐกิจและสังคมแบบดิจิทัล (Thailand 4.0) ส่งผลให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงตามเทคโนโลยี มีการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมปัญหาทางสุขภาพ ได้แก่ โรคติดต่อที่ไม่เรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2566 รวมถึงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส หรือโควิด-19 ที่แพร่กระจายไปทั่วโลกทำให้เกิดความขาดแคลนอัตรากำลังในการให้การดูแลผู้ป่วย จากประเด็นดังกล่าวส่งผลให้ความต้องการบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะทางวิชาชีพมากขึ้น (Chiang Rai College, 2022)

การออกแบบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จึงต้องมีความทันสมัยและสอดคล้องกับสภาพปัญหาทางสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจที่มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา แนวคิดการพัฒนาหลักสูตรในช่วงที่ผ่านมาเป็นการกำหนดลักษณะรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ มุ่งเน้นการวางกรอบสำหรับผู้สอนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เพื่อให้ทราบว่าผู้สอนจะดำเนินการสอนสิ่งใดให้กับผู้เรียนและใช้ผลการสอบเป็นตัวตัดสินประสิทธิภาพของการสอน อย่างไรก็ตามผลของคะแนนสอบไม่ได้สะท้อนความสามารถ ทักษะ หรือการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลของนักศึกษา (Khanna, & Mehrotra, 2019) คุณสมบัติของบัณฑิตที่ต้องการในปัจจุบันต้องสามารถปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ มีทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill set) ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ และทักษะในการปฏิบัติทั่วไปที่สามารถปฏิบัติได้เอง โดยผู้ใช้บัณฑิตและสังคมคาดหวังว่าเมื่อบัณฑิตเริ่มปฏิบัติงานจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเชี่ยวชาญ นอกจากนี้ในปัจจุบันที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 การดูแลผู้ป่วยและรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยในยุคปกติวิถีใหม่ที่ต้องจำกัดผู้ดูแลผู้ป่วย การออกแบบหลักสูตรให้สอดคล้องต่อผลลัพธ์ที่ต้องการจึงมีความสำคัญดังนั้นจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการศึกษาเพื่อให้บัณฑิตพยาบาลมีความสามารถและสมรรถนะเป็นที่ต้องการของสังคม (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021)



การออกแบบหลักสูตรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตโดยการมุ่งที่ผลลัพธ์เรียกว่า การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ (Outcome- Based Education) การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์จะช่วยให้การส่งเสริมสมรรถนะทางวิชาชีพประกอบไปด้วยความรู้ ทักษะและความสามารถในการประยุกต์ใช้เพื่อต่อยอดเป็นสมรรถนะของบัณฑิต เป็นการเรียนรู้โดยมุ่งเน้นความรู้ความสามารถของผู้เรียนแบบเฉพาะเจาะจง โดยการกำหนดสมรรถนะและทักษะที่ผู้เรียนต้องปฏิบัติและออกแบบการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการ (Premalatha, 2019) แม้ว่าการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์อาจไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับต่างประเทศแต่ยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับหลายสถาบันทางการพยาบาล

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอขั้นตอนและกระบวนการในการพัฒนาหลักสูตรที่มุ่งผลลัพธ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เพื่อนำเสนอหลักคิดและเป็นแนวทางสำหรับการนำไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรโดยผ่านการนำเสนอกระบวนการพัฒนาหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงรายซึ่งได้รับการอนุมัติจากสภาการพยาบาลวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

หลักคิดการออกแบบหลักสูตร

หลักสูตร (Curriculum) เป็นการจัดการประสบการณ์การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ให้กับผู้เรียนเพื่อให้เกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ ดังนั้นหลักสูตรจึงเป็นหัวใจในการจัดการศึกษา การออกแบบหลักสูตรในอดีตมุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนโดยการตั้งจุดมุ่งหมายทางการศึกษาที่สถาบันต้องการและวางแผนการจัดการประสบการณ์ทางการศึกษาให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้ (Tyler, 1949) ในการออกแบบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นอกจากสภาการพยาบาลเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการกำกับจัดการศึกษาทางการพยาบาลในประเทศไทยแล้ว ยังมีสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษากำกับดูแล โดยมีมาตรฐานที่เกี่ยวกับการผลิตบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติเป็นการประกันคุณภาพบัณฑิตที่มุ่งหวังให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ คุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับบัณฑิตพยาบาลยังมีด้านที่ 6 คือ ทักษะทางวิชาชีพ ดังนั้นหลักคิดในการออกแบบจึงมุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติให้สอดคล้องกับปรัชญาของการอุดมศึกษา ปรัชญาของสถาบันอุดมศึกษา ข้อกำหนดสภาการพยาบาลมาบูรณาการ รวมถึงวิสัยทัศน์พันธกิจและวัตถุประสงค์ของสถาบัน (Kaewsarn, Tubtheing, & Thongkumrod, 2016)

การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ (Outcome- Based Education)

การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์เป็นการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยมีหลักปรัชญาว่า การศึกษาควรมีจุดมุ่งหมายในการผลิตนักศึกษาที่มีความรู้ความสามารถที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและสถาบัน เป็นการตั้งคำถามว่าผู้เรียนได้เรียนรู้และเข้าใจอะไรมากกว่าการตอบคำถามว่าผู้สอนได้สอนอย่างไร การจัดหลักสูตรแบบมุ่งผลลัพธ์นี้ใช้ผลลัพธ์ที่หลักสูตรต้องการในการกำหนดกลยุทธ์ในการสอน ประสบการณ์ในการเรียนรู้และวิธีการประเมินผล (Gurukkal, 2020) ซึ่งมีลักษณะสำคัญ การจัดการเรียนการสอนที่มุ่งผลลัพธ์ ได้แก่ การออกแบบหลักสูตรแบบการมุ่งเน้นผลผลิตสุดท้าย (Backwards curriculum design) ผู้ออกแบบหลักสูตรต้องกำหนดเป้าหมายสุดท้ายของการจัดการเรียนการสอนและผลลัพธ์ที่ต้องการให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมเมื่อสำเร็จการศึกษา การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์เป็นแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพของบัณฑิตในระดับอุดมศึกษาเพื่อให้บัณฑิตมีคุณสมบัติในการประกอบวิชาชีพและเป็นผู้ที่มีคุณภาพในระดับสากล เป็นการจัดการศึกษาที่ออกแบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังจะให้ผู้เรียนบรรลุเมื่อจบหลักสูตร โดยมีการใช้กลยุทธ์การสอน

การประเมินผล การจัดสิ่งแวดล้อมในการศึกษาตามบริบทของผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ (Thadakant, 2020) การจัดการศึกษาจึงต้องกำหนดสมรรถนะบัณฑิตและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ปรับกลยุทธ์การสอนและการวัด และประเมินผลที่มุ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน แนวคิดพื้นฐานของการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์เป็นการมุ่งเน้นผลผลิตสุดท้าย (end products) โดยการออกแบบหลักสูตรจะเน้นให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้จนเกิดความเข้าใจ และได้รับประสบการณ์ที่จำเป็นและเหมาะสมเพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และบรรลุผลการเรียนรู้ที่พึงประสงค์ (intended learning outcome) หรือผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง (expected learning outcomes) ผลการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในรายวิชา (course learning outcomes) และผลการเรียนรู้ในหลักสูตร (Program learning outcomes) โดยผู้ออกแบบหลักสูตรต้องกำหนดวิธีการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผลให้เหมาะสม และสอดคล้องกับผลการเรียนรู้ (Jinruang, Naraphong, & Nithitanitwat, 2018)

การออกแบบหลักสูตรต้องใช้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตร ประกอบด้วย 1) กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2560 2) ประกาศ กกอ. เรื่องแนวทางปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2560 3) มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560 4) ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวชิการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพ 5) เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรีของ สกอ. 6) ผลการทวนสอบมาตรฐานผลการเรียนรู้ระดับหลักสูตร ประกอบด้วย ผลการประเมินบัณฑิตจากผู้ใช้บัณฑิตและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และข้อมูลการทำงานของบัณฑิต 7) ผลการประเมินและวิเคราะห์หลักสูตร 2560 ทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต 8) ข้อมูลอื่น ๆ เช่น ความต้องการของสังคมและตลาดแรงงาน ความก้าวหน้า แนวโน้มของวิชาชีพและวิชาการ ปรัชญาการศึกษา (ปรัชญาทางการพยาบาลและการจัดการศึกษา) เป็นต้น ทั้งนี้หลักสูตรต้องระบุที่มาของคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตรงกับความต้องการของผู้ประกอบการที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหลักสูตร (ผลการประเมินคุณภาพบัณฑิต) และรายงานวิธีการจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์กำหนดผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร

การออกแบบหลักสูตรในอดีตที่ผ่านมาแม้ว่าจะเป็นแนวคิดการให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (students center) แต่การจัดการเรียนการสอนมุ่งเน้นให้ผู้สอนบรรลุวัตถุประสงค์การสอนที่ตั้งไว้ (teachers led teaching) โดยมีเป้าหมายให้ผู้เรียนได้รับความรู้ตรงตามวัตถุประสงค์และใช้การสอบเป็นการประเมินผลการสอน อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของหลักสูตรได้แก่ ความไม่ชัดเจนของสมรรถนะทางวิชาชีพของนักศึกษา เนื่องจากระดับคะแนนไม่สามารถบอกถึงสมรรถนะและความสามารถของนักศึกษาได้ทั้งหมด ในขณะที่มีความต้องการบัณฑิตที่มีสมรรถนะทางวิชาชีพมากขึ้น (Khanna, & Mehrotra, 2019)

การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์กับการจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

การเรียนการสอนของพยาบาลมีความต้องการใช้สมรรถนะในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพเป็นอย่างมาก แต่พบว่าบัณฑิตพยาบาลเมื่อเข้าสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพยังขาดทักษะความสามารถในการนำความรู้ไปปฏิบัติซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการให้บริการทางการแพทย์ การจัดการศึกษามุ่งผลลัพธ์ในการจัดการศึกษา เป็นการปฏิรูปการเรียนการสอนเพื่อให้บัณฑิตพยาบาลมีความสามารถเป็นแนวทางที่เน้นผลลัพธ์ของการออกแบบหลักสูตร การวัดพฤติกรรม ความรู้ การกระทำและทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาล (Tan, Chan, Subramaniam, & Ping, 2018) การจัดการเรียนการสอนแบบการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์มุ่งเน้นในผลลัพธ์สุดท้ายว่าผู้เรียนได้เรียนรู้อะไร มีความเข้าใจอย่างไร สามารถสาธิตหรือนำมาปรับใช้ได้อย่างไร (Singh & Ramya, 2011) ตัน และคณะ (Tan et al., 2018) ศึกษาผลลัพธ์การออกแบบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยใช้การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ พบว่าการ

กำหนดผลลัพธ์ที่สถาบันต้องการและจัดการเรียนการสอนเพื่อตอบสนองผู้เรียนให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการส่งผลต่อความรู้ของผู้เรียนและทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจง รวมถึงความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอน

ประเทศไทย การออกแบบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตแบบการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ยังเป็นเรื่องใหม่ เนื่องจากในอดีตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมักใช้วิธีการที่แตกต่างกัน เช่น การใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based learning) หรือความสามารถเป็นฐาน (Competency based learning) แนวคิดและองค์ประกอบสำคัญของสมรรถนะบัณฑิตพยาบาล (Jinruang et al., 2018) ประกอบด้วย 1) ต้องสามารถนำความรู้และความเข้าใจในวิชาพื้นฐานที่หลากหลายมาบูรณาการในศาสตร์ทางการแพทย์ได้ 2) ต้องมีทักษะในด้านภาวะผู้นำ การพัฒนาคุณภาพภายใต้ความปลอดภัยของผู้ป่วย 3) มีความเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ 4) มีความสามารถในการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูลผู้ป่วย 5) มีความรู้เรื่องนโยบายสุขภาพ กฎหมายหรือปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการทางสุขภาพ 6) มีความสามารถในการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพ 7) มีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 8) มีคุณธรรมจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และ 9) สามารถให้บริการการพยาบาลในทุกช่วงวัยของชีวิตที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะทางวิชาชีพที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้

สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะที่ต้องการโดยการกำหนดเป็นคุณลักษณะตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 เน้นความรอบรู้ในศาสตร์ทางการแพทย์ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล การสื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การคิดอย่างเป็นระบบ ความรู้ความสามารถในการด้านเทคโนโลยีดิจิทัล การใช้กระบวนการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรม การแสดงภาวะผู้นำ การมีคุณธรรมจริยธรรม มีความสนใจใฝ่รู้ สามารถใช้การวิเคราะห์เชิงตัวเลขและการใช้สถิติ การมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ เป็นพลเมืองที่ดี และสามารถปฏิบัติงานสภาพการณ์ความแตกต่างทางวัฒนธรรม

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ภายนอกที่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนหลักสูตร ได้แก่ ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป สถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ และความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและสังคม ซึ่งปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมปัจจุบันส่งผลต่อความต้องการการใช้บัณฑิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยทำให้ประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2566 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2019) ปัญหาของโรคระบาด เช่น การติดเชื้อโคโรนาไวรัสหรือโควิด-19 ทำให้วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไปทั้งในส่วนของความต้องการการดูแลส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน สำหรับสถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว (technology disruption) ทำให้เกิดความผันผวนของสภาพแวดล้อมทางธุรกิจ เศรษฐกิจทั้งภายในและภายนอกประเทศ นอกจากนี้ยังมีการย้ายถิ่นฐานหรือแรงงานข้ามชาติยังส่งต่อการพิจารณาหลักสูตร เช่นเดียวกันกับความต้องการการใช้บัณฑิตที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมซึ่งเป็นผลจากสถานการณ์ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถปฏิบัติงานได้จริง มีความรู้และทักษะความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และชุมชน มีความสามารถในการสื่อสาร สามารถให้บริการทางสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรม และทันต่อเหตุการณ์

**กระบวนการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามแนวทางการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์**

กระบวนการพัฒนาหลักสูตรซึ่งสามารถสรุปเป็นกระบวนการเรียกว่า Constructive Alignment ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์และผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง การประเมินผู้เรียนตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน (Thadakant, 2020) ซึ่งในการพัฒนาต้องนำข้อมูลสำหรับการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์และออกแบบสมรรถนะของบัณฑิตในแต่ละชั้นปีและสมรรถนะที่บัณฑิตเมื่อสำเร็จการศึกษา โดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (Program Education Objectives: PEOs) ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (Program Learning Outcomes: PLOs) เชื่อมโยงความสอดคล้องและพัฒนา (Sub-expected Learning Outcomes: sub ELOs) เพื่อนำไปสู่การจัดการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชา (Course Learning Outcomes: CLOs) โดยการพัฒนาหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงรายมีกระบวนการพัฒนาดังนี้

1. การระบุลักษณะหรือคุณสมบัติของบัณฑิต วัตถุประสงค์ของหลักสูตร (Program Education Objectives: PEOs) และผลการเรียนรู้ในระดับหลักสูตร (Program Learning Outcomes: PLOs)

1.1 การระบุผลลัพธ์เมื่อบัณฑิตจบการศึกษาจากหลักสูตร ได้แก่ การระบุลักษณะหรือคุณสมบัติของบัณฑิต เป็นการระบุผลลัพธ์เมื่อบัณฑิตจบการศึกษาจากหลักสูตรจะมีลักษณะอย่างไร โดยการกำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่ต้องการให้ชัดเจน รวมถึงความสามารถหรือทักษะที่สอดคล้องกับหลักสูตร เพื่อกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (Program Education Objectives: PEOs) การได้มาซึ่งวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ต้องนำข้อมูลมาพิจารณาหลายด้าน เช่น ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ นักศึกษา อาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต และกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ เป็นต้น คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงรายเริ่มการออกแบบและพัฒนาหลักสูตรโดยการนำข้อมูลสำหรับการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเข้ามาพิจารณาเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร โดยมุ่งเน้นสมรรถนะ ทักษะคตินักศึกษาเมื่อสิ้นสุดการศึกษาจากหลักสูตร

ตารางที่ 1 ตัวอย่างวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นในการพัฒนาหลักสูตร

ลำดับ	วัตถุประสงค์ของหลักสูตร (Program Education Objectives)
	ภายหลังการจบหลักสูตร บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จะมีลักษณะดังนี้
1	มีความรู้ในศาสตร์ทางการแพทย์ การผดุงครรภ์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และสามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
2	มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การใช้กระบวนการพยาบาล การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และคำนึงถึงความปลอดภัย ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กับประชาชนทุกช่วงวัย ทั้งที่มีสุขภาพดี มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพกายและจิตสังคมโดยบูรณาการความแตกต่างทางวัฒนธรรม

1.2 การระบุผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับหลักสูตร ผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับหลักสูตร (PLOs) หมายถึง ผลของการเรียนที่เป็นเกณฑ์บ่งชี้ลักษณะเฉพาะของนักศึกษาหรือการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเรียนรู้ที่สถาบันกำหนดไว้ ซึ่งการได้มาซึ่งการกำหนดผลการเรียนรู้ในระดับหลักสูตรเป็นการกำหนดสิ่งที่ต้องการวัดผลจริงและต้องสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (PEOs) เป็นการกำหนดผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง (Expected Learning Outcomes: ELOs) ซึ่งจะกำหนดว่าบัณฑิตสามารถทำอะไรได้บ้าง โดยเขียนในลักษณะของกิริยา เช่น ประยุกต์ใช้ แสดงออก คิดอย่างเป็นระบบ แสดงภาวะผู้นำ เป็นต้น ทั้งนี้สามารถจำแนกออกเป็น specific



learning outcome ได้แก่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจงของหลักสูตร เช่น สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ และ generic learning outcome ได้แก่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ทั่วไปของหลักสูตร เช่น มีคุณธรรมจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นต้น

ตารางที่ 2 ตัวอย่างผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับหลักสูตร (Program Learning Outcomes: PLOs)

ลำดับ	ผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับหลักสูตร (Program Learning Outcomes)
เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนของหลักสูตรบัณฑิตสามารถ	
1	ประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ทางการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ในการปฏิบัติการพยาบาลได้
2	มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การใช้กระบวนการพยาบาล การใช้อย่างสมเหตุสมผล และคำนึงถึงความปลอดภัย ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ กับประชาชนทุกช่วงวัย ทั้งที่มีสุขภาพดี มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพกายและจิตสังคมโดยบูรณาการความแตกต่างทางวัฒนธรรม

1.3 การกำหนดสมรรถนะของนักศึกษาแต่ละชั้นปี โดยการนำผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับหลักสูตรมา กำหนดสมรรถนะที่ต้องการในแต่ละชั้นปีโดยต้องตรวจสอบความสอดคล้องและเชื่อมโยงของวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (PEOs) และผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับหลักสูตร (PLOs)

ตาราง 3 ตัวอย่างการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังรายชั้นปี (Year Learning Outcome, YLOs) หลังจากได้ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร (PLOs)

ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนของหลักสูตรบัณฑิตสามารถ			
อธิบายความรู้ศาสตร์ทางการพยาบาล	1. อธิบายความรู้ศาสตร์ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2. ประยุกต์ใช้ความรู้ศาสตร์ทางการพยาบาลในการพยาบาลพื้นฐาน	1. ประยุกต์ใช้ความรู้ศาสตร์ทางการพยาบาลในการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการเด็กวัยรุ่น และผู้ใหญ่ ผู้รับบริการทุกช่วงวัยที่มีสุขภาพจิตดี และมีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้รับบริการในชุมชน ทุกช่วงวัยและทุกภาวะสุขภาพ....	1. ประยุกต์ใช้ความรู้ทางการพยาบาลในการวินิจฉัยและรักษาโรคเบื้องต้นได้....

1.4 ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับหลักสูตร ซึ่งในการออกแบบหลักสูตรต้องตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (PEOs) และผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรที่คาดหวัง (PLOs) และ ความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (PLOs) ตามตารางที่ 4 และผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี (TQF) ตามตารางที่ 5 เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถวัดผลได้อย่างครอบคลุม



ตารางที่ 4 ตัวอย่างการตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (PEOs) และผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรที่คาดหวัง (PLOs)

PEOs	PLOs									
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
มีความรู้ในศาสตร์ทางการแพทย์ การผดุงครรภ์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และสามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	/	/	/				/			

ตารางที่ 5 ตัวอย่างการตรวจสอบความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (PLOs) และผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี (TQF)

ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร (PLOs)	ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี (TQF)					
	คุณธรรมจริยธรรม	ความรู้	ทักษะทางปัญญา	ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	ทักษะการปฏิบัติงานวิชาชีพ
PLOs 1 อธิบายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทั่วไป วิทยาศาสตร์พื้นฐานและ วิทยาศาสตร์ สุขภาพ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ		/	/		/	

2. การออกแบบหลักสูตร (Curriculum development)

การออกแบบหลักสูตรใช้รูปแบบ Backwards Curriculum Design เมื่อกระบวนการในการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน กำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร และผลการเรียนรู้ในระดับหลักสูตรเสร็จสิ้นแล้ว จากนั้นจึงออกแบบโครงสร้างหลักสูตรหรือกลยุทธ์ในการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลให้สอดคล้องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ (ตารางที่ 6) และการนำผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังลงสู่การจัดทำแผนการเรียนรู้อิงผู้เรียนโดยพิจารณาจากคำอธิบายรายวิชาและกำหนดข้อย่อยในสิ่งจะวัด และกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (Course Learning Outcome)



ตารางที่ 6 ตัวอย่างการกำหนดกลยุทธ์การสอนและการวัดและประเมินผล

ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร	กลยุทธ์การสอน	กลยุทธ์การวัดและประเมินผล
PLO1 อธิบายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทั่วไป วิทยาศาสตร์ พื้นฐานและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทักษะทางภาษาไทย และภาษาอังกฤษ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	1. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการอภิปรายร่วมกันในชั้นเรียนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง 2. จัดการเรียนการสอนแบบ active learning 3. การเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการมอบหมายงานให้ทำรายงานเพิ่มเติม 4. นำเสนอรายงานด้วยสื่อสารสนเทศที่หลากหลายโดยใช้ภาษาทางวิชาการ 5. จัดบรรยายโดยวิทยากรภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ตรงตามสาขาวิชา	1. การสอบวัดความรู้โดยการให้ข้อสอบทั้งอัตนัยและปรนัย 2. การสังเกตและการประเมินพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็นหรือร่วมอภิปรายในประเด็นต่าง ๆ 3. การประเมินจากรายงาน งานที่ได้รับมอบหมาย หรือรายงานการศึกษาค้นคว้า 4. แบบประเมินการนำเสนอรายงาน 5. แบบประเมินตนเองของนักศึกษา เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการสะท้อนคิด

3. การออกแบบแผนการเรียนรู้ของผู้เรียน (Course Learning Outcome: CLOs)

จาก PEOs, PLOs และ YLOs ที่กำหนดขึ้นทำให้สถาบันได้นำมาพิจารณาความรู้ ทักษะเฉพาะและทักษะทางสังคมหรือคุณลักษณะอุปนิสัยที่นักศึกษาจะต้องได้รับการส่งเสริมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ การออกแบบแผนการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นการนำแผนพัฒนาหลักสูตรลงสู่การจัดการเรียนการสอน โดยแบ่งเป็นวิชาพื้นฐานวิชาชีพ (fundamental modules) วิชาหลัก (core modules) และวิชาเลือก (electronic modules) ซึ่งต้องมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอน (learning activity) และวิธีการวัดและประเมินผลนักศึกษา (Assessment) เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่สถาบันต้องการ โดยกำหนดผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชาที่เหมาะสมต่อสมรรถนะที่ต้องการของแต่ละชั้นปี และกำหนดรหัสสำหรับทักษะความรู้ ทักษะเฉพาะ และความสามารถเชิงสมรรถนะ (knowledge, specific skills and soft skill) เพื่อนำไปกำหนดความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังและนำลงสู่แต่ละรายวิชา (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ตัวอย่างการกำหนดรหัสเพื่อกำหนดความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังและนำลงสู่แต่ละรายวิชา

K	ความรู้	SpS	Specific Skills	SS	Soft skill
K1	การใช้เหตุผลและปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	SpS1	ปฏิบัติการพยาบาลตามจริยธรรม กฎหมาย และพรบ.วิชาชีพ	SS1	communication skill (Verbal, non- Verbal, one-way, two-way communication, relationship)



เมื่อกำหนดรหัสสำหรับทักษะความรู้ ทักษะเฉพาะ และความสามารถเชิงสมรรถนะเสร็จสิ้นแล้ว จะเป็นกระบวนการในการนำรหัสต่าง ๆ มาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังว่าในแต่ละข้อมีความต้องการทักษะความรู้ ทักษะเฉพาะ และความสามารถเชิงสมรรถนะอย่างไรเพื่อให้ง่ายและชัดเจนต่อการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังของแต่ละรายวิชา (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ตัวอย่างการกำหนด Expected learning outcomes and requirements of achievement

PLOs	Requirements		
	Knowledge	Specific skills	Generic skills
PLOs 2 อธิบายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์	K6, K9, K12, K13, K14, K18, K19, K20, K21, K22, K24, K25, K27, K29, K30,	SpS8, SpS9, SpS21	SS1, SS2, SS3, SS4, SS5, SS7, SS8, SS9,

การกำหนดความสอดคล้องของผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังและการกำหนด sub- ELOs เพื่อเป็นการกระจายผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังลงสู่รายวิชาซึ่งเป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ผู้เรียนจะต้องทำได้หลังจากการเรียนรู้เสร็จสิ้นในแต่ละรายวิชา ทั้งนี้ในแต่ละรายวิชาสามารถเลือกใช้ Sub-ELOs ที่เหมาะสมกับรายวิชานั้น ๆ ได้โดยไม่จำเป็นต้องวัดทุกข้อใน 1 รายวิชาแต่เมื่อประเมินภาพรวมจะต้องมีการวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังทุกข้อ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ตัวอย่างการกำหนดความสอดคล้อง Expected Learning Outcomes (ELOs) and Sub-Expected Learning Outcomes (sub- ELOs)

PLOS/ELOs	Sub-ELOs	Courses*
ELOs 2 อธิบายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์	1. อธิบายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ 2. ให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์แก่ผู้รับบริการได้	55202, 56203, 56304, 56201, 56202, 56204, 56302, 56403

* หมายเหตุ เป็นรหัสรายวิชาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่จะวัดผลโดยใช้ PLOs/ELOs ข้อ 2

4. การวัดผลสัมฤทธิ์ (Course and Program assessment)

เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์การจัดการเรียนการสอนโดยเน้นการตัดสินผลแบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์ของวิทยาลัยเชียงราย และวัดผลการจัดการหลักสูตรโดยการวัดผลผลิตสุดท้ายตามรูปแบบที่สถาบันได้กำหนดไว้ ซึ่งในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรแบบการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงรายยังไม่ได้ดำเนินการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น



บทสรุป

การพัฒนาหลักสูตรแบบการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์เกิดจากความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต สภาพสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจึงมีความต้องการบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะในการ ปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น กระบวนการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ เป็นการออกแบบโดยการกำหนด ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน เรียกว่า Constructive Alignment ได้แก่ วัตถุประสงค์และ ผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง การประเมินผู้เรียนตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนต้องมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันเพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีสมรรถนะตรงตามความต้องการของสถาบัน ซึ่งบทความนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรแบบการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สำหรับสถาบันที่สนใจได้

References

- Chiang Rai College. (2022). *Nursing curriculum* (Unpublished). Chiang Rai: Faculty of Nursing, Chiang Rai college.
- Gurukkal, R. (2020). Outcome- based education: An open framework. *Higher Education for the Future*, 7(1), 1-4. doi:10.1177/2347631119886402
- Jinruang, S., Naraphong, W., & Nithitanitwat, P. (2018). Outcome-based education in nursing science. *Journal of Pharpokklao Nursing College*, 29(2), 207- 216.
- Kaewsarn, P., Tubtheing, W., & Thongkumrod, R. (2016). Distance Learning System of Nursing Education and Thai Qualification for Higher Education (TQF: HEEd). *Journal of the Association of Researchers*, 21(2), 123- 134.
- Khanna, R., & Mehrotra, D. (2019). The road for quality improvement from traditional through competency based (CBE) towards outcome-based education (OBE) in dentistry. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9, 139- 142.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2019). *Report on population projections of Thailand 2010-2040* (Rev. ed.). Bangkok: Office of the Pattanakarn Council National Economy and Society.
- Premalatha, K. (2019). Course and program outcomes assessment methods in outcome-based education: A review. *Journal of Education*, 199(3), 111-127.
- Sawaengdee, K. (2017). Crisis of nursing shortage in health service facilities under office of permanent secretary, Ministry of Public Health: Policy recommendation. *Journal of Health Science*, 26, 456- 468.
- Singh, M., & Ramya, K. R. (2011). Outcome based education. *International Journal of Nursing Education*, 3(2), 87- 91.
- Tan, K., Chan, C.M., Subramaniam, P., & Ping, W. L. (2018). The effectiveness of outcome based education on the competencies of nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*, 64, 180- 189. doi: 10.1016/j.nedt.2017.12.030
- Thadakant, S. (2020). *Outcome based education and AUN- QA*. In T. Thongsawas (Chair), OBE Workshop (Symposium). Chiang Rai College.



Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). *Accreditation guide for professional education institutions of nursing and midwifery* (Rev. ed.). Nonthaburi: Golden Point.

Tyler, R. W. (1949). *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago: The University of Chicago press.



Enhancing Motivational Protection for COVID-19 Among Children with Chronic Illness: Nurses' Roles การเสริมแรงจิตใจเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในเด็กป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาล

ศิริลักษณ์	สุมาदन*	Sililuck	Sumadon*
ญาณัชฌาน์	แก้วตา**	Yanatcha	Kaewta**

Abstract

The spread of COVID-19 is a worldwide problem that greatly affects the lives and well-being of people in Thailand, having a wide impact both in terms of economy, society and well-being. Coronavirus is easily spread through inhalation of large droplets and is more severe for people with chronic illness. In children with chronic illnesses, especially those with respiratory disease, obesity, diabetes, or heart disease, as well as immunocompromised children or those receiving immunosuppressants, there is a high risk of infection. With children who are sick from COVID-19 infection, it is more severe than for children with normal health conditions due to the pathology of the disease. Not only will a child be affected but they can also be a burden on family and society. The effect depends on the control of symptoms and the severity of the disease at that time. Therefore, preventing COVID-19 among children with chronic illness is the very important. Nurses play an important role in health care for children with chronic illness. This article presents COVID-19 prevention guidelines by using the Protection Motivation Theory which consist of perceived severity, perceived vulnerability, response efficacy and self-efficacy and which need to be appropriately applied to children with chronic illnesses of each age range, including caregivers to raise awareness and lead to effective actions to prevent COVID-19 infection.

Keywords: Chronic child; Covid 19; Protection Motivation; Nurses' role

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College;

e-mail: Sililuck.sumadon@crc.ac.th

** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

Received 7 April 2022; Revised 5 May 2022; Accepted 20 June 2022



บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโควิด 19 เป็นปัญหาทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในประเทศไทย พบว่ามีผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคมความเป็นอยู่ โดยเชื้อโคโรนาไวรัสสามารถแพร่กระจายได้ง่ายผ่านการสูดหายใจเอาละอองฝอยขนาดใหญ่เข้าสู่ร่างกาย และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในเด็กที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และเด็กป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือกลุ่มที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อและเมื่อป่วยจากการติดเชื้อโควิด 19 จะมีอาการรุนแรงมากกว่าเด็กที่มีภาวะสุขภาพปกติ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก แต่ยังส่งผลให้เกิดภาระของครอบครัวและสังคมตามมาด้วย ซึ่งผลกระทบขึ้นอยู่กับความควบคุมอาการและความรุนแรงของโรคในขณะนั้น ดังนั้นการป้องกันโรคโควิด 19 ในเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างมาก พยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็กป่วยเรื้อรัง บทความนี้จะเสนอแนวทางการป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิภาพของการตอบสนอง และการรับรู้ประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับเด็กป่วยโรคเรื้อรังแต่ละช่วงวัยอย่างเหมาะสม รวมทั้งผู้ดูแลเด็กป่วย เพื่อให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: เด็กป่วยโรคเรื้อรัง โควิด 19 แรงจูงใจในการป้องกันโรค บทบาทพยาบาล

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: Sililuck.sumadon@crc.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

วันที่รับบทความ 7 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 5 พฤษภาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 20 มิถุนายน 2565



บทนำ

โรคโควิด 19 เป็นโรคสายพันธุ์ใหม่ที่ เรียกว่า SARS-CoV2 เกิดจากการแพร่ระบาดครั้งแรกในประเทศจีน ช่วงเดือนธันวาคม ในปี พ.ศ. 2562 โดยเชื้อโรคนั้นส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจที่ทำให้มีอาการที่รุนแรง โดยการติดต่อสามารถติดต่อกันด้วยการสูดหายใจรับละอองฝอยขนาดใหญ่เข้าสู่ร่างกาย (droplet transmission) ในลักษณะการไอ จาม ในระยะ 1-2 เมตรและการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ (Siriboriruk & Prueksaritanond, 2020) อาการของโรคจะขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เมื่อได้รับเชื้อจะแสดงอาการคล้ายไข้หวัด ไอ มีเสมหะ และมีอาการอ่อนเพลีย ผู้ติดเชื้อบางรายจะมีอาการแสดงที่รุนแรงในภาวะหายใจลำบาก เกิดความล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจ ภาวะปอดอักเสบ โดยผู้ที่มีอาการรุนแรงมักจะพบในผู้ที่มีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Manmana, Iamsisithaworn & Uttayamakul, 2020) ซึ่งจากสถิติในปัจจุบันพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อถึง 3,800,607 รายจากทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 199,264 ราย และมีผู้เสียชีวิตถึง 1,466 ราย (Department of disease control, 2021)

อัตราการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องแบบแผนการใช้ชีวิตประจำวัน ประชาชนจะต้องปรับแผนการใช้ชีวิตใหม่เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ลดการติดต่อสื่อสารด้วยการเดินทาง ลดการอยู่รวมกันในพื้นที่ชุมชน สถานที่ทำงาน โรงเรียน และโรงพยาบาล (Chobpradit, 2020) ที่สำคัญการบริการทางด้านสาธารณสุขได้รับผลกระทบเป็นอย่างมากในการรักษาผู้ที่มีการติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ที่มีการติดเชื้อรุนแรงจากภาวะกลุ่มเสี่ยงในโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะอ้วน (Hacker, Briss, Richardson, Wrigth, & Peterson, 2021) ผู้ติดเชื้อเหล่านี้จะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนโรคสงบหรือจนกว่าจะหายจากโรค ทำให้ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากในการรักษา

ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคเรื้อรังสามารถพบได้ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในวัยเด็ก แม้ในระยะแรกอุบัติการณ์ที่พบความรุนแรงของการติดเชื้อในเด็กจะมีน้อย โดยมีจำนวนของเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ติดเชื้อ 33,000 คน ร้อยละ 7.8 และเสียชีวิต 4 ราย (Arayapong, 2021) แต่ด้วยลักษณะทางกายภาพของเด็ก เด็กจะมีภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีการติดเชื้อได้ง่าย ประกอบกับพฤติกรรมของเด็ก เด็กจะมีการเล่นรวมกลุ่มใช้ชีวิตในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะทำให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ง่าย และการขาดความรู้ การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ในระยะหลังการติดเชื้อในเด็กมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความรุนแรงของระบบทางเดินหายใจที่ชัดเจน (She, Liu, & Liu, 2020) โดยเฉพาะในเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องจึงได้รับผลกระทบเกี่ยวกับการติดเชื้อได้ง่าย การเพิ่มความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่นำไปสู่การเสียชีวิตหรือผลกระทบที่รุนแรงต่อครอบครัวได้ ดังนั้นการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโดยการป้องกันการติดเชื้อต้องมาจากการปฏิบัติตัวที่ดีของเด็กป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในให้ความรู้ คำแนะนำแก่เด็กป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว ในการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคซึ่งจะทำให้เด็กป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความกลัวต่อโรคโควิด 19 ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้เด็กป่วยโรคเรื้อรังปลอดภัยจากเชื้อโควิด 19

โรคเรื้อรังในเด็ก

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุ ที่พบบ่อยได้แก่ โรคที่มีความผิดปกติของ ต่อมไร้ท่อและเมตาบอ-



โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเมะเร็ง ทั้งนี้โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพและอาการของโรคตลอดเวลา ส่งผลกระทบอย่างมากต่อตัวเด็กและครอบครัว ผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านพัฒนาการและสติปัญญา และด้านสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของคนส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการรุนแรงขึ้นได้มากกว่าคนปกติ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคโควิด 19 ในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี คือการมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วม (Arayapong, 2021) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคปอดและระบบทางเดินหายใจ โรคอ้วน โรคตับ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (Banluesin, 2021)

ผลกระทบของโควิด 19 ต่อเด็กป่วยโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด 19 เป็นอย่างมาก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือกลุ่มที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (Chaosurin, Kasemsiri, Chewwattana, Manipantee, & Chuchan, 2021) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด 19 เข้าสู่ร่างกายและอาจมีอาการรุนแรงกว่าเด็กกลุ่มอื่น โดยจะส่งผลกระทบมากขึ้นแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรคที่เด็กเป็นขณะนั้น ปัจจุบันโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจในเด็กที่พบบ่อยเป็นอันดับแรก คือ โรคหืด เป็นโรคเกิดจากความผิดปกติที่มีการอักเสบของหลอดลมแบบเรื้อรัง ซึ่งมีความไวมากกว่าคนปกติเมื่อได้รับสารก่อภูมิแพ้หรือสิ่งกระตุ้น โดยเฉพาะเชื้อไวรัสเข้าไปในระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดการหดเกร็งและตีบตันของหลอดลม อากาศเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้น้อยลง แสดงออกมาเป็นอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด เหนื่อยหอบ สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กซึ่งมีการพัฒนาของสรีรวิทยาในระบบทางเดินหายใจและระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากการติดเชื้อโควิด 19 ที่มักพบทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ พบว่า ลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดจากการติดเชื้อโควิด 19 ที่พบมากในเด็กที่แสดงอาการ ได้แก่ การติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบน และการติดเชื้อร่วมกับไวรัสอื่น ๆ ที่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ (Boechat, Wandalsen, Kuschner, & Delgado, 2021) ดังนั้นการติดเชื้อโควิด 19 จึงอาจส่งผลทำให้เกิดการกำเริบของโรคหืดที่รุนแรงในเด็กด้วยเช่นกัน

โรคอ้วนและโรคเบาหวาน เป็นโรคในระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึมที่พบบ่อยในกลุ่มเด็กป่วยโรคเรื้อรัง โรคอ้วนจัดอยู่ในกลุ่มเมตาบอลิซึมซินโดรม (metabolic syndrome) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมากเกินไป สาเหตุมักเริ่มมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตไม่เหมาะสม โดยเฉพาะรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูงเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้ระบบ เมตาบอลิซึมหรือเมตาบอลิซึมในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย ดังนั้นในผู้ป่วยเด็กโรคอ้วนจึงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด 19 เข้าสู่ร่างกายได้ง่ายกว่าเด็กปกติ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงและเพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดชีวิตได้เมื่อติดเชื้อโควิด 19 เข้าสู่ร่างกาย (Browne et al., 2021) เช่นเดียวกับในเด็กป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกายได้ ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำลงและติดเชื้อได้ง่ายขึ้น เมื่อเกิดการติดเชื้อโควิด 19 จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการรุนแรงกว่าคนปกติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ติดเชื้อโควิด 19 มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับการรักษาในระยะวิกฤติ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 ด้วย (Roncon, Rigatelli, & Zuliani 2020)

โรคหัวใจเป็นอีกโรคหนึ่งที่พบบ่อยในเด็ก โดยเฉพาะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งเป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด และระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้จากพยาธิสรีรภาพของโรคที่ทำให้ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบ

ทางเดินหายใจได้ง่ายโดยเฉพาะทางเดินหายใจส่วนบน และความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดที่ไหลเวียนทั่วร่างกาย จะต่ำกว่าค่าปกติขึ้นกับชนิดของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง cyanotic type ส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าคนปกติประมาณสองเท่าที่จะทำให้เกิดเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 (Williamson et al., 2020)

ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องจากพยาธิสภาพของโรค และวิธีการรักษาหลักในเด็กโรคมะเร็งปัจจุบันคือการให้เคมีบำบัดส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันที่ลดลงจากเดิม ดังนั้นจึงส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ง่ายกว่าคนปกติมาก และเนื่องจากภาวะที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำการต้านทานต่อเชื้อโรคลดลงจึงอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการรุนแรงและใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นเมื่อติดเชื้อโควิด 19 (Chaosurin et al., 2021) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 มากกว่าคนปกติ (Lee & Purshouse, 2021)

ผลกระทบของโควิด 19 ต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคเรื้อรัง

วัยเด็กถือเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงบิดามารดาหรือผู้ดูแลในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน เศรษฐกิจ และสังคมความเป็นอยู่ของเด็ก ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในเด็กโดยเฉพาะโรคเรื้อรังย่อมส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตของบิดามารดา ครอบครัวหรือผู้ดูแลด้วยเช่นกัน เนื่องจากต้องดูแลเอาใจใส่เด็กมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการพาผู้ป่วยเด็กในความดูแลไปพบแพทย์ตามนัด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเรื่องของค่าใช้จ่าย และความรู้ความสามารถในการดูแลเด็ก (Pouraboli, Abedi, Abbaszadeh, & Kazemi, 2017) โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 โรงพยาบาลมีมาตรการในการลดจำนวนผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อ ทำให้เด็กป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ตามปกติ ขาดการติดต่อสื่อสารในการรับข้อมูลด้านสุขภาพ และบางรายอาจจะขาดการติดตามการรักษาจนทำให้อาการรุนแรงขึ้น (Chaosurin et al., 2021) ตลอดจนการเว้นระยะห่างทางสังคมทำให้ผู้ดูแลครอบครัว เกิดภาวะเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นของเด็กป่วย รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ขาดที่ปรึกษาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะบางครอบครัวที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล การติดต่อสื่อสารมีความยากลำบากทำให้ได้รับผลกระทบที่ชัดเจน อีกทั้งพบว่า มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมความเป็นอยู่ ทำให้บางครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังต้องขาดรายได้ เกิดความยากจน และทำให้ไม่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของเด็กป่วย เมื่อเด็กป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจะทำให้โรคเรื้อรังเกิดอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Chobpradit, 2020) ในส่วนของผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพเด็กนั้น พบว่า การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวหลาย ๆ ด้าน รวมไปถึงด้านสุขภาพของเด็ก เมื่อความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กมีความเสี่ยง ผู้ดูแลจึงต้องติดตามดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของเด็กอย่างใกล้ชิด และดูแลสนับสนุนตามความต้องการของเด็กอย่างเต็มที่ (Ashikkali & Johnson, 2020)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ต่อผู้ป่วยเด็กป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว โดยเฉพาะในเรื่องของโอกาสที่จะได้รับเชื้อโควิดเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายกว่าคนปกติและความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อโควิดอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อโควิดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ การส่งเสริมสุขภาพเด็กป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจจึงอาจช่วยสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ความกลัวของบุคคลมาใช้กระตุ้นในการป้องกันโรค พัฒนาคั้งแรกโดย Ronald W. Rogers ในปี ค.ศ.1975 และปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 1983 (Roger & Maddux, 1983) การรับรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทัศนคติและ

พฤติกรรม มี 2 รูปแบบคือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) และการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived vulnerability) และการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ประสิทธิภาพของการตอบสนอง (response efficacy) และ การรับรู้ประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง (self-efficacy) (Corner & Norman, 2005)

ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การป้องกันโรคจะทำได้เมื่อเด็กโรคเรื้อรังรับรู้ต่ออันตรายของโควิด 19 ที่จะเกิดกับสุขภาพ รับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและตอบสนองด้วยการปรับตัวในการดูแลตนเอง ไปจนถึงการรับรู้ประสิทธิภาพในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันโรคในเด็กโรคเรื้อรังตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เริ่มจากเด็กทารก หรือเด็กเล็กที่มีความสามารถในการรับรู้ ความเข้าใจทางข่าวสารน้อย จะต้องให้ผู้ดูแลเป็นผู้ป้องกันโรคสำหรับเด็ก เนื่องจากเด็กป่วยยังไม่สามารถจัดการตัวเองในเรื่องที่สำคัญ (Poompu & Hornboonherm, 2018) ต้องพึ่งพาผู้ดูแล เพื่อช่วยให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม บทบาทการสอนและให้ความรู้ของพยาบาลจะใช้หลักการเดียวกับการสอนผู้ใหญ่ คือการบรรยายให้ความรู้ ให้คำแนะนำโดยการพูด อธิบาย ส่วนในช่วงวัยของเด็กที่จะสามารถรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคนั้นจะต้องเป็นเด็กที่มีช่วงอายุ 8 ปีขึ้นไป พยาบาลจะใช้หลักการสอน ให้ความรู้ในเด็กที่มีอายุ 8-12 ปีขึ้นไป โดยตามทฤษฎีทางสติปัญญาของ เพียเจต์ (Piaget, 1997) บอกไว้ว่าเด็กวัยเรียนจะมีความสามารถในการเรียนรู้แบบรูปธรรม การเรียนรู้ผ่านรูปภาพ หรือวิดีโอ และเมื่อเด็กมีช่วงอายุ 12 ปีขึ้นไป การให้ความรู้และการสอนจะเป็นลักษณะเดียวกับการสอนแบบผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กมีการรับรู้แบบผู้ใหญ่ โดยรูปแบบการให้ความรู้ตามทฤษฎี (Piaget, 1997) มีดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity)

บทบาทพยาบาลในการสอนเด็กโรคเรื้อรังที่มีอายุ 8 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับเนื้อหาความรุนแรงของโควิด 19 ในปัจจุบันผ่านสื่อรูปภาพ วิดีโอหรือ สื่อวิทัศน์ต่าง ๆ ที่มีผลคุกคามทำให้เกิดความรุนแรงของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำลง และส่งผลให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตได้ (Evliyaoglu, 2020) การใช้สื่อที่จะทำให้เด็กเกิดความกลัวเกี่ยวกับโรค รับรู้ว่าโรคโควิด 19 มีความรุนแรงต่อโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค และเด็กจะต้องสังเกตอาการของตนเองได้ว่ามีความรุนแรงระดับใด เพื่อรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่าภายหลังการดำเนินการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงกว่าก่อนดำเนินการ (Iftikhal, 2017)

การให้ความรู้กับผู้ดูแล สร้างความตระหนักเกี่ยวกับผลเสียร้ายแรงที่จะเกิดขึ้นหากไม่มีการป้องกันเชื้อโควิด 19 ผลเสียที่จะเกิดขึ้นไม่ได้เกิดเพียงระยะสั้นแต่จะส่งผลกระทบในระยะยาวทั้งความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของเด็กและครอบครัว ต้องให้ความดูแลเอาใจใส่เด็กมากขึ้น เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล มีความวิตกกังวลหลายด้านทั้งการเงิน (Pourboli et al., 2017) นำไปสู่คุณภาพชีวิตครอบครัวที่ไม่ดี ใช้หลักการให้เกิดความกลัวและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

ความรุนแรงของโรคโควิด 19 แบ่งออกเป็น 6 ระยะ ดังนี้ (De Souza , Nadal, Nogueira, Pereira, & Brandao, 2020)

1) ไม่มีอาการและอาการแสดง (asymptomatic) คือ ไม่มีอาการแสดงของโรค ร่วมกับผล chest x-ray ปกติ แต่มีการตรวจ polymerase chain reaction พบว่ามีการติดเชื้อโควิด 19

2) อาการเล็กน้อย (mild) พบว่ามีอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไข้ ไอ จาม คัดจมูก เจ็บคอ และอ่อนเพลีย เป็นต้น ผลการตรวจร่างกายพบทางเดินหายใจส่วนบนผิดปกติ แต่จะพบบางกรณีที่ไม่มีไข้แต่มีอาการแสดงของระบบทางเดินอาหาร คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและถ่ายเหลว

3) อาการปานกลาง (moderate) มีอาการแสดงของภาวะปอดอักเสบ แต่ไม่ปรากฏอาการของภาวะพร่องออกซิเจน หรือหายใจเหนื่อย ฟังปอดจะพบเสียงผิดปกติ แต่บางรายก็ไม่เจอเสียงปอดที่ผิดปกติ

4) มีอาการแสดงของโรคชัดเจน (clinical signs and symptoms) ผลการตรวจทางการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เจอความผิดปกติของปอด แต่ไม่แสดงอาการของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่ชัดเจน

5) อาการรุนแรง (severe) มีอาการแสดงของโรคชัดเจน ร่วมกับอาการของระบบทางเดินอาหารเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ มีอาการหายใจลำบาก ร่วมกับภาวะพร่องออกซิเจน พบว่าค่าออกซิเจนในเลือด (room air oxygen saturation) น้อยกว่าร้อยละ 92

6) อาการวิกฤต (critical) อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) เกิดภาวะช็อก มีอาการทางระบบประสาท มีภาวะหัวใจล้มเหลว การทำงานของระบบเลือดผิดปกติ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสียหาย และมีความเสี่ยงจากกระบวนการอักเสบในร่างกาย multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C)

2. การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived vulnerability)

เด็กโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเมื่อมีการติดเชื้อโควิด 19 การให้ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามของโรคโควิด 19 ต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้เด็กและผู้ดูแลรับรู้ถึงตนเองกำลังอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะต้องมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น โดยทั่วไปแล้วการให้ความรู้จะครอบคลุมในเรื่องการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเดิม ทั้งในเรื่องของการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตประจำวัน หากเด็ก ผู้ดูแลมีการดูแลตัวเองที่เหมาะสมแล้ว การลดความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด 19 จะลดลง แต่เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด 19 จะต้องให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อลดการเกิดโรค จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคคือ เด็กที่มีโรคประจำตัว หรือโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ภาวะอ้วน เช่นเดียวกับในต่างประเทศที่พบว่าโรคเรื้อรังในเด็กที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคคือ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคทางระบบประสาท โรคหอบหืด และภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Arayapong, 2021)

3. ประสิทธิภาพของการตอบสนอง (response efficacy)

การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมจะช่วยลดโอกาสในการติดเชื้อโควิด 19 จากงานวิจัยพบว่าเมื่อบุคคลทราบถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังจากได้รับความรู้จะช่วยลดการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ การให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโควิด 19 มีดังนี้

1) ลดการสัมผัสเชื้อโดยการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกจากบ้าน หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับบุคคลหรือสิ่งของ หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณหน้า ดวงตา จมูกและปาก (Rajabkhah, Soodejani, Mahmudimanesh, Gheshlaghi, & Tabatabaei, 2020)

2) ดูแลสุขอนามัยด้วยการล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อน-หลังการรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการหยิบจับสิ่งของ หากไม่สะดวกในการล้างมือด้วยน้ำสะอาดจะต้องมีการล้างด้วยแอลกอฮอล์เจลทุกครั้ง (Musraket, Musraket, & Musraket, 2021)

3) หลีกเลี่ยงการอยู่ในแหล่งชุมชนแออัด จุดเสี่ยงที่มีผู้คนพลุกพล่านเนื่องจากจะทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (Rajabkhah et al., 2020)

- 4) ติดตามข่าวสารในการอยู่พื้นที่เสี่ยง หรือบุคคลใกล้ชิดบริเวณใกล้เคียงอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ แต่ควรติดตามในแหล่งที่เชื่อถือได้และตามความเหมาะสมเพื่อลดการเกิดความเครียด (Klein et al., 2020)
- 5) เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประกอบด้วยสารอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินสูง ที่ไม่ขัดต่อโรคเรื้อรังและดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอในโรคที่ไม่จำกัดน้ำ (โรคเรื้อรังที่มีการจำกัดน้ำ เช่น โรคเรื้อรังในเด็กที่มีปัญหาหัวใจและหลอดเลือด โรคไต เป็นต้น) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแป้งและไขมันสูงในเด็กโรคเรื้อรังที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วน เนื่องจากเป็นความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อโควิด 19 ได้ง่าย (Alagawany et al., 2021)
- 6) ออกกำลังกายเป็นประจำ ในเด็กโรคเรื้อรังสามารถออกกำลังกายที่ไม่ต้องใช้แรงมาก เช่น การเดิน วาดน้ำ หรือปั่นจักรยาน เป็นต้น โดยการทำกิจกรรมจะต้องอาศัยหลักการเว้นระยะห่างทางสังคม เพื่อกระตุ้นให้ภูมิคุ้มกันทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดโรคอ้วน (Alagawany et al., 2021)
- 7) การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ในเด็กวัยหัดเดินก่อนเรียน (3-6 ปี) ควรนอนวันละ 10-12 ชั่วโมง วัยเรียน (6-12 ปี) ควรนอน 9-11 ชั่วโมง วัยรุ่น (12-18 ปี) ควรนอน 8-10 ชั่วโมง (Musraket et al., 2021)
- 8) การจัดการความเครียด ด้วยการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เนื่องจากในสถานการณ์นี้ ผู้คนจะต้องอยู่ที่บ้านเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะเครียดทั้งเด็กป่วยและผู้ดูแล รู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว ควรใช้เวลาร่วมกันระหว่างครอบครัว ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ปรับทัศนคติให้เป็นด้านบวก (Musraket et al., 2021)
- 9) เตรียมพร้อมในการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในเด็กโรคเรื้อรังที่อายุ 12 ปีขึ้นไปควรได้รับวัคซีนทุกราย เพื่อป้องกันการติดเชื้อและก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคได้ และในเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวล่วงหน้าก่อนรับวัคซีน เพื่อติดตามอาการข้างเคียงหลังการรับวัคซีนได้ทันทั่วทั้ง (Wallace et al., 2021)

4. ประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง (self-efficacy) เป็นสิ่งที่จะทำนายความสำเร็จในการดูแลตนเอง เพื่อเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดี หมายความว่าเด็กหรือผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถที่เพียงพอที่จะดูแลตนเองหรือเด็กป่วย เพื่อนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อ (Corner & Norman, 2005) โดยประสิทธิภาพในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับความรู้ในการเรียนการสอนในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยการสอนในเด็กขึ้นอยู่กับพัฒนาการด้านสติปัญญาและรูปแบบการสอนที่เหมาะสมตามช่วงวัย ซึ่งกล่าวแล้วว่าเด็กวัยเรียนควรมีรูปแบบการสอนโดยใช้รูปธรรม ส่วนการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่จะต้องคำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้ดูแล และให้ข้อมูลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้จริง โดยอาศัยการสอนร่วมกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อลดช่องว่างเกี่ยวกับความไม่เข้าใจทำให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้อย่างเหมาะสม

บทสรุป

เด็กโรคเรื้อรังอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 และก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคได้อย่างรวดเร็ว หากเด็กโรคเรื้อรังมีการดูแลสุขภาพของตนเองขณะป่วยได้ไม่ดี ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 จะเพิ่มมากขึ้น และนำไปสู่ผลกระทบต่อการร่างกายในการรักษาที่ยาวนาน ตลอดจนผลกระทบต่อชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องของความยากลำบากในการดูแล คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจในครอบครัว ซึ่งผลกระทบเล็ก ๆ เหล่านี้ นำไปสู่ปัญหาใหญ่ภายในประเทศ การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้เด็กโรคเรื้อรังและผู้ดูแลมีความกลัวต่อความรุนแรงเกี่ยวกับการติดเชื้อที่จะเกิดขึ้น เน้นการให้ความรู้ตามช่วงวัยของเด็กและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการดูแลตามความสามารถ และนำไปสู่การปฏิบัติตัว



ตามคำแนะนำที่ดี ดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมทั้งในเรื่องหลักของโรคเรื้อรัง และในเรื่องของการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นคือเด็กโรคเรื้อรังปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19

References

- Alagawany, M., Attia, Y. A., Farag, M. R., Elnesr, S. S., Nagadi, S. A., Shafi, M. E., ... Abd El-Hack, M. E. (2021). *The strategy of boosting the immune system under the COVID-19 Pandemic*. Retrieved from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fvets.2020.570748/full>
- Arayapong, N. (2021). Clinical manifestation and risk factors of severity in children with coronavirus disease 2019. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 36(3), 663-673. (in Thai)
- Ashikkali, L., Carroll, W., & Johnson, C. (2020). The indirect impact of COVID-19 on child health. *Pediatrics and Child Health*, 30(12), 430-437.
- Banluesin, S. (2021). *Review report: The global impact of the COVID-19 outbreaks, NCDs and related factors-19 on NCDs and related factors on a global scale*. Nonthaburi: Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (in Thai)
- Boechat, J. L., Wandalsen, G. F., Kuschnir, F. C., & Delgado, L. (2020). COVID-19 and pediatric asthma: Clinical and management challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1093. doi.org/10.3390/ijerph18031093
- Browne, N. T., Snethen, J. A., Greenberg, C. S., Frenn, M., Kilanowski, J. F., Gance- Cleveland, B., ... Lewandowski, L. (2021). When pandemics collide: The impact of COVID-19 on childhood obesity. *Journal of Pediatric Nursing*, 56(2021), 90-98.
- Chaosurin S., Kasemsiri J., Chewwattana W., Manipantee S., & Chuchan N. (2021). The impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on children with chronic diseases and guidelines for providing care. *Vajira Nursing Journal*, 23(2), 97-107. (in Thai)
- Chobpradit, S. (2020). Covid 19 crisis affect social change. *Journal of Chaiyaphum*, 3(2), 1-14. (in Thai)
- Corner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. New York: Bell & Bain.
- De Souza, T. H., Nadal, J. A., Nogueira. R. J. N., Pereira, R. M., & Brandao, M. B. (2020). Clinical manifestations of children with COVID-19: A systematic review, *Pediatric Pulmonology*, 55, 1892–1899. doi: 10.1002/ppul.24885
- Department of Disease Control. (2021). *Coronavirus disease-19 (covid 19)*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php> (in Thai)
- Evliyaoglu, O. (2020). Children with chronic disease and COVID-19. *Turkish Archives of Pediatrics*, 55(2), 93-4. doi: 0.14744/TurkPediatriArs.2020.57805
- Hacker, K. A., Briss, P. A., Richardson, S., Wrigh, J., & Peterson, R. (2021). COVID-19 and chronic disease: The impact now and in the future. *Public Health Research, Practice, and Policy*, 18(E62), 1-6. doi.org/10.5888/pcd18.210086



- Iftikhal, A. (2017). The effects of applying protection motivation theory in terms of disease prevention behaviors liver fluke in grade Ban Nong Hoi School, Muang District, Sakon Nakhon Province. *Journal of the office of DPC 7 Khon Khan*, 24(3), 75-87. (in Thai)
- Klein, J. D., Koletzko, B., EL-Shabrawi, M. H., Hadjiipanyis, A., Thacker, N., & Bhutta, Z. (2020). Promoting and supporting children's health and healthcare during COVID-19 – international paediatric association position statement. *Archives of Disease in Childhood*, 105, 620-624. doi: 10.1136/arch dis child-2020-319370
- Lee, A. J., & Purshouse, K. (2021). COVID-19 and cancer registries: Learning from the first peak of the SARS-CoV-2 pandemic. *British Journal of Cancer*, 124(11), 1777-1784.
- Manmana, S., Iamsithaworn, S., & Uttayamakul, S. (2020). Coronavirus disease-19 (covid 19). *Journal of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute*, 14(2), 124-133. (in Thai)
- Musraket, K., Musraket, R., & Musraket, K. (2021). New normal life and self-care techniques to strengthen immunity during the COVID-19 pandemic. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(1), 206-218. (in Thai)
- Piaget, J. (1997). *The moral judgment of the child*. New York: Simon and Schuster.
- Poompu, B., & Hornboonherm, P. (2018). Selfcare behaviors in school age patient with chronic illness. *Journal of Mahasarakham University*, 14(1), 14-23. (in Thai)
- Pouraboli, B., Abedi, H. A., Abbaszadeh, A., & Kazemi, M. (2017). The burden of care: Experience of parents of children with thalassemia. *Journal of Nursing and Care*, 6(2), 1-8. doi: 10.4172/2167-1168.1000389
- Rajabkhah, K., Soodejani, M. T., Mahmudimanesh, M., Gheshlaghi, L. A., & Tabatabaei, S. M. (2020). Prevention of covid 19 in children and neonates: A review. *Archives of Preventive Medicine*, 5(1), 026-030. doi.org/10.17352/apm.000015
- Roncon, L. Z. M., Rigatelli, G., & Zuliani, G. (2020). Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. *Journal of Clinical Virology*, 127, 104354.
- Roger, R. W., Maddux, J. E. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised Theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.
- She, J., Liu, L., & Liu, W. (2020). Covid 19 epidemic: Disease characteristics in children. *Journal of Medical Virology*, 1-8. doi: 10.1002/jmv.25807
- Siriboriruk, J., & Prueksaritanond, S. (2020). COVID-19 is public health problem worldwide, including Thailand. *Burapha Journal of Medicine*, 7(1), 89-95. (in Thai)
- Wallace, M., Woodworth, K. R., Gargano, J. W., Scobie, H. M., Blain, A. E., Moulia, D., ... Oliver, S. E. (2021). The advisory committee on immunization practices' interim recommendation for use of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine in adolescents aged 12–15 years. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(20), 749-752.



Williamson, E. J., Walker, A. J., Bhaskaran, K., Bacon, S., Bates, C., Morton, C. E., ... Goldacre, B.
(2020). Factors associated with COVID-19-related death using open SAFELY. *Nature*,
584(7821), 430-436.