

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	รองคณบดีด้านวิจัย นวัตกรรม และบูรณาการพันธกิจสากล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Associate Dean responsible for Research, Innovation and Global Mission Integration, 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 คุณาวิกติกุล 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 ศรียุกตสุทธ Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Faculty of Nursing, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น Associate Professor Dr. Sune Lagampan	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Faculty of Public Health, Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี
Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรณัฐ 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.นงศ์คราญ 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

MR. Michael Scott Cote

MR. Michael Scott Cote

นางสาวพรธิดา คำมงคล

Pornthida Kummongkol

นางสาวนิตยา มะโนคำ

Nittaya Manokam

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) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสา รมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

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

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

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

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

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการ ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission)

กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอน การปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require)

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

5.2.1 ให้ปรับปรุงแก้ไขเพียงเล็กน้อย (Minor Revision)

เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืน มายังบรรณาธิการ เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข

5.2.2 ให้ปรับปรุงแก้ไขในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision)

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

5.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission)

กองบรรณาธิการ จะแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

เมื่อกองบรรณาธิการส่งผลการประเมินบทความของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมกับแบบฟอร์มตารางสรุปผลการแก้ไขให้กับผู้เขียนแล้ว ขอให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ รวมทั้งจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไขตามหัวข้อประเมิน ส่งมายังกองบรรณาธิการ

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

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

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และจะต้องแน่ใจว่าผลงานดังกล่าวไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น
2. 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 ในกรณีที่เป็นคนไทยให้ระบุชื่อ ตามด้วยนามสกุล เป็นภาษาไทยไว้นอวงเล็บ และภายในวงเล็บให้ระบุเฉพาะนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น กรณีการกั้นธรรมาภิบาล (Kantaruksa, 2022) หากผู้ถูกอ้างอิงเป็นชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล เช่น แบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นต้น

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (Reference list)

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

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

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

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/>

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

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

2. การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

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

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

3. การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

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

Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding COVID-19 Management Among Emergency Nurses in Chengdu, the People's Republic of China ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการโควิด-19 ของพยาบาลฉุกเฉินในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน	1-14
อิซ่าว หยาง Dixiao Yang สุภารัตน์ วังศรีคุณ Suparat Wangsrikhun จันทรฉาย โยธาใหญ่ Chanchai Yothayai	
Factors Related to Readiness for Hospital Discharge Among Stroke Patients in Sichuan Province, the People's Republic of China ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในมณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน	15-28
ซูเหลียน เฉิน Xuelian Chen จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช Chiraporn Tachaudomdach ทศพร คำพลศิริ Totsaporn Khampolsiri	
Work Engagement and Proactive Work Behavior of Head Nurses in University-Affiliated Hospitals, the People's Republic of China ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลในเครือมหาวิทยาลัย สาธารณรัฐประชาชนจีน	29-42
มู ฉิงฉาย Mu Qincai กุลวดี อภิชาติบุตร Kulwadee Abhicharttibutra เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul	
Factors Related to Innovative Behavior of Nurses in Autonomous Hospitals, the People's Republic of China ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างสรรค์ของพยาบาลในโรงพยาบาลในกำกับ สาธารณรัฐประชาชนจีน	43-55
หยาง ถิง Yang Ting เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul กุลวดี อภิชาติบุตร Kulwadee Abhicharttibutra	

Psychological Ownership of Nurses in Different Departments at Tertiary Hospitals in Kunming, the People's Republic of China				56-69
การมีจิตใจเป็นเจ้าของของพยาบาลในแผนกต่าง ๆ โรงพยาบาลตติยภูมิในคุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน				
ซุยเฟิง	ชาว	Xiufen	Zhao	
อรอนงค์	วิชัยคำ	Orn-Anong	Wichaikhum	
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra	
Resilience and Professional Quality of Life of Nurses in Tertiary Hospitals, The People's Republic of China				70-84
ความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติและคุณภาพชีวิตในวิชาชีพของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิ สาธารณรัฐประชาชนจีน				
โจว	ลี	Zhou	Li	
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt	
อรอนงค์	วิชัยคำ	Orn-anong	Wichaikhum	
Factors Related to Health-related Quality of Life Among Acute Coronary Syndrome Persons After Percutaneous Coronary Intervention				85-98
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ				
ปิยวรรณ	แผ่นชัยภูมิ	Piyawan	Phanchaipoom	
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช	Chiraporn	Tachaudomdach	
ชมพูนุท	ศรียรัตน์	Chompoonut	Srirat	
Factors Predicting Self-Management Among Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus				99-113
ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2				
เนตรนภา	พันเล็ก	Netnapa	Phanlek	
ณัฐยานัน	สุวรรณคฤหาสน์	Nattaya	Suwankruhasn	
โรจณี	จินตนาวัฒน์	Rojanee	Chintanawat	

Nursing Quality for COVID-19 Patients in Negative Pressure Rooms in a Medical Ward คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่รับการรักษาในห้องความดันลบ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ลดาวลัย ฤทธิกล้า Ladawan Ritklar	114-127
The Effect of Promoting a Nutritional Self-Management Program on Persons Receiving Hemodialysis ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จิราภรณ์ เพียรประสิทธิ์ Jiraporn Peanprasit พิกุล พรพิบูลย์ Pikul Phornphibul ประทุม สร้อยวงศ์ Pratum Soivong	128-139
Effects of a Self-efficacy Enhancing Program on Disease Control Behaviors, Interdialytic Weight Gain, and Predialysis Blood Pressure in Persons Receiving Hemodialysis* ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ระหว่างรอบของการฟอกเลือดและความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด ในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทิพย์ ลือชัย Tip Luechai พิกุล พรพิบูลย์ Pikul Phornphibil ชมพูนุท ศรีรัตน์ Chomphoonut Srirat	140-150
Factors Related to the Choice of Treatment Methods Among Persons with Pre-dialysis Chronic Kidney Disease ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ปนัดดา สวัสดิ์ Panadda Sawasdee นัทธมน วุฒานนท์ Nuttamon Vuttanon ประทุม สร้อยวงศ์ Pratum Soivong	151-162

Empowering Caregivers of Persons with Spinal Cord Injury: A Case Study	163-178
การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง: กรณีศึกษา	
ัญญลักษณ์ จิตประเสริฐ Tanyalak Jitprasert	
พิกุล พรพิบูลย์ Pikul Pjornphibul	
จันทร์ฉาย โยธาใหญ่ Chanchai Yothayai	
The Effect of the Laparotomy Patient Care Program	179-192
on Postoperative Recovery	
ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง	
ต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	
สโรชา สุภาธาดา Sarocha Supathada	
สุภารัตน์ วังศรีคุณ Suparat Wangsrikhun	
อัจฉรา สุคนธสรณ์ Achara Sukonthasarn	
Critical Care Knowledge of Nurses Working in Surgical Intensive Care Units	193-206
in the 4th Public Health Region	
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	
ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4	
วรภรณ์ สมบัติ Waraporn Sombat	
เยาวรัตน์ มัชฌิม Yaowarat Matchim	
บวรลักษณ์ ทองทวี Borwarnluck Thongthawee	
บุณฑริกา ชาตรีวัฒนกุล Buntarika Chatreewatanakul	
Health Literacy and Self-Management Among Older Persons	207-219
with Gastrointestinal Cancer	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ	
โรคมะเร็งทางเดินอาหาร	
ขมิสร่า เจริญโสภาค Kamissara Chareonsopakun	
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai	
ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ Nattaya Suwankruhasn	

The Effects of a Simulation-Based Learning Program on Knowledge and Communication Skills for Patient Safety Among Perioperative Nurses	220-232
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด	
นันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์	Nantachon Phetprasit
ศศิธร ลายเมฆ	Sasithorn Laimek
ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา	Pratyanan Thiangchanya
Factors Predicting the Subjective Career Success of Nurses in University Hospitals	233-247
ปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	
ชนันท์ธิดา อติชาต	Chanunthida Atichat
กุลวดี อภิชาติบุตร	Kulwadee Abhicharttibutra
อรอนงค์ วิชัยคำ	Orn-anong Wichaikhum
A Cost Analysis of Nursing Activities for COVID-19 Patient Screening at the Acute Respiratory Infection Clinic (ARI) in a Tertiary Hospital	248-260
การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง	
ชุตินา ภมรพันธ์	Chutima Pamornpun
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	Phechnoy Singchungchai
กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร	Kannikar Chatdokmaiprai
The Factors Predicting Self-Care Behaviors Among Adolescent Pregnant Women in Provinces in the 7th Health Region	261-273
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7	
เด่นละออง นาเสงี่ยม	Denlaong Na-sangiem
อุมาภรณ์ กัวสิทธิ์	Umaporn Kuasit

Self-care practice Among Adolescent Primigravida in Northern Thailand: A Mixed Method Study การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ในเขตภาคเหนือตอนบนของไทย: การวิจัยแบบผสมผสาน				274-291
ปรางวลี	อนุกาพิเศกุล	Prangwalee	Anupapvisedkul	
เกษราวัลณ์	นิลวรังกูร	Kessarawan	Ninwarangkul	
กุลระวี	วิวัฒน์ชีวิน	Kulrawee	Wiwatanacheewin	
เบญจพร	จันทาพูน	Benjaporn	Juntrapoon	
อุไรวรรณ	ชัยมินทร์	Auriwan	Chaimin	
Factors Predicting Functional Status Among Adolescent Mothers ปัจจัยทำนายสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น				292-302
กัลยา	พรหมคำ	Kanlaya	Phromkham	
พรรณพิไล	ศรีอาภรณ์	Punpilai	Sriarporn	
ฉวี	เบาทรวง	Chavee	Baosoung	
The Effect of a Psychiatric Family Caregiving Program on the Expressed Emotions of Caregivers of Persons with Schizophrenia in a Community ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน				303-315
ศุภรดา	วงศ์จำปา	Suparada	Wongjumpa	
ภัทราภรณ์	หุ่่งปันคำ	Patraporn	Tungpunkom	
สมบัติ	สกุลพรรณ	Sombat	Skulphan	
Alcohol Drinking Patterns and Suicidal Risks of Clients Receiving Services at Mental Health and Psychiatric Clinics แบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการ ที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช				316-329
ภัทรินทร์	ศรีนอ	Pattarin	Srinor	
สมบัติ	สกุลพรรณ	Sombat	Skulphan	
हरรษา	เศรษฐบุปผา	Hunsa	Sethabouppha	

Experiences of Returning to School during Chemotherapy of Adolescents with Cancer	330-343
ประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง	
รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์ Rungtawin Samphan	
สุรศักดิ์ ตรีนัย Surasak Treenai	
The Effects of a Peripheral Intravenous Infusion Program on	344-356
the Compliance Behaviors of Preschool Children	
ผลของโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายต่อ	
พฤติกรรมความร่วมมือของเด็กวัยก่อนเรียน	
ฉัตรวรรณ ศุภมาสุนย์ Tunyawan Khuttamasoon	
อรเพ็ญ พงศ์กล้า Orapen Pongklum	
ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ Phatphitcha Kruthangka	
Factors Influencing Daily Foot Care Behaviors Among Diabetic Persons	357-368
with Peripheral Neuropathy in a Community	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน	
ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน	
ณัฐสุดา คติชอบ Natsuda Khatichop	
พนิดา จันทโสภีพันธ์ Phanida Juntasopeepun	
วราภรณ์ บุญเชียง Waraporn Boonchiang	
The Model Development of a New Normal for Diabetes Mellitus and	369-382
Hypertensive Clinics to Promote Health Literacy in the Prevention and	
Control of Coronavirus 2019	
การพัฒนารูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
บรรทัดฐานใหม่เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุม	
การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
กฤตพัทธ์ ฝึกฝน Krittapat Fukfon	
อภิชาติ ใจใหม่ Apichart Chaimai	
ปัฐยาวัชร ปรางกุศล Padthayawad Pragodpol	
อรัญญา นามวงศ์ Arunya Namwong	
เอมอร แสงศิริ Aem-Orn Saengsiri	
ภัทรพร เทวอักษร Phattraporn Thewaaksorn	

Challenging Role of Nurse-midwives during the Pandemic of the Coronavirus 2019	383-402

บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

ธีรวรรณ	ทองวล	Thirawan	Thongwon
วายุรี	ลำโป	Wayuree	Lumpo
อริศรา	แสนทวีสุข	Arissara	Saenthaweesuk
ลัดดาวัลย์	พลอดฤทธิ์	Laddawan	Plodrit
ปัทมา	มีชัยชนะ	Papatchaya	Meechaichana
นราภรณ์	ขุนกำแหง	Naraporn	Khunkumhaeng
ปิยาภรณ์	ลำฟ้าเรณู	Piyaporn	Lahfahroengron

Overnutrition in Preschool Aged Children: Roles of Pediatric Nurses for Nutrition Promotion	403-416

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน: บทบาทพยาบาลเด็กในการส่งเสริมโภชนาการ

ทัศนียา	วังสะจันทนนท์	Tassaneeya	Wangsachantanon



สารจากบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2565 เป็นฉบับสุดท้ายของปีที่ 49 ซึ่งถือได้ว่าวารสารได้ดำเนินการเผยแพร่บทความทางวิชาการมาเป็นเวลาเกือบครึ่งศตวรรษ โดยได้พัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพมาโดยตลอด วารสารฉบับนี้ได้นำเสนอบทความที่หลากหลายและน่าสนใจ จำนวน 30 เรื่อง มีประเด็นเกี่ยวกับการพยาบาลในยุคโควิด 19 และการดูแลสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ซึ่งล้วนเป็นปัญหาสำหรับประเทศที่บุคลากรสุขภาพต้องช่วยให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ

บทความจำนวน 30 เรื่อง เป็นบทความวิจัยจำนวน 28 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง สำหรับบทความวิจัย เป็นบทความภาษาอังกฤษจำนวน 6 เรื่อง ดังเช่น Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding COVID-19 Management Among Emergency Nurses in Chengdu, the People's Republic of China เป็นต้น และบทความวิจัยภาษาไทย จำนวน 22 เรื่อง เป็นบทความด้านการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน 10 เรื่อง ดังเช่น ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นต้น บทความด้านการบริหารทางการพยาบาล จำนวน 3 เรื่อง ดังเช่น ปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นต้น บทความด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 3 เรื่อง ดังเช่น การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกในเขตภาคเหนือตอนบนของไทย: การวิจัยแบบผสมผสาน เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 เรื่อง ดังเช่น ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 เรื่อง ดังเช่น ประสิทธิภาพการกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลชุมชนจำนวน 2 เรื่อง ดังเช่น การพัฒนารูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบทความทางวิชาการในฉบับนี้มีจำนวน 2 เรื่อง ดังเช่น บทบาทที่ทำนายของพยาบาลผดุงครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณ ผู้อ่านที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณาถ้อยแถลงให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และในโอกาสส่งท้ายปีเก่า พ.ศ. 2565 และต้อนรับปีใหม่ 2566 ทางกองบรรณาธิการขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านนับถือ จงดุ่มครองให้ทุกท่านมีสุขภาพที่แข็งแรง และประสบแต่ความสุข ตลอดไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา

บรรณาธิการ



Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding COVID-19 Management Among Emergency Nurses in Chengdu, the People's Republic of China*

ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการโควิด-19
ของพยาบาลฉุกเฉินในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน*

Dixiao	Yang**	อิซ่าว	หยาง**
Suparat	Wangsrikhun***	สุภารัตน์	วังศรีคุณ***
Chancai	Yothayai****	จันทร์ฉาย	โยธาใหญ่****

Abstract

Emergency nurses play significant roles in COVID-19 management. Assessment of knowledge, attitudes, and practices among emergency nurses will provide basic information for enhancing the quality of COVID-19 management in emergency departments. This descriptive correlational research aimed to explore emergency nurses' knowledge, attitudes, and practices (KAP) regarding COVID-19 management and the relationships between them. The Knowledge-Attitude-Practice (KAP) Model (Schwartz, 1976) and the literature review were used as the study framework. The survey was conducted online with 308 emergency nurses working in hospitals in Chengdu, China. Research instruments included the Demographic Data Form and the KAP Questionnaire developed by the researchers based on the Chinese Infection Prevention and Control Technical Guide in Health Care Settings (third edition) and the literature review. Descriptive statistics and Pearson's correlation were used for data analysis.

The findings revealed that the participants had a good level of knowledge ($\bar{X} = 16.30$, $SD = 1.53$), positive attitudes ($\bar{X} = 3.57$, $SD = 0.40$), and good practices of COVID-19 management ($\bar{X} = 4.76$, $SD = 0.33$). There were statistically significant weak positive correlations between knowledge and attitudes ($r = 0.18$, $p < 0.01$), and attitudes and practices ($r = 0.33$, $p < 0.001$). There was also a weak positive correlation between knowledge and practices ($r = 0.11$), but it was not statistically significant.

These findings could be used as basic information for further strengthening COVID-19 management among emergency nurses in China.

Keywords: COVID-19 management; Emergency nurses; Knowledge; Attitude; Practice

* 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: suparat.w@cmu.ac.th

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



บทคัดย่อ

พยาบาลหน่วยตรวจฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการจัดการโควิด-19 การประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลหน่วยตรวจฉุกเฉิน จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพการจัดการโควิด-19 ในหน่วยตรวจฉุกเฉิน การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการโควิด-19 ของพยาบาลหน่วยตรวจฉุกเฉิน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสาม โดยใช้รูปแบบความรู้-ทัศนคติ-การปฏิบัติ (Schwartz, 1976) และการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทำการสำรวจออนไลน์กับพยาบาลหน่วยตรวจฉุกเฉินที่ทำงานในโรงพยาบาล เมืองเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 308 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการสุขภาพของประเทศจีน ฉบับที่ 3 และการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับที่ดี ($\bar{X} = 16.30$, $SD = 1.53$) ทักษะด้านบวก ($\bar{X} = 3.57$, $SD = 0.40$) และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการโควิด-19 ที่ดี ($\bar{X} = 4.76$, $SD = 0.33$) พบความสัมพันธ์ระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ($r = 0.18$, $p < 0.01$) และทักษะกับการปฏิบัติ ($r = 0.33$, $p < 0.001$) ทั้งนี้ความรู้และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = 0.11$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการจัดการโควิด-19 ของพยาบาลฉุกเฉินประเทศจีนต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการโควิด-19 พยาบาลฉุกเฉิน ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ

-
- * วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - ** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - *** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email: suparat.w@cmu.ac.th
 - **** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 15 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 8 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 15 ธันวาคม 2565



Background and Significance

The COVID-19 pandemic has been the biggest global health threat of the century, infecting more than 600 million people worldwide and causing 6.5 million deaths (World Health Organization, 2022). It has pushed healthcare systems worldwide to the brink and caused healthcare workers, especially nurses, to face huge challenges in managing the disease.

Emergency nurses play significant roles in COVID-19 management, especially in China where the emergency department (ED) is the first line of COVID-19 management. Practices regarding COVID-19 management include identification of patients, care for suspected and confirmed patients, and prevention of the disease's spread. Based on the Chinese Infection Prevention and Control Technical Guide in Health Care Settings (third edition) (Comprehensive Group of Joint Prevention and Control Mechanism of the State Council to Respond to the COVID-19 Epidemic, 2021), for identification of patients, emergency nurses in China need to pre-examine them, categorize them into high and low-exposure-risk groups, and then guide the high-risk groups to treatment in an isolated area. In terms of care for suspected and confirmed patients, emergency nurses are involved in providing support and symptomatic treatment, transferring of confirmed patients to a designated unit, and serving as a communication bridge between doctors and patients. To prevent the spread of the disease, emergency nurses must adhere to standard procedures including hand hygiene, wearing personal protective equipment (PPE), respiratory hygiene and cough etiquette, cleaning and disinfection management, and medical waste management (Comprehensive Group of Joint Prevention and Control Mechanism of the State Council to Respond to the COVID-19 Epidemic, 2021; Deitrick, Adams, & Davis, 2020).

Optimal COVID-19 management of emergency nurses could help to reduce the rate of missed diagnosis in high-risk COVID-19 patients, reduce the waiting time in the emergency department, and avoid the occurrence of cluster infections and cross-infection (Comprehensive Group of Joint Prevention and Control Mechanism of the State Council to Respond to the COVID-19 Epidemic, 2021). Since the COVID-19 pandemic, several studies have explored practices regarding COVID-19 management among healthcare workers and general nurses around the world (Kamacooko et al., 2021; Limbu, Piryani, & Sunny, 2020; Olum, Chekwech, Wekha, Nassozi, & Bongomin, 2020; Wen, Wang, Li, & Gu, 2021; Zhang et al., 2020). Findings have been inconsistent, which may be due to the different timings and different contexts of the studies. However, up until now, there has been no study assessing practices regarding COVID-19 management specific to emergency nurses.

There are several factors which may contribute to COVID-19 management practices among healthcare providers, and these factors can be divided into organizational and personal. Organizational factors include lack of PPE, lack of decision rights related to workflow, limited staffing and allocation of staff resources, and lack of communication between hospital administration and frontline workers on evolving changes (Fernandez et al., 2020). Personal factors include age, work experience, knowledge, and attitudes (Fernandez et al., 2020; Jeong &



Kim, 2022; Rastogi et al., 2021; Wen et al., 2021). This study focused on exploring modifiable personal factors including knowledge and attitudes regarding COVID-19 management among emergency nurses.

Knowledge regarding COVID-19 management refers to an emergency nurse's understanding of COVID-19 management, including identification of patients, care for suspected and confirmed patients, and prevention of the spread of infection. Previous studies have shown a good level of knowledge regarding COVID-19 management among general nurses and other healthcare workers (Kamacooko et al., 2021; Limbu et al., 2020; Nemati, Ebrahimi, & Nemati, 2020; Saqlain et al., 2020; Wen et al., 2021; Zhang et al., 2020). Weak positive correlations ($r = 0.08$ to 0.14) between knowledge and attitude regarding COVID-19 management were reported, but the relationship between knowledge and practice was not clearly confirmed ($r = 0.04$ to 0.15) (Kamacooko et al., 2021; Limbu et al., 2020; Rastogi et al., 2021; Saqlain et al., 2020; Wen et al., 2021).

Emergency nurses' attitude is important to their practice regarding COVID-19 management. A positive attitude could promote an effective disease management (Kemppainen, Tossavainen, & Turunen, 2013). Attitudes regarding COVID-19 management refer to feelings or opinions toward COVID-19 management, including emotional state during the COVID-19 pandemic, willingness and confidence regarding COVID-19 management, and beliefs based on COVID-19 management knowledge. Previous studies found both positive attitudes (Bekele, Sheleme, Fekadu, & Bekele, 2020) and negative attitudes towards COVID-19 management among healthcare workers, including general nurses (Limbu et al., 2020; Wen et al., 2021; Zhang et al., 2020). Weak to moderate positive correlations ($r = 0.13$ - 0.55) between attitudes and practices were reported (Kamacooko et al., 2021; Rastogi et al., 2021; Saqlain et al., 2020; Wen et al., 2021).

Although the COVID-19 situation has subsided, China remains committed to a dynamic Zero-COVID epidemic prevention strategy. China is committed to the race against the virus through quickly detecting, identifying, and dealing with it, and then cutting its chain of transmission. This has placed great demands on emergency nurses during COVID-19 management. To enhance the quality of COVID-19 management among emergency nurses, it is necessary to understand the current situation of their knowledge, attitudes, and practices regarding COVID-19 management. Results from previous Chinese studies (Wen et al., 2021; Zhang et al., 2020) could not be generalized in order to capture the knowledge, attitudes, and practices regarding COVID-19 management among emergency nurses due to different working contexts between emergency nurses and other healthcare providers working elsewhere. This study aimed to explore the knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 management among emergency nurses, and the relationships among these variables. The gained information is a valuable basis of information for relevant targeted training and policies in the evolving COVID-19 pandemic in order to guide nurses in prioritizing protection and avoiding occupational exposure.



Objectives

To explore the knowledge, attitudes, and practice regarding COVID-19 management, and their relationships among emergency nurses in Chengdu, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was based on the Knowledge-Attitude-Practice (KAP) Model (Schwartz, 1976) and the literature review. According to Schwartz, there are correlations between knowledge and attitude, knowledge and practice, and attitude and practice. The relationships among knowledge, attitude, and practice are potentially reciprocal and dynamic (Schrader & Lawless, 2004). Knowledge refers to the emergency nurse's understanding of COVID-19 management, including identification of patients, care for suspected and confirmed patients, and prevention of the spread of infection. Attitude refers to emergency nurses' feelings or opinions toward COVID-19 management, including emotional state during the COVID-19 pandemic, willingness and confidence regarding COVID-19 management, and beliefs based on COVID-19 management knowledge. Practice refers to emergency nurses' actions regarding COVID-19 management including identification of patients, care for suspected and confirmed patients, and prevention of the spread of infection. In this study, the researchers assume that there is a positive correlation in knowledge and attitude, knowledge and practice, and attitude and practice.

Methods

Population and Sample

The target population was registered nurses who worked in emergency departments in Chengdu, China.

Samples were 308 registered nurses working in emergency departments in Chengdu, China, who met the inclusion criteria which included 1) working in the emergency department for more than 1 year, and 2) agreeing to participate in the study. Nurse administrators were excluded. The sample size was calculated using Yamane's (1967) formula at the level of significance of 0.05.

Research Instruments

1. The Demographic Data Form was developed by the researchers based on the literature review.

2. The Knowledge, Attitude, and Practice Questionnaire (KAP Questionnaire) was developed by the researchers based on the Chinese Infection Prevention and Control Technical Guide in Health Care Settings (third edition) (Comprehensive Group of Joint Prevention and Control Mechanism of the State Council to Respond to the COVID-19 Epidemic, 2021) and the literature review. The questionnaire includes three sections, which are knowledge, attitudes, and practices.

The knowledge section contained 20 items. Each item had 3 answer options (true, don't know, false). A score of 1 was given for each correct answer and a score of 0 was given for each "don't know" or wrong answer. The possible knowledge score ranged from 0 to 20. Bloom's



cutoff points were used to assess knowledge: 80-100% = good, 60-79% = moderate, and less than 60% = poor (Bloom, 1968). The total score was used in the analysis to examine the relationships among the study variables.

The attitude section contained 8 items. Each item had a 5-point Likert scale with answers from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). Mean score was used to calculate the total attitude score. The scores of two negative items were reversed before calculating the mean score with the possible scores ranging from 1 to 5. According to the 5-point Likert scale for the attitude items, a midpoint score (score 3) meant neither agree nor disagree (neutral attitude); therefore, this was used as a cut-off for positive and negative. A score of less than 3 meant a negative attitude and more than 3 meant a positive attitude. The total score was used in the analysis to examine the relationships among the study variables.

The practice section contained 18 items. Each item had a 5-point Likert scale with answers from 1 (never) to 5 (always). Mean score was used to calculate the total practice score. The possible score ranged from 1 to 5. The midpoint score (score 3 = sometimes) was used as a cut-off for good and poor practice. A score of less than 3 meant poor practice and a score of more than 3 meant good practice. The total score was used in the analysis to examine the relationships among the study variables.

Validity and reliability of research instruments

The KAP Questionnaire was validated by a panel of 6 experts, include two nursing instructors who were experts in COVID-19 management, two nurses who had experienced related to COVID-19 management in emergency departments, one nurse who had experience working in emergency departments in China, and one nurse who had experienced related to COVID-19 management in China. An item-objective congruence (IOC) score for each item yielded IOC scores from 0.67 to 1.

The KAP Questionnaire was tested for internal consistency with 10 emergency nurses. The Cronbach's coefficient alphas of the knowledge, attitudes, and practices sections were 0.70, 0.72, and 0.77, respectively.

Ethical Considerations

The study has been approved by the Institutional Review Board of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, COA No. 056/2022. Before data collection, participants received an electronic consent form in Chinese. In addition, confidentiality and anonymity of individual responses were ensured. Participants were informed that the questionnaires were anonymous, and their identities were not disclosed in study reports or research publications.

Data Collection

The data collection was conducted online via the Questionnaire Star APP in July 2022. The Questionnaire Star APP uses a unique WeChat ID as an account, and each account can answer the questionnaire only once. The steps are as follows:



1. The researcher advertised the research study at emergency departments in accessible hospitals and provided a QR code for the informed consent form.
2. After the participants gave their electronic informed consent, they received a link to answer the online questionnaires.

Data Analysis

All statistical analysis was performed using IBM SPSS 26. Descriptive statistics were used to analyze the demographic data, as well as the data on knowledge, attitudes, and practices. Pearson's correlation analysis was used to examine correlations between variables. The statistical significance was set at 0.05.

Results

The participants were 308 emergency nurses, aged between 21-54 with a mean age of 31.68 (SD = 6.40). The demographic characteristics of the participants are presented in Table 1.

Participants' knowledge regarding COVID-19 management was at a good level with a mean score of 16.30 (SD = 1.53, range 8-20). Regarding participants' scores for knowledge, 220 participants (71.43%), 87 participants (28.25%), and one participant (0.32%) had good knowledge scores (≥ 16), moderate scores (12-15), and poor scores (< 12), respectively. Regarding the correct responses for each item, there were 5 out of 20 items in which less than 80% of the participants answered correctly, as presented in Table 2.

The participants in this study had a positive attitude toward COVID-19 management with a total mean score of 3.57 (SD = 0.40, range 2.38-5.00). There were 15 participants (4.87%) with total mean scores of less than 3.00, which indicates a negative attitude, and there were 7 participants (2.27%) with total mean scores of 3.00. Six items had mean scores of more than 3.00, which indicated a positive attitude toward COVID-19 management. There were two items, including anxiety and fear for infection, which had mean scores of less than 3.00, which indicated a negative attitude, as presented in Table 3.

There was good practice of COVID-19 management among participants, with a total practice mean score of 4.76 (SD = 0.33, range 2.56-5.00). All practice items had mean scores over 3.00, which indicated good practice of COVID-19 management, as presented in Table 4.

There were statistically significant weak positive correlations between knowledge and attitude ($r = 0.18$, $p < 0.01$), and attitude and practice ($r = 0.33$, $p < 0.001$). There was also a weak positive correlation between knowledge and practice ($r = 0.11$), but it was not statistically significant.



Table 1 Demographic Characteristics of the Participants (n = 308)

Demographic characteristics	Frequency (%)
Gender	
Females	263 (85.39)
Males	45 (14.61)
Education Level	
Associate Degree	88 (28.57)
Bachelor's Degree	219 (71.11)
Master's Degree	1 (0.32)
Years of working experience in ED (mean 6.80, SD 5.73, range 1-35)	
≤ 5 years	165 (53.57)
6-10 years	67 (21.75)
11-15 years	59 (19.16)
>15 years	17 (5.52)
Ever had training for COVID-19 management	
Yes	289 (93.83)
No	19 (6.17)

Table 2 Knowledge items that have less than 80% correct responses (n = 308)

Items	Management aspects	Frequency (%)
1) Medical staff and drivers who transport confirmed patient should replace a full set of personal protective equipment every 4 hours.	Care for suspected/confirmed patients	64 (20.78)
2) Hand sanitizer containing ethanol and other ingredients that is effective against COVID-19 in both visible dirt and non-visible dirt situation.	Prevention of the spread of infection	87 (28.25)
3) Chlorhexidine can be used to inactivate the virus.	Prevention of the spread of infection	155 (50.32)
4) Medical waste generated by confirmed or suspected patients should be tightly sealed in a one-layer bag and marked with "infectious waste".	Prevention of the spread of infection	199 (64.61)
5) A person, who has been vaccinated, having runny nose and low-grade fever, is not a suspicious case of COVID-19 infection.	Identification of the patients	202 (65.58)



Table 3 Attitude scores by item (n = 308)

Items	$\bar{X}$ (SD)
1) Anxiety for infection when working in screening and triage area*	2.67 (0.88)
2) Fear for infection when taking care of suspected/confirmed patients*	2.57 (0.88)
3) Willing to care for suspected/confirmed patients	3.67 (0.71)
4) Confidence in providing standard care to suspected/confirmed patients	3.85 (0.63)
5) Belief in prevention effect of appropriately wearing a qualified mask	3.90 (0.70)
6) Belief in prevention effect of frequent hand hygiene	3.89 (0.70)
7) Belief in prevention effect of frequent cleaning of high-touch objects	3.81 (0.79)
8) Belief in prevention effect of appropriate use of PPE while caring for confirmed patient	4.19 (0.51)

Note *Reversed score was calculated.

Table 4 Practice scores by item (n = 308)

Items	$\bar{X}$ (SD)
1) Check temperature of every patient	4.76 (0.48)
2) Check COVID-19 signs & symptoms of every patient	4.60 (0.62)
3) Check the exposure history of patients	4.61 (0.66)
4) Check the travel code of patients	4.79 (0.52)
5) Transfer suspicious patients to fever clinic	4.72 (0.63)
6) Monitor vital signs, blood oxygen saturation, and consciousness of all critical cases	4.67 (0.78)
7) Appropriately wear PPE during transfer of confirmed patients	4.77 (0.62)
8) Make confirmed patient wear proper mask during transfer	4.75 (0.67)
9) Transfer confirmed patients in negative pressure ambulance	4.03 (1.51)
10) Replace a full PPE set immediately after each transport mission	4.64 (0.94)
11) Perform five moments hand hygiene	4.87 (0.42)
12) Wash hands with running water and hand sanitizer when there is visible dirt on hand	4.93 (0.29)
13) Wear surgical mask and, other PPE (if necessary) while performing pre-screening and triage	4.84 (0.46)
14) Wear qualified medical masks in working environment	4.78 (0.69)
15) Remind any entering person who is not wearing a mask	4.88 (0.38)
16) Discard disposable medical devices immediately after each use in infectious waste container	4.88 (0.43)
17) Place patient in different area based on COVID-19 risk and critical situation	4.85 (0.41)
18) Put suspected/confirmed patients' medical waste in infectious waste container	4.84 (0.44)



Discussion

The findings from this study indicated a good level of knowledge, a positive attitude, and good practice regarding COVID-19 management. The good level of knowledge among emergency nurses found in this study is consistent with earlier studies conducted with general nurses and other healthcare workers in China (Wen et al., 2021; Zhang et al., 2020), and other countries (Kamacooko et al., 2021; Limbu et al., 2020; Nemati et al., 2020; Saqlain et al., 2020). As this study was conducted during the ongoing COVID-19 pandemic in China, where the government insists on timely and accurate information disclosure, the good level of knowledge among emergency nurses in this study is not surprising. COVID-19 management training, which most participants (93.83%) received (Table 1), may contribute to the good level of knowledge found in this study.

However, when taking a closer look at each participant's knowledge score, 28.25% of participants had a moderate level, and 0.32% had a poor level of knowledge. Moreover, there were five items which had less than 80.00% answering correctly, and two of these five had less than 50% answering correctly (Table 2). Among those five items, three items were about knowledge related to prevention of the spread of infection, which is critical for avoidance of cluster infections and cross-infection occurrence. One item related to knowledge regarding replacement of personal protective equipment after caring for confirmed patients, which is necessary for cross-infection prevention. Another item was about knowledge related to identification of suspicious cases, which is important for reducing the rate of missed diagnoses in high-risk patients (Comprehensive Group of Joint Prevention and Control Mechanism of the State Council to Respond to the COVID-19 Epidemic, 2021). These findings indicate the necessity of targeted knowledge improvement among emergency nurses. Misunderstanding of content should be corrected and emphasized via official information resources. Also, training or retraining may be targeted at those who have less than a good level of knowledge to deepen their understanding of COVID-19 management.

Participants in this study had positive attitudes toward COVID-19 management, as indicated by the total mean score of 3.57 (SD = 0.40) (Table 3). Since attitudes have been explored using different definitions and by different measurement tools in previous studies, comparing overall results should be done with caution. This study's findings showed positive attitudes towards the prevention effects of wearing masks, hand hygiene, and cleaning the environment, among participants (Table 3), which was similar to previous studies (Kamacooko et al., 2021; Rastogi et al., 2021). In terms of willingness and confidence to perform patient care, this study showed positive attitude findings consistent (Table 3) with studies published in 2021 (Kamacooko et al., 2021; Wen et al., 2021). However, the results were inconsistent with an earlier study from Uganda, which reported that only 44% of the healthcare workers had confidence in COVID-19 management (Olum et al., 2020).



One possible explanation for the positive attitude findings in this study might be because of the impact of Chinese anti-pandemic policy. Evidence has shown that 90.8% of Chinese hold a positive attitude towards COVID-19 because of the active role of the government in fighting the pandemic (Zheng, Chen, & Ma, 2021). Another explanation is that this study was undertaken during the ongoing phase of the pandemic when there was better understanding of the disease and more effective management, compared to the earlier phase of the pandemic, when there was limited knowledge. Almost all participants in this study were trained for COVID-19 management (Table 1). This may contribute to their positive attitude towards COVID-19 management.

However, the study results showed mean scores of less than 3.00 in items about anxiety for infection and fear of infection, which indicated negative attitudes. These findings were similar to previous studies (Limbu et al., 2020; Zhang et al., 2020). Since working in screening and triage areas and taking care of suspected/confirmed patients places emergency nurses at greater risk of infection, it was not surprising to find such negative feelings among them.

Practices regarding COVID-19 management consist of identification of patients, care for suspected and confirmed patients, and prevention of spread of the disease. This study's findings revealed good practices of overall COVID-19 management among emergency nurses and for each item of management (Table 4). Since this is the first study examining practice regarding COVID-19 management among emergency nurses and because COVID-19 management in emergency departments in China is different from COVID-19 management in other contexts, there are some limitations in comparing our findings with previous studies. The good practices found in this study may be influenced by trainings received, good knowledge, and good attitudes of the participants. However, we did not find a significant correlation between knowledge and practice.

The participants reported good practice levels for all items (Table 4). These findings are somewhat different from previous studies' results. Poor practice levels regarding care for suspected or confirmed patients, which may be the result of PPE shortage, were reported in other countries (Kamacooko et al., 2021; Olum et al., 2020). When this study was conducted, there was no shortage of PPE or healthcare personnel in China which could also contribute to good practice levels in this study. Another possible reason for good practice results may be the Chinese government's strict policy regarding COVID-19 management, in which all responsible medical institutions are mandated to strengthen pre-screening and management for COVID-19 (Comprehensive Group of Joint Prevention and Control Mechanism of the State Council to Respond to the COVID-19 Epidemic, 2021). However, the good practice levels in this study could be possibly inflated by a self-reporting effect.

There was a weak positive correlation between knowledge and attitude ($r = 0.18, p < 0.01$) found in this study which was consistent with our assumption and with earlier studies (Kamacooko et al., 2021; Rastogi et al., 2021; Saqlain et al., 2020; Wen et al., 2021). Knowledge is a prerequisite for forming positive attitudes, and adequate knowledge could promote the development of positive attitudes (Abdel Wahed, Hefzy, Ahmed, & Hamed, 2020). Healthcare workers with



adequate knowledge could have more confidence to deal with the COVID-19 pandemic, which results in positive attitudes (Zhang et al., 2020).

The weak positive correlation between attitude and practice ($r = 0.33$, $p < 0.001$) in this study confirmed earlier findings (Kamacooko et al., 2021; Rastogi et al., 2021; Saqlain et al., 2020; Wen et al., 2021). The positive attitudes regarding COVID-19 management reported by the participants may contribute to their good practices. According to Schwartz's KAP model (1976), it also possible that the participants' COVID-19 management practices could influence their attitudes.

The non-significant weak positive correlation between knowledge and practice may indicate that only knowledge is not enough to change practice. Factors influencing COVID-19 management practices include both personal and organizational factors (Fernandez et al., 2020). To optimize COVID-19 management, therefore, it is necessary to target not only enhancing knowledge, but also promoting attitudes among emergency nurses and other influencing factors.

Implication of Research Findings

The results of this study could be used as basic information for relevant targeted trainings and policies during the ongoing COVID-19 pandemic, especially in China.

Recommendations for Further Research

Further studies should be taken to explore other influencing factors of COVID-19 management among emergency nurses. A training program for emergency nurses emphasizing misunderstood issues could also be developed and tested for its effects.

References

- Abdel Wahed, W. Y., Hefzy, E. M., Ahmed, M. I., & Hamed, N. S. (2020). Assessment of knowledge, attitudes, and perception of health care workers regarding COVID-19, a cross-sectional study from Egypt. *Journal of Community Health*, 45(6), 1242–1251.
- Bekele, F., Sheleme, T., Fekadu, G., & Bekele, K. (2020). Patterns and associated factors of COVID-19 knowledge, attitude, and practice among general population and health care workers: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, 8. doi: 10.1177/2050312120970
- Bloom, B. S. (1968). Learning for Mastery. Instruction and curriculum. Regional education laboratory for the Carolinas and Virginia, topical papers and reprints, number 1. *Evaluation Comment*, 1(2), n2.
- Comprehensive Group of Joint Prevention and Control Mechanism of the State Council to Respond to the COVID-19 Epidemic. (2021). *Notice on issuing the technical guidelines for the prevention and control of COVID-19 infection in medical institutions* (3rd ed.). Retrieved from http://www.gov.cn/xinwen/2021-09/14/content_5637141.htm



- Deitrick, K., Adams, J., & Davis, J. (2020). Emergency nursing care of patients with novel coronavirus disease 2019. *Journal of Emergency Nursing*, 46(6), 748–759.
- Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 111. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103637
- Jeong, S., & Kim, J. (2022). Factors influencing nurses' intention to care for patients with COVID-19: Focusing on positive psychological capital and nursing professionalism. *PLOS ONE*, 17(1). doi: 10.1371/journal.pone.0262786
- Kamacooko, O., Kitonsa, J., Bahemuka, U. M., Kibengo, F. M., Wajja, A., Basajja, V., ... Ruzagira, E. (2021). Knowledge, attitudes, and practices regarding COVID-19 among healthcare workers in Uganda: A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). doi: 10.3390/ijerph18137004
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: An integrative review. *Health Promotion International*, 28(4), 490–501.
- Limbu, D. K., Piryani, R. M., & Sunny, A. K. (2020). Healthcare workers' knowledge, attitude and practices during the COVID-19 pandemic response in a tertiary care hospital of Nepal. *PLOS ONE*, 15(11). doi: 10.1371/journal.pone.0242126
- Nemati, M., Ebrahimi, B., & Nemati, F. (2020). Assessment of Iranian nurses' knowledge and anxiety toward COVID-19 during the current outbreak in Iran. *Archives of Clinical Infectious Diseases*, 15(COVID-19): e102848. doi: 10.5812/archcid.102848
- Olum, R., Chekwech, G., Wekha, G., Nassozi, D. R., & Bongomin, F. (2020). Coronavirus disease-2019: Knowledge, attitude, and practices of health care workers at Makerere University teaching hospitals, Uganda. *Frontiers in Public Health*, 8, 181.
- Rastogi, A., Syed, S., Bansal, A., Ramalingam, A., Sharma, T., Kumar, V., ... Varshney, M. (2021). Knowledge, attitude, and practice toward prevention and management of COVID-19 among Indian nurses: A cross-sectional study. *Journal of Applied Sciences and Clinical Practice*, 2(1), 14.
- Saqlain, M., Munir, M. M., Rehman, S. U., Gulzar, A., Naz, S., Ahmed, Z., ... Mashhood, M. (2020). Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: A cross-sectional survey from Pakistan. *Journal of Hospital Infection*, 105(3), 419–423.
- Schrader, P. G., & Lawless, K. A. (2004). The knowledge, attitudes, & behaviors approach how to evaluate performance and learning in complex environments. *Performance Improvement*, 43(9), 8–15.
- Schwartz, N. E. (1976). Nutrition knowledge, attitudes and practices of Canadian public health nurses. *Journal of Nutrition Education*, 8(1), 28–31.
-



Wen, X., Wang, F., Li, X., & Gu, H. (2021). Study on the knowledge, attitude, and practice (KAP) of nursing staff and influencing factors on COVID-19. *Frontiers in Public Health*, 8. doi: 10.3389/fpubh.2020.560606

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

Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis*. New York: Harper & Row.

Zhang, M., Zhou, M., Tang, F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L., & You, G. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *The Journal of Hospital Infection*, 105(2), 183–187.

Zheng, L., Chen, K., & Ma, L. (2021). Knowledge, attitudes, and practices toward COVID-19 among construction industry practitioners in China. *Frontiers in Public Health*, 8. doi: 10.3389/fpubh.2020.599769



Factors Related to Readiness for Hospital Discharge Among Stroke Patients in Sichuan Province, the People's Republic of China*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองในมณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ซูเหลียน เฉิน**

Xuelian Chen**

จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช***

Chiraporn Tachaudomdach***

ทศพร คำพลศิริ****

Totsaporn Khampolsiri****

Abstract

Readiness for hospital discharge is a characteristic of a successful health and illness transition from hospital to home. The purposes of this descriptive correlational study were 1) to study readiness for hospital discharge, the quality of discharge teaching, and care coordination among stroke patients; and 2) to explore the relationships between quality of discharge teaching, care coordination, and readiness for hospital discharge among stroke patients. The samples included 158 stroke patients admitted at neurological departments of three municipal tertiary hospitals in Sichuan province, the People's Republic of China, and they were purposively selected. The research instruments included the Data Recording Form, the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS), the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS), and the Patient Continuity of Care Questionnaire (PCCQ). The reliability coefficients of the RHDS, QDTS, and PCCQ were 0.80, 0.88, and 0.81, respectively. Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation were used to analyze data.

The results of the study revealed that:

1. The overall score of readiness for hospital discharge among stroke patients was at a high level ($\bar{X} = 176.06$, $SD = 18.48$), quality of discharge teaching was at a moderate level ($\bar{X} = 117.28$, $SD = 19.38$), and care coordination was at a high level ($\bar{X} = 110.02$, $SD = 8.38$).

2. There was a significantly moderate positive correlation between quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge ($r = .33$, $p = .000$), and a significantly weak positive correlation between care coordination and readiness for hospital discharge ($r = .23$, $p = .004$).

The results of the study could be used baseline information for Chinese nurses to develop strategies to improve readiness for hospital discharge to facilitate stroke patients' hospital discharge.

Keywords: Readiness for hospital discharge; Quality of discharge teaching; Care coordination; Stroke patients

* 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: xuelian_c@foxmail.com

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

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



บทคัดย่อ

ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นตัวชี้วัดถึงความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแล ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย การประสานการดูแล กับความพร้อมในการจำหน่ายในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 158 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยโรคระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ 3 แห่งในมณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (RHDS) แบบประเมินคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย (QDTS) และแบบสอบถามประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (PCCQ) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ RHDS, QDTS, PCCQ เท่ากับ 0.80, 0.88, และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank-order correlation

ผลการศึกษานี้พบว่า

1. คะแนนความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 176.06$, $SD = 18.48$) คะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 117.28$, $SD = 19.38$) และคะแนนการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 110.02$, $SD = 8.38$)

2. คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p = .000$) และการประสานการดูแลมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23$, $p = .004$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในประเทศจีนในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อปรับปรุงการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างสำเร็จ

คำสำคัญ: ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย การประสานการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: xuelian_c@foxmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and Significance

The situation of stroke is critical in the world, especially in China, where the latest age-standardized prevalence of stroke is statistically greater than that reported three decades ago (Wang et al., 2017). Furthermore, stroke may be the most serious threat to Chinese health within the next 20 years (Wang, Wang, Pen, & Xu, 2017).

At the time of discharge, stroke patients always maintain numerous deficits in physical and cognitive function (e.g., dysphagia, urinary and fecal incontinence, pain, hearing loss, and so on) which normally remain for a long time and bring complications, such as falls, joint contracture, anxiety, and depression. Those deficits are also statistically associated with stroke patients' social participation, psychosocial well-being, and quality of life (QoL) (Winstein et al., 2016).

In China, the hierarchical medical system is being conducted to manage stroke, where multidisciplinary cooperation focuses on hospitalization, follow-up program, and rehabilitation schemes concentrated on the post-discharge phase (Wang et al., 2016). However, only 25.93% of stroke patients received health services after discharge (Ru et al., 2013), the readmission of stroke patients in China is significantly higher than in several other countries (Miao, Zhao, Tu, Geng, & Yang, 2016). Overall, the poor management of stroke after discharge requires that stroke patients must have a good status before discharge (Ru et al., 2013).

Patients' status is always associated with the management in hospitals. Clinically, other than the discharge criteria which is frequently used, readiness for hospital discharge is also an essential characteristic (Galvin, Wills, & Coffey, 2017). Simultaneously, discharge teaching and care coordination are regarded as essentially important factors for preparing for patients' discharge from hospitals (Weiss et al., 2007). Previous studies reported discharge teaching and care coordination are the most strongly correlated factors of readiness for hospital discharge among many patients (Bobay, Jerofke, Weiss, and Yakusheva, 2010; Weiss et al., 2007). Accordingly, studying the perception of readiness for hospital discharge, quality of discharge teaching, and care coordination of stroke patients may be helpful for nurses to know stroke patients' state of discharge and experience of hospitalization. Besides, exploring the relationships between quality of discharge teaching, care coordination, and readiness for hospital discharge may be beneficial for nurses in order to facilitate stroke patients for successful discharge.

Nowadays, readiness for hospital discharge has become increasingly important for patients' safety, satisfaction, and outcomes (Weiss et al., 2007). Patients with poor readiness for hospital discharge face more adverse post-discharge issues, such as coping difficulties and increased health care utilization (e.g., ED visit, readmission) (Weiss et al., 2007; Weiss, Yakusheva, & Bobay, 2011). High readiness for hospital discharge indicates patients are in good discharge preparation and can avoid more negative consequences (Weiss et al., 2007). Besides, stroke is complicated by recurrence and post-discharge coping difficulty. Thus, determination of readiness for hospital discharge achievement among stroke patients is necessary to ensure successful hospital discharge.

Quality of discharge teaching is an essential component for nurses to prepare patients to discharge successfully (Weiss et al., 2007). Previous studies have examined improved discharge



teaching as significantly related to high satisfaction levels and decreased readmission (Anderson, 2017); weak quality of discharge teaching was associated with high post-discharge utilization costs and coping difficulties (Weiss et al., 2011). Thus, studying the quality of discharge teaching is beneficial for knowing stroke patients' perception of discharge teaching and predicting possible outcomes.

Care coordination was one priority area for health care quality improvement to benefit a broad array of patients (Corrigan & Adams, 2003). Claiborne (2006) supported that good care coordination helped stroke patients receive more benefits (e.g., cost savings, more social participation, and lower depression). Simultaneously, stroke patients with poor care coordination had decreased rates of discharge from long-term care facilities and increased 30-day mortality (Kapral et al., 2013). Therefore, studying care coordination among stroke patients during hospital stays is helpful for knowing their perceptions of care coordination and surmising the possible results.

From the literature, numerous studies found a significant relationship between quality of discharge teaching, care coordination, and readiness for hospital discharge among patients (Srirat & Panuthai, 2017; Suwan, Panuthai, Lasuka, & Khampolsiri, 2018; Suwan et al., 2016). However, no such study has been found among stroke patients. Furthermore, three existing studies (Green, 2013; Mukhoirotin, Khusniyah, & Kriswanto, 2016; Huang, Lin, Chang, Huang, Chen, & Yang, 2015) explored readiness for hospital discharge of stroke patients with the same instrument with different analysis methods in China, Indonesia, and the United States. Also, studies related to quality of discharge teaching and care coordination among stroke patients were not found.

Sichuan province is located in the southwest of China; Chengdu city is the capital of Sichuan province and has several levels of hospitals, national, provincial, and municipal, which stand as the general medical level of each city in this province. As stroke is also the leading cause of death in Sichuan province (Sichuan Province Bureau of Statistics, 2017), and studies related to readiness for hospital discharge and correlated factors among stroke patients in this area have not been found, it is necessary to conduct a study to fill this gap.

Objectives

This study aimed to explore:

1. Readiness for hospital discharge, quality of discharge teaching, and care coordination among stroke patients.
2. The relationships between quality of discharge teaching, care coordination, and readiness for hospital discharge among stroke patients in Sichuan province, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was based on Weiss et al.'s (2007) model of patients' transition from the hospital. Discharge from hospital to home is an illness transition, and the quality of discharge teaching and care coordination compose the nursing therapeutics that lead to readiness for hospital discharge to facilitate patients' successful hospital discharge. Readiness for hospital discharge refers to stroke patients' perception of their immediate state



and their abilities related to managing care needs in the home environment. There are four components of readiness for hospital discharge: 1) personal status, 2) knowledge, 3) coping ability, and 4) expected support. Quality of discharge teaching refers to stroke patients' perception of quality of discharge in preparation for discharge to home, in terms of the amount of content received and the skill of the nurses in delivering the content. Care coordination refers to stroke patients' perception of the management of care in terms of relationships in the hospital, information transfer, follow-up management, and communication management among several participants after chronic diseases to facilitate successful hospital discharge. Stroke patients with a high level of quality of discharge teaching and care coordination lead to a greater perception of readiness for hospital discharge. Accordingly, it is hypothesized that higher quality of discharge teaching and care coordination is associated with a greater perception of readiness for hospital discharge among stroke patients.

Methodology

This study was a descriptive correlational study conducted among stroke patients in Sichuan province, China.

Population and Sample

The target population of this study was stroke patients in Sichuan province, the People's Republic of China.

The sample of this study was stroke patients from three municipal tertiary hospitals in Chengdu City. Inclusion criteria included the following: ≥ 18 years; able to understand and speak Chinese language; cognitive ability intact, as determined by a score on the Mental State Questionnaire (MSQ) equal to or above 8 out of 10; and scheduled to be discharged home. The sample size was 158 calculated by Yamane's (1973) formula. The proportional stratified purposive sampling method was used for the sample selection from the neurologic departments of three municipal tertiary hospitals.

Research Instruments

The instrument for this study was a questionnaire consisting of five parts:

1. The Data Recording Form developed by the researcher, including demographic data (age, gender, educational level, religion, marital status, living status, insurance type, number of family members, and monthly family income) and clinical data (type of stroke, length of stay (LOS), whether patient had previous hospital admissions with the same or different diagnoses, activity of daily living: ADL).

2. The Modified Barthel Index (MBI) consisting of 10 items which measured ADL, with a high score indicating great independence (Min, Wu, & Yan, 2008).

3. The Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS)-Adult version was used to determine readiness for hospital discharge. It was developed by Weiss and Piacentine (2006) and translated into Chinese by Zhao, Feng, Yu, Gu, and Ji (2015). The 23 items included: the first item was a dichotomous yes/no question about whether patients perceived being ready for discharge; the last 22 numeric items consisted of items related to personal status (7 items), knowledge (8 items), coping ability (3 items), and expected support (4 items) with an 11-point numerical rating scale (0 = not at all, 10 = totally) and possible scores ranging from 0 to 220 (Low = 0-73; Moderate = 74-147; High = 148-220) (Kunthakhu, Watthannakitkrileart,



Pongthavornkamol, & Dumavibhat, 2009).

4. The Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS) was used to determine the quality of discharge teaching. It was developed by Weiss and Piacentine (2006) and translated into Chinese by Wang, Wang, and Yang (2016). The 18 items included content received (6 items) and content delivery (12 items) with an eleven-point numerical rating scale (0 = not at all, 10 = a great deal or always). Possible scores ranged from 0 to 180 (Low = 0-60; Moderate = 61-120; High = 121-180) (Kunthakhu et al., 2009).

5. The Patient Continuity of Care Questionnaire (PCCQ); the before-discharge part was developed by Hadjistavropoulos, Biem, Sharpe, Bourgault-Fagnou, & Janzen (2008) and is used to measure care coordination. The 27 items include items were related to relationships in the hospital (7 items), information transfer (13 items), follow-up management (5 items), and communication management (2 items) with a 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). The possible scores range from 27 to 135 (Low = 27-63; Moderate = 64-100; High = 101-135) (Srirat & Panuthai, 2017). It was translated into Chinese by the researcher using the back-translation methods (Strickland, Lenz, & Waltz, 2005) without any modification.

The reliability of the instruments was tested with 15 stroke patients with the same inclusion criteria as the samples. These patients were excluded from the sample of this study. The reliability coefficients of the RHDS, QDTS, PCCQ were 0.80, 0.88, and 0.81, respectively.

Ethical Considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Permission for data collection was obtained from the directors of nursing departments in the selected hospitals. All potential samples were provided with written and verbal information regarding the study purposes and processes, protection of confidentiality and anonymity, and the right to refuse, decline to participate or withdraw from the study at any time. All samples were asked to sign a written consent form by a written or thumbprint signature. Signed informed consent was obtained from all samples prior to entering the study.

Data Collection

Questionnaires, by reading with repetition but no explanation and recording answers, were used to collect data. By the day before discharge, the researcher had identified participants, read questionnaires, and recorded responses. Overall, a total of 176 stroke patients were eligible to participate in this study while 158 stroke patients (89.77%) agreed to participate in this study and provided 158 valid questionnaires.

Data Analysis

The data were analyzed using descriptive and inferential statistics at a 0.05 level of statistical significance. Spearman's rank-order correlation coefficient test was used to analyze the relationship between quality of discharge teaching, care coordination, and readiness for hospital discharge since data was non-normally distributed. The level of correlation was classified according to Burns and Grove (2010) ($r < 0.30$ = weak relationship, $0.30 \leq r < 0.50$ = moderate relationship, and ≥ 0.50 = strong relationship).



Results

1. Among the 158 stroke patients, half were female (51.27%) and aged from 32 to 94 with an average of 67.62 (SD = 12.37). The majority had a formal education (95.53%), had no religion (98.73%), and were married (84.18%). All participants were living with family members or caregivers (100%), most had urban medical insurance (91.14%), and monthly personal incomes were higher than CNY 2561 (89.87%). The number of family members ranged from 2 to 10 with an average of 4.70 (SD = 1.37).

2. Most participants were diagnosed with ischemic stroke (98.73%) and the LOS ranged from 7 to 34 days with an average of 13.16 (SD = 4.24). For 31.56% of the participant, there had been no previous hospital admission. Just over half (56.96%) of the participants were moderately dependent and needed some help in daily life, while 3.80% were heavily dependent, requiring full help in daily life.

3. Regarding readiness for discharge, 98.10% believed they were prepared for discharge, and the overall total score of readiness for hospital discharge was 176.06 (SD = 18.48) (Table 1). The overall total score of quality of discharge teaching was 117.28 (SD = 19.38) (Table 1). The overall total score for care coordination was 110.02 (SD = 8.38) (Table 1).

4. There was a moderate positive relationship between quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge ($r = .33$, $p < .01$) (Table 2). There was a weak positive relationship between care coordination and readiness for hospital discharge ($r = .23$, $p < .01$) (Table 2).

Table 1 Actual score, mean, standard deviation, and level of readiness for hospital discharge, quality of discharge teaching, and care coordination as perceived by participants (n = 298)

Variable	Possible score	Actual score	$\bar{X}$	SD	Level
Readiness for hospital discharge	0-220	100-210	176.06	18.48	High level
Quality of discharge teaching	0-180	49-171	117.28	19.38	Moderate level
Care coordination	27-135	85-131	110.02	8.38	High level

Table 2 Spearman's rank-order correlation coefficient between quality of discharge teaching, care coordination and readiness for hospital discharge as perceived by participants (n = 158)

Total	r
Quality of discharge teaching	.33*
Care coordination	.23*

* $p < 0.01$

Discussion

1. Readiness for Hospital Discharge

In this study, 98.10% of the participant believed they were prepared at the time of discharge. One study done in a medical center in southern Taiwan reported 94.1% of patients with cerebrovascular diseases believed they were ready to go home when discharged (Huang et al., 2015). The possible reason for this result is that only 3.80% of samples were heavily dependent and needed full help in daily life, which has been found to be an inhibitor of discharge



preparedness (Chau et al., 2012). In contrast, 46.1% of the patients were heavily dependent and needed full help in daily life in the study by Huang et al. (2015). Thus, it might be the major cause for the difference between these two studies.

In this study, the total score of readiness for hospital discharge, as perceived by the participants, was at a high level ($\bar{X} = 176.06$, $SD = 18.48$) (Table 1). This finding is consistent with previous studies among stroke patients in the United States (Green, 2013), and patients with cerebrovascular diseases in Taiwan, China (Huang et al., 2015).

Regarding the possible reasons for the high level of readiness for hospital discharge in this study, some demographic and clinical characteristics might be the reasons, such as educational level, marital status, living status, insurance, monthly personal income, and ADL. Firstly, 95.57% of the sample had a formal education; patients with high education have high readiness for hospital discharge (Huang et al., 2015). Second, 84.18% were married and might have been able to receive more support, resulting in a perception of good preparedness. Finally, only 3.80% of samples were heavily dependent, needing full help in their daily life, where high ADL has been found as a facilitator of perception of readiness (Chau et al., 2012). Another possible explanation might be the implementation of medical policy regarding stroke and the distribution of tertiary hospitals in Chengdu city, Sichuan province (Health and Family Planning Commission of Sichuan Province, 2018). The good implementation of referrals from a basic medical institute or secondary hospital to tertiary hospital increased the possibility of people receiving timely aid after a stroke, meaning that patients can recover better and achieve a good status by the time they are discharged (He, 2017). In addition, there are about 18 tertiary hospitals in Chengdu located in 5 districts. It is easy for patients to see a doctor when they encounter any problems. Thus, the participants might have confidence to be discharged to home. Overall, the above demographic and clinical characteristics, and the specific circumstances might be causes for the high level of readiness for hospital discharge in this study.

The reasons for the consistency of the levels of readiness for hospital discharge between this study and two other studies by Green (2013) and Huang et al. (2015) might be that comprehensive management of stroke is being conducted all over the world and this is mainly based on the AHA guidelines. Besides, Green's (2013) participants stayed at home or community hospitals to rehabilitate, while others in this study and in Huang et al. (2015) were discharged to home under similar discharge criteria. Therefore, this might cause the participants in these three studies to perceive the same level of readiness for hospital discharge.

2. Quality of discharge teaching

The results of this study showed the quality of discharge teaching of stroke patients at a moderate level ($\bar{X} = 117.28$, $SD = 19.38$) (Table 1). This finding is inconsistent with previous studies among hospitalized patients in a tertiary hospital in Wuhan, China (145.93 ± 29.51) (Wang et al., 2017), and in Chiang Mai, Thailand (146.01 ± 30.93) (Srirat & Panuthai, 2017), but consistent with Suwan et al.'s (2018) study among patients with COPD in 15 community hospitals in Chiang Mai, Thailand (104.28 ± 41.13).

Regarding possible reasons for the moderate level of quality of discharge teaching, a possible explanation is that patients might have received small amounts of teaching content.



Chen et al. (2011) reported existing nurse shortages and work overload result in nurses seldom teaching patients. Other possible reasons might include some of the demographic and clinical characteristics, such as age, living status, and previous hospital admission. Firstly, the mean age of all samples was 67.62 years ($SD = 12.37$). Older patients had more experience of hospitalization but received a low perception of discharge teaching, according to Liu, Huang, Li, and Yu (2016). Secondly, living with others (100%) might lead participants to mistakenly believe that other people would take care of them, leading to their ignoring the importance of teaching. Finally, 31.65% of patients had no experience receiving discharge teaching in the hospital. In conclusion, certain circumstances and several characteristics could have contributed to the patients' perception of a moderate level of quality of discharge teaching in this study.

Regarding the inconsistencies between this study and two previous studies by Wang et al. (2017) and Srirat and Panuthai (2017), a possible reason might be different diagnoses of the participants. Compared with other diseases, stroke patients need a longer duration to recover and more attention given to preventing stroke recurrence. Another possible explanation might be mild cognitive issues after stroke which may affect stroke patients resulting in short-term memory difficulties, which might influence patients' perception of quality of discharge teaching (Al-Qazzaz, Ali, Ahmad, Islam, & Mohamad, 2014). Therefore, the level of quality of discharge teaching in this study might differ from others.

Regarding the consistency between this study and the study by Suwan et al. (2018), the possible reason might be that all patients received discharge teaching from nurses both in tertiary hospitals and community hospitals. However, the impairment of both stroke and COPD might influence patients' cognitive function (Al-Qazzaz, Ali, Ahmad, Islam, & Mohamad, 2014) which could be a reason why the patients in these two studies perceived a moderate-level score on the quality of discharge teaching.

3. Care coordination

The result of this study was that care coordination, as perceived by stroke patients, was at a high level ($\bar{X} = 110.02$, $SD = 8.38$) (Table 1). The findings in this study were inconsistent with Suwan et al. (2018) in which perceptions were at a moderate level (99.83 ± 16.60), but consistent with the study by Srirat and Panuthai (2017) (114.45 ± 17.66).

Regarding possible reasons for the high level of care coordination, one possible reason is that care coordination is a complex concept with some related aspects. In this study, it reflected patients' perceptions of several participants (e.g., family members, nurses, doctors, therapists) involved in facilitating the discharge. Accordingly, the perception of care coordination was not like the quality of discharge teaching which was directly based on nurses, but involved all the people who engaged in care management. Another possible explanation might be related to age, marital status, and previous hospital admission. In this study, participants had a mean age of 67.62 ± 12.37 years; old age has been proven as a facilitator of high care coordination (Beesley et al., 2018). Besides, 84.18% of samples were married which has been confirmed as a support factor for care coordination (Beesley et al., 2018). Similarly, the 68.35% of patients who had experienced previous admission might have been able to perceive care coordination better, as shown by Beesley et al. (2018). Overall, these could be reasons why the participants perceived a high level of care coordination in this study.



As far as inconsistencies between this study and Suwan et al. (2018), possible reasons might be that the two studies were done in hospitals with different levels, and participants had significantly different LOS. There are many specialties in tertiary hospitals and multidisciplinary cooperation is emphasized more highly (Wang et al., 2016). Patients might be able to observe more healthcare providers coordinating together, thereby perceiving more favorable care coordination in tertiary hospitals. In contrast, with the limitations of human support, community hospitals are more focused on the general medical practitioner; thus, patients might see fewer healthcare providers and perceive less care coordination (Xu, 2017). Besides, the LOS in this study was 13.16 ± 4.24 days (range: 7-34), but the median LOS from Suwan et al. (2018) was 4.00 days (range :1-31). Thus, LOS might relate to care coordination and be the reason for the difference between these two studies.

In terms of the consistency of the level of care coordination between this study and the study by Srirat and Panuthai (2017) (114.45 ± 17.66) which was at a high level, a possible reason might be the conducting of multidisciplinary cooperation in tertiary hospitals. Patients can see lots of healthcare providers coordinate together to manage them, so they might feel like they are being taken care of by many participants (He, Li, & Li, 2016). Moreover, multiple healthcare providers also ensure the delivery of care for stroke patients. Therefore, patients might perceive higher care coordination in these two studies.

4. The relationship between quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge

The result shows that there was a significant moderately positive correlation between quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge ($r = .33$, $p < .01$) (Table 2). This result is congruent with previous studies in different contexts, for example Bobay et al. (2010) in a western country, Suwan et al. (2016) and Srirat and Panuthai (2017) in Thailand, and Zhou and Fang (2017) in China.

This finding can be explained by Weiss et al.'s (2007) model of patients' transition from the hospital, as discharge teaching was a hospital strategy to improve patients' transition condition which was manifested as readiness for hospital discharge. If there is a higher amount of discharge teaching content with professional delivery skills, the immediate state and abilities will also be higher.

Regarding discharge teaching for hospitalized stroke patients, nurses play an essential role in providing integrated and valid health education, in which self-care knowledge and skills, during both pre- and post-discharge, were included. Besides, discharge-teaching delivery influences stroke patients' reception of discharge-teaching content, and the effectiveness of discharge teaching during hospitalization. Therefore, from the combination of content received and content delivery, the quality of discharge teaching is an influencing factor on readiness for hospital discharge among stroke patients.

5. The relationship between care coordination and readiness for hospital discharge

The results of this study showed that there was a significant weak positive relationship between care coordination and readiness for hospital discharge ($r = .23$, $p < .01$) (Table 2) which is consistent with previous studies among different samples by Suwan et al. (2016) and Srirat and



Panuthai (2017) in Thailand.

This result could be explained by Weiss et al.'s (2007) model of patients' transition from the hospital, which stated that care coordination was a strategy in hospitals to assist patients in preparing for discharge. Through a series of activities by different healthcare providers involved to meet patients' needs, care coordination helps patients improve their personal status, knowledge, coping ability, and expected support, resulting in successful discharge from the hospital.

Regarding care coordination in terms of relationships in hospitals, information transfer, follow-up management, and communication management, the findings could be explained by the fact that patients received care via multidisciplinary cooperation in the hospital. The team normally includes physicians, nurses, therapists, and other professionals. Nurses in hospitals always play an essential role in health education and in coordinating the discharge planning activities with other healthcare providers. The patients normally receive oral discharge instructions and other printed instruction sheets to improve their self-care ability. In addition, knowledge about symptoms observation, medication usage, diet, excretion, and other topics are always delivered by nurses in the clinic. This coordination reveals the management of care regarding relationships, information, follow-up, and communication during hospitalization, as well as improving stroke patients to be prepared for discharge.

Conclusions

The results of this study showed that stroke patients perceived a moderate level of quality of discharge teaching, and a high level of care coordination and readiness for hospital discharge; a moderately positive relationship between quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge; and a weakly positive relationship between care coordination and readiness for hospital discharge among stroke patients in Sichuan province, China.

Implications of Research Findings

Clinical nurses need to provide an optimal amount of discharge teaching using their professional skills and coordinating with other healthcare providers to facilitate stroke patients' successful hospital discharge, thereby improving their readiness for discharge. Nursing researchers can utilize the results of this study as basic information about predictive research among patients in healthcare settings. Nursing educators can use the results of this study as basic information regarding stroke patients for future teaching among nursing students.

Recommendations for Further Research

Regarding this study's findings, recommendations for further research include conducting descriptive studies on readiness for hospital discharge among hemorrhagic stroke patients and stroke patients in hospitals with different levels.

Acknowledgement

The researcher would like to sincerely thank the Affiliated Hospital of Chengdu University for supporting me to continue my master's degree at Chiang Mai University .



References

- Al-Qazzaz, K. N., Ali, H. S., Ahmad, A. S., Islam, S., & Mohamad, K. (2014). Cognitive impairment and memory dysfunction after a stroke diagnosis: A post-stroke memory assessment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1677-1691. doi: 10.2147/NDT.S67184
- Anderson, M. (2017). *A second glance at discharge teaching* (Unpublished doctoral dissertation). Murray State University, USA.
- Beesley, L. V., Janda, M., Burmeister, A. E., Goldstein, D., Gooden, H., Merrett, D. N., ... Neale, E. R. (2018). Association between pancreatic cancer patients' perception of their care coordination and patient-reported and survival outcomes. *Palliative & Supportive Care*, 16(5), 534-543. doi: 10.1017/S1478951517000608
- Bobay, L. K., Jerofke, A. T., Weiss, E. M., & Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing*, 31(3), 178-187.
- Burns, N., & Grove, K. S. (2010). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.
- Claiborne, N. (2006). Efficiency of a care coordination model: A randomized study with stroke patients. *Research on Social Work Practice*, 16(1), 57-66.
- Corrigan, M. J., & Adams, K. (2003). *Priority areas for national action: Transforming health care quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Galvin, C. E., Wills, T., & Coffey, A. (2017). Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2547-2557.
- Green, A. (2013). *Evaluating discharge readiness of patients at a primary stroke center* (Unpublished doctoral dissertation). University of Kentucky, USA.
- Hadjistavropoulos, H., Biem, H., Sharpe, D., Bourgault-Fagnou, M., & Janzen, J. (2008). Patient perceptions of hospital discharge: Reliability and validity of a patient continuity of care questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 314-323.
- He, F., Li, F., & Li, W. (2016). Discussion on promoting hospital discipline construction under the multidisciplinary collaboration. *Chinese Hospital*, 7, 12-13. (in Chinese)
- He, M. (2017). Status and suggestion of Hierarchical medical system in Sichuan Province. *Cooperative Economy and Technology*, 15, 170-171. (in Chinese)
- Health and family planning commission of Sichuan Province. (2018). *Statistics communique on the development of health and family planning in Sichuan Province in 2017*. Retrieved from http://www.scwst.gov.cn/xx/tjxx/tjnj/201803/t20180306_15137.html (in Chinese)
- Huang, M. A., Lin, H. Y., Chang, C. K., Huang, S., Chen, C. S., & Yang, L. S. (2015). An exploration of the discharge readiness of cerebrovascular disease patients and related factors conducted at two-weeks post discharge. *Journal of Nursing and Healthcare Research*, 11(2), 148-160. (in Chinese)
- Kapral, K. M., Fang, J., Silver, L. F., Hall, R., Stampelcoski, M., O'Callaghan, C., & Tu, V. J. (2013). Effect of a provincial system of stroke care delivery on stroke care and outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 185(10), E483-E491.



- Kunthakhu, S., Watthanakitkriear, D., Pongthavornkamol, K., & Dumavibhat, C. (2009). Factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients. *Journal of Nursing Science*, 2, S1.
- Liu, S., Huang, J., Li, J., & Yu, C. (2016). Investigation and analysis of quality of discharge guidance in patients with lung cancer. *Chongqing Medical*, 36, 5139-5141. (in Chinese)
- Miao, X., Zhao, L., Tu, S., Geng, D., & Yang, R. (2016). Progress of the research on readmission rate and related factors among stroke patients. *Chinese Nursing Research*, 14, 1684-1686. (in Chinese)
- Min, Y., Wu, Y., & Yan, T. (2008). Validity and reliability of the simplified Chinese version of modified Barthel index for Chinese stroke patients. *Chinese Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 30(3), 185-188. (in Chinese)
- Mukhoirotn, M., Khusniyah, Z., & Kriswanto, M. (2016). *Discharge planning as the effort to improve readiness to return home in stroke patients*. The proceeding of 17th international nursing conference: Global nursing challenges in The Free Trade Era. Surabaya.
- Ru, X., Dai, H., Jiang, B., Wu, S., Li, N., Zhao, X., ... Wang, W. (2013). Investigation on the status of rehabilitation therapy among stroke patients in communities of three cities. *Chinese Journal of Stroke*, 4, 255-260. (in Chinese)
- Sichuan Province Bureau of Statistics. (2017). *Death rate of 10 major diseases categories (2016)*. Retrieved from <http://www.sc.stats.gov.cn/tjcbw/tjnj/2017/zk/indexch.htm>
- Srirat, C., & Panuthai, S. (2017). Factors relating readiness for hospital discharge among hospitalized patients in tertiary hospital. *Ramathibodi Nursing Journal*, 1(1), 99-112.
- Strickland, L. O., Lenz, R. E., & Waltz, C. (2005). *Measurement in nursing and health research*. New York: Springer.
- Suwan, N., Panuthai, S., Lasuka, D., & Khampolsiri, T. (2018). Factors influencing readiness for hospital discharge among Thai older persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(2), 156-168.
- Suwan, P., Boonyong, S., Somana, P., Burchum, U., Yotchai, B., Sunpakaew, N., & Bunyoo, N. (2016). Predicting factors of readiness for hospital discharge among hospitalized cancer patients receiving chemotherapy at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. *Chiang Mai Medical Journal*, 55(1), 27-40.
- Wang, B., Wang, H., & Yang, C. (2016). Reliability and validity of Chinese version of the quality of discharge teaching scale. *Chinese Journal of Nursing*, 752-755.
- Wang, H., Wang, B., Yang, C., Zhang, M., Wang, Y., & Yin, S. (2017). Quality analysis of discharge instruction among 707 hospitalized patients. *Journal of Nursing Administration*, 9, 651-659. (in Chinese)
- Wang, L., Wang, J., Pen, B., & Xu, Y. (2017). Stroke prevention and treatment report in China. *Chinese Journal of Cerebrovascular Disease*. 217-224. (in Chinese)



- Wang, W., Jiang, B., Sun, H., Ru, X., Sun, D., Wang, L., ... Chen, Z. (2017). Prevalence, incidence, and mortality of stroke in China. *Circulation*, 135(8), 759-771.
- Wang, Y., Wang, C., Tian, Y., Wang, K., Wang, J., Su, X., ... Ni, C. (2016). Guidelines for stroke diagnosis and treatment in Anhui Province. *Anhui Medical Science*, 4, 367-382. (in Chinese)
- Weiss, E. M., & Piacentine, B. L. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163.
- Weiss, E. M., Piacentine, B. L., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., ... Vega-Strombery, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
- Weiss, E. M., Yakusheva, O., & Bobay, L. K. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Services Research*, 46(5), 1473-1494.
- Winstein, J. C., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, R. L., Cramer, C. S., & Lang, E. C. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *Stroke*, 47(6), e98-e169.
- Xu, W. (2017). Discussion on the status and development direction of general medical practitioners in primary community hospitals. *Chinese Community Physician*, 9, 163-164.
- Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis*. Tokyo: Harper international.
- Zhao, H., Feng, X., Yu, R., Gu, D., & Ji, X. (2016). Validation of the Chinese version of the readiness for hospital discharge scale on patients who have undergone Laryngectomy. *Journal of Nursing Research*, 24(4), 321-328.
- Zhou, C., & Fang, J. (2017). Current status and related factors of readiness for hospital discharge after stent implantation in patients with coronary heart diseases. *Journal of Practical Nursing*, 4, 264-267. (in Chinese)



Work Engagement and Proactive Work Behavior of Head Nurses in University-Affiliated Hospitals, the People's Republic of China*

ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกของหัวหน้าหอผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลในเครือมหาวิทยาลัย สาธารณรัฐประชาชนจีน*

มู	ฉิงฉาย**	Mu	Qincai**
กุลวดี	อภิชาติบุตร***	Kulwadee	Abhicharttibutra***
เพชรสุนีย์	ทังเจริญกุล****	Petsunee	Thungjaroenkul****

Abstract

Work engagement and proactive work behavior are important factors affecting quality of nursing service. This study aimed to examine the relationship between work engagement and proactive work behavior among head nurses. The sample included 225 head nurses who worked for university-affiliated hospitals in Yunnan province, the People's Republic of China. Research instruments consisted of the Utrecht Work Engagement Scale and the Proactive Work Behavior Scale, with Cronbach's alpha coefficients of 0.87 and 0.92, respectively. Data was analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Results revealed that head nurses perceived overall work engagement at a moderate level ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.94$) and overall proactive work behavior at a moderate level ($\bar{X} = 43.09$, $SD = 7.69$). There was a statistically significant positive relationship between work engagement and proactive work behavior ($r = 0.56$, $p < 0.01$).

The results of this study provide information for hospital administrators and nursing directors to improve work engagement, which will enhance proactive work behavior among head nurses at university-affiliated hospitals in Yunnan province, the People's Republic of China.

Keywords: Work engagement; Proactive work behavior; Head nurses; University-affiliated hospitals; The People's Republic of China

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

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

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

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



บทคัดย่อ

ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดคุณภาพการบริการพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในงานกับพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกของ หัวหน้าหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัย มณฑล ยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีนจำนวน 225 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความผูกพันในงาน ยุทธศาสตร์ และแบบวัดพฤติกรรมการทำงานเชิงรุก ซึ่งมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความผูกพันในงานโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.94$) รับรู้พฤติกรรมการทำงานเชิงรุกโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 43.09$, $SD = 7.69$) และความผูกพันใน งานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.56$, $p < 0.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในการปรับปรุง ความผูกพันในงานซึ่งจะช่วยเพิ่มพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเครือ มหาวิทยาลัย ในมณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน

คำสำคัญ: ความผูกพันในงาน พฤติกรรมการทำงานเชิงรุก หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัย
สาธารณรัฐประชาชนจีน

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



Background and Significance

According to rapid changes in the social environments of organizations, employees must plan ahead and prepare in advance for potential threats or dangers by being proactive to achieve long-term goals (Belschak & Hartog, 2010). Especially in healthcare settings, nurses, as health care professionals, have the responsibility to make an effort to optimize care processes and manage problems to provide high quality care by taking proactive behavior at work (Farrell, 2012). Therefore, proactive work behavior is important for nurses.

Proactive work behavior is defined as self-initiated and anticipatory action to improve internal organization by transforming and optimizing the situation of oneself or one's environment (Parker & Collins, 2010). Proactive work behavior contains four dimensions including problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge. Problem prevention refers to actions by which individuals make efforts to explore the essence of problems and optimize procedures to prevent their future recurrence; individual innovation refers to actions through which individuals become aware of new and emerging opportunities, generate new ideas, and seek to put those ideas into action; voice refers to actions by which individuals express constructive challenges to improve the standard procedures of their work surroundings; and taking charge refers to actions which individuals attempt to improve some approach work that was conducted, including work structures, practice and procedures. Proactive work behavior contributes to positive organizational, team, and individual outcomes. In healthcare contexts, nurses with high levels of proactive work behavior are likely to implement safe, effective, timely, efficient, equitable, and patient-centered nursing care (Mitchell, 2008). Head nurses, especially, are important persons in achieving nursing and hospitals' goals. Head nurses also act as mediators, trainers, and promoters in their units (Wang & Liu, 2015; Chinese Hospital Association, 2011) which requires proactive work behavior. However, a review of the literature found only one study conducted among nurse managers which was at a slightly high level ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.48$) (Warshawsky, Havens, & Knafl, 2012).

Work engagement was found to be associated with proactive work behavior. Work engagement is defined as a positive, fulfilling and work-related state of mind (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002). It includes three dimensions: vigor, dedication, and absorption. Vigor refers to a high level of energy and mental resilience while working, and the willingness to involve effort in one's work and to persist even in the presence of difficulties. Dedication refers to being strongly involved in one's work and experiencing a sense of significance, enthusiasm, inspiration, pride, and challenge. Absorption refers to being fully concentrated on and happily engrossed in one's work, whereby when time passes quickly, the individual has difficulties detaching themselves from their work. Zhou and Zhao (2010) found that work engagement was at a moderate level ($\bar{X} = 3.21$, $SD = 1.09$) among nurses in a tertiary A general hospital in Chengdu while Zhang and Zhen (2015) found that work engagement was at moderate levels ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 1.17$) among registered nurses in tertiary A general hospitals in



Beijing. Work engagement among nurses in the Affiliated Hospitals of Kunming Medical University in Yunnan province was also at a moderate level ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 1.07$) (Feng, Akkadechanunt, & Chontawan, 2012). Work engagement was considered as intrinsic motivation to carry out a high level of proactivity at work (Salanova & Schaufeli, 2008) which contributed to manifesting good attitudes about work (Zhang, 2014), completing jobs positively (Kim, Cable, Kim, & Jie, 2009), and providing higher quality nursing care to patients (Farrell, 2012). According to the literature review, many studies have confirmed the relationship between work engagement and proactive work behavior (Salanova & Schaufeli, 2008; Xu, Xi, & Zhao, 2015). Additionally, Warshawsky et al. (2012) found, among nurses' managers, that work engagement was positively related to proactive work behavior ($r = 0.43$, $p < 0.001$).

In the People's Republic of China, university-affiliated hospitals are public hospitals that are affiliated with universities. They provide high-level, specialized medical and health services for several areas, carry out research tasks, and provide a high degree of education. The objectives of university-affiliated hospitals' nursing management are to improve the quality of nursing care and management (Chinese Hospital Association, 2011). Moreover, the People's Republic of China, especially Yunnan province, is dealing with a very serious nursing shortage compared to other countries (Chinese News Network, 2016). Nurse shortages result in heavy workloads and difficulties with management. The crushing workloads, decentralization of energy, and disharmonious working environment may influence the work engagement of head nurses. Also, the proactive work behavior of head nurses would be a huge challenge as Ma (2011) reported that, under new situations and new challenges, technological innovation can achieve the goals of realizing sustainable and rapid development of hospitals. Therefore, many hospitals have tried to improve head nurses' innovation (Zhu, 2012; Zhou & Liu, 2006). However, head nurses' innovative behavior was at a moderate level (Bao, Zhang, Zhang, Wang, & Qia, 2013), while only 6.65% of nurses were involved in grading nursing care for patients (Zhang, 2016) which represents the role of taking charge of nurses. However, little is known about the work engagement and proactive work behavior of head nurses and its relationship among head nurses in university-affiliated hospitals in the People's Republic of China.

Therefore, this study aims to examine the levels of the two variables and their relationship in order to provide useful information for improving work engagement and proactive work behavior in these hospitals.

Research Objectives

The objectives of this study were to explore the levels of work engagement and proactive work behavior, as well as the relationship between these two variables among head nurses in university-affiliated hospitals in Kunming.



Conceptual Framework

The research framework of this study was based on concepts of work engagement (Schaufeli et al., 2002) and proactive work behavior (Parker & Collins, 2010). Work engagement is a positive, fulfilling and work-related state of mind that includes three dimensions, namely, vigor, dedication and absorption (Schaufeli et al., 2002). Proactive work behavior is self-initiated and anticipatory action to improve internal organization by transforming and optimizing one's condition or environment. Proactive work behavior contains four dimensions, namely problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge. Individuals with high levels of work engagement reflect the willingness to take the initiative to work and to increase the likelihood of displaying proactive behavior at work.

Methodology

A descriptive correlational research design was used.

Population and Sample

The target population was 484 head nurses who had been appointed as first-line nurse managers in seven university-affiliated hospitals. Taro Yamane's (1973) formula was used to calculate the sample size, with a level of 0.05 (Polit, 2009). Considering possible loss of subjects, 20% of the sample size was added (Best & Kahn, 2005), for a total sample size of 262. Multistage sampling was conducted to recruit subjects as follows: 1) using the ratio of 2:1, 4 out of 8 university hospitals were selected using simple random sampling; 2) proportional random sampling was used to select the sample from 4 hospitals; 3) the sample from each hospital was selected randomly using the lottery method. The researcher distributed 262 questionnaires. 225 (85.88%) of the distributed questionnaires were completed and used for analysis.

Research Instruments

The instruments used in this study consisted of three parts:

1. The demographic data form was used to collect information about the head nurses, such as age, gender, number of years as a head nurse, training about proactive work behavior, and membership on committees.
2. The Chinese version of the 17-item Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (Schaufeli & Bakker, 2003) contained 17 items including vigor (6 items), dedication (5 items) and absorption (6 items) and was scored out of seven points, from 0 (never) to 6 (always). Score interpretation included five levels: very low, low, average, high, and very high. The construct validity was confirmed (RMSEA = 0.05, CFI = 0.97, NFI = 0.93).
3. The Proactive Work Behavior Scale (PWBS) (Parker & Collins, 2010) was translated into Chinese (Sperber, 2004); contained 13 items including problem prevention (3 items), individual innovation (3 items), voice (4 items), and taking charge (3 items); and was scored out of five points, from 1 (very infrequently) to 5 (very frequently). Score interpretation had three levels: low, moderate, and high (Kirk, 2007). The construct validity of the PWBS was confirmed (RMSEA



= 0.05, CFI=0.96, NFI = 0.96). The PWBS was translated into Chinese by the researcher using the back translation process (Sperber, 2004). The Cronbach's alpha coefficients of the UWES and PWB were 0.87 and 0.92, respectively.

Ethical Considerations

The research proposal obtained approval from the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, and permission to collect data was obtained from each hospital director. The researcher assured the protection of participants' human rights using an information sheet to inform subjects that they could freely participate or withdraw from the study at any time. Confidentiality and anonymity for each subject were guaranteed. Information provided by subjects was used only for the purpose of this study. Volunteer research agreement forms were signed by those who agreed to participate in this study.

Data Collection

After receiving approval from the Research Ethics Review Committee, the researcher submitted an official letter to the directors of hospitals in Yunnan province, to ask for permission to collect data. The researcher contacted the research coordinator of each hospital to explain the objectives of the study and the method of distributing and collecting questionnaires. Then, the researcher gave the research coordinator the package of questionnaires including an information sheet for study participants, a volunteer research agreement form, the questionnaires, and two envelopes.

The coordinator of each hospital distributed the questionnaires to all participants. After the questionnaires were completed, the research coordinator contacted the researcher to mail back the questionnaires.

Data Analysis

Descriptive and inference statistics were used to analyze data by using a statistical software package. The statistical significance level of alpha was set at 0.05. Descriptive statistics were used to analyze the demographic data. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze demographic data, scores of work engagement, and proactive work behavior. Pearson's product-moment correlation was used to analyze the relationship between work engagement and proactive work behavior since data was normally distributed.

Results

The results of this study were as follows:

Demographic characteristics

Most participants were female (96.44%) and had an average age of 41 years old (SD = 6.82, Range = 27-55); 92.89% of participants were married. Participants had an average number of children of 0.98 (SD = 0.41, Range = 0-2). Most participants had a bachelor's degree (83.56%). The average number of years working as a nurse was 20.12 years (SD = 8.20, Range = 4-36), and the average number of years which participants had been head nurses was 7.51 years (SD = 6.01, Range = 1-28). The average number of years working in the unit was 13.60 (SD = 8.74,



Range = 1-36), while 49.33% of participants received RMB 5000-RMB 7000 per month. Regarding work department, 63.11% of participants came from surgical and medical departments. More than two-thirds (70.22%) had not taken part in training related to proactive behavior, and a slightly higher percentage (72.00%) were not members of professional committees.

Work engagement

The levels of overall work engagement and its sub-dimensions, namely vigor, dedication, and absorption, were perceived by participants at moderate levels (Table 1).

Table 1 Mean, Standard Deviation and Level of Work Engagement (n = 225)

Work Engagement	Mean	SD	Level
Overall	3.63	0.94	Moderate
Vigor	3.57	0.92	Moderate
Dedication	3.74	1.09	Moderate
Absorption	3.60	1.01	Moderate

Proactive work behavior

The levels of overall proactive work behavior and its sub-dimensions, namely problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge, were perceived by participants at moderate levels (Table 2).

Table 2 Mean, Standard Deviation and Level of Proactive Work Behavior (n = 225)

Proactive work behavior	Mean	SD	Level
Overall	43.09	7.69	Moderate
Problem prevention	10.10	2.31	Moderate
Individual innovation	9.10	2.34	Moderate
Voice	13.45	2.68	Moderate
Taking charge	10.45	2.42	Moderate

Regarding the relationship between work engagement and proactive work behavior, the results showed that there was a strong positive relationship between work engagement and proactive work behavior among participants ($r = 0.56$, $p < .01$).

Discussion

The results of this study indicated that the level of overall work engagement was perceived by head nurses at a moderate level. The result was consistent with that of a previous study by Feng, Akkadechanunt, and Chontawan (2012) who found that work engagement among nurses in affiliated hospitals of Kunming Medical University was at a moderate level ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 1.07$). However, this result was inconsistent with that of a previous study by Warshawsky et al. (2012) who found that work engagement among nurse managers in North Carolina was at a



high level ($\bar{X} = 6.01$, $SD = 0.83$).

The moderate level of work engagement would be because head nurses felt that they made effort in their work. Head nurses put in effort and energy to achieve hospital goals (Chinese Hospital Association, 2016) by identifying and solving problems, thereby assuring quality and efficiency of nursing care. However, the diversity of nursing staff members' thinking (Medical Education Network, 2013) may cause the power of head nurses to deteriorate. Moreover, head nurses may encounter obstacles due to a lack of medical equipment and staffing which may decrease their willingness to put in an effort at work, as Su et al. (2017) stated that staffing and material shortages have an impact on head nurses' involvement in work.

Moreover, the nature of nursing work and the criteria for being appointed to be head nurses induced feelings of pride in them (Su et al., 2017). The performance appraisal system of high-quality nursing may inspire head nurses to mobilize the enthusiasm of their work (Wang et al., 2012). In addition, head nurses are challenged to management complex clinical nursing practice. However, head nurses work under policies, regulations, and rules which may make head nurses feel a lack of challenges while working, as Fang (2007) said that head nurses cannot fully utilize their own strengths and sometimes feel that their jobs are not challenging. Furthermore, head nurses have many jobs, such as clinical care and management jobs (Yu, 2011; Wang & Liu, 2015; Hua, Chen, & Li, 2014). These require head nurses to concentrate on their jobs so that they forget the time and cannot detach from their jobs. At the same time, many jobs increase head nurses' workload which may affect head nurses' happiness during work, as Martina (2015) stated that workload increased stress and decreased job satisfaction.

The overall work engagement perceived by head nurses at a moderate level may be due to the age of head nurses. In this study, 45.78% of the head nurses were more than 40 years old, whereas 48.44% of the head nurses were less than 40 years old. This may affect perception of work engagement since Warshawsky et al. (2012) found that age was significantly positively associated with work engagement ($p = 0.01$). Moreover, Mahboubi et al. (2015) found that there was a significant relationship between work engagement and experience ($p = 0.04$). In this study, only 50.22% of the head nurses had been head nurses for more than five years, so that lack of experience may result in the perception of work engagement at a moderate level.

The results of this study showed that head nurses perceived overall proactive work behavior and its four dimensions at moderate levels. This result was inconsistent with that of Warshawsky et al. (2012) who found that proactive work behavior among nurse managers in North Carolina was at a slightly high level ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.48$). The moderate level of proactive work behavior could be due to the duties of head nurses. When incidents occur, head nurses are obliged to find out the cause, dealing with incidents (Wang & Liu, 2015) and preventing adverse events (Medical Education Network, 2015). Therefore, head nurses perceived that they



do problem prevention. However, in this study, 49.78% of the head nurses had less than five years' experience, and they may take time to solve problems rather than prevent problems, as Hua et al. (2014) stated that experienced head nurses were more likely to prevent problems than less experienced head nurses. In addition, there were many incidents in the hospitals, such as hospital-acquired infection, pressure ulcers, medical errors, and adverse drug events (Zhang, 2012; Tao et al., 2014; Cui et al., 2013). Therefore, head nurses may take time to deal with these incidents instead of preventing them.

Another explanation might be that innovation, which is an impetus for nursing development (Hospital Management Research Institute of Ministry of Health, 2013), forces head nurses to be aware of new, emerging opportunities and generates ideas to improve services. There are many hospitals that promote the innovation of head nurses by planning innovation competitions and carrying out innovation policies (Zhu, 2012; Zhou & Liu, 2006). However, few opportunities and less experience narrowed down head nurses' room for searching techniques and product ideas (Deng & Wang, 2010).

Moreover, head nurses act as managers, exploiters, mentors, and educators in units (Chase, 2010; Medical Education Network, 2015; Hua et al., 2014) which forces them to express their opinions and encourage others to participate in that issue. However, head nurses lack opportunities to express their ideas at the hospital level. Moreover, only 28% of head nurses were members of nursing committees, which may result in the lack of power or opportunities to express their opinions. Furthermore, head nurses are expected to do more to improve work approaches (Huang & Feng, 2016) and translate administrative visions and missions into actual clinical practice (Chase, 2010). However, head nurses could not take charge in some work areas, such as quality assurance, nursing standards, guidelines (Medical Education Network, 2015), or hospital missions (Chand, Chontawan, & Akkadechanunt, 2013). Additionally, some head nurses cannot fully understand or control nursing procedures because of their lack of experience and skills, and this limits them in carrying out nursing procedures and improving work procedures (Liu, 2017).

According to Warshawsky et al. (2012), nurse managers' experiences were related to proactive work behavior. In this study, 52.44% of head nurses had worked in their unit for more than 10 years, and 50.22% had been there for more than 5 years. This study also found that only 29.78% of the head nurses took part in training about proactive work behavior. This may affect the proactive work behaviors of head nurses because less experience and less training limit the abilities of head nurses to create new techniques, search for causes of problems, optimize work procedures, and express ideas. Therefore, head nurses who worked in university-affiliated hospitals perceived proactive work behavior at a moderate level.



Relationship between work engagement and proactive work behavior

The results of this study showed that there was a significant positive correlation between overall work engagement and proactive work behavior ($r = 0.56, p < 0.01$). It can be explained that work engagement is a state in which an engaged employee feels energized, strongly involved, and fully concentrated on their work (Schaufeli et al., 2002). Work engagement encourages employees to take the initiative, manifest good attitudes (Zhang, 2014), put their energy into their work, and positively complete their jobs (Kim et al., 2009). Therefore, work engagement can be considered as an engine to promote proactive behavior while working (Salanova & Schaufeli, 2008). In this study, with challenges, inspiration, significance, and enthusiasm, engaged head nurses felt full of energy, and actively took charge in their duties and roles, as well as being willing to express their opinions and contribute their ideas for improving work approaches and the work environment. Also, engaged head nurses can fully concentrate, and be happily engrossed in their work, finding it difficult to detach from their work; they are devoted to improving their work approaches, and prefer to participate in management of new technologies and projects (Zhu, 2012). This may have resulted in the positive relationship between work engagement and proactive work behavior among head nurses in this study.

Conclusion

This descriptive correlational study was conducted with 225 head nurses in university-affiliated hospitals in the People's Republic of China. Findings showed that head nurses perceived overall work engagement, the sub-dimensions of work engagement, and proactive work behavior at moderate levels. Findings also showed that work engagement had a strong positive relationship with proactive work behavior.

Implications of Research Findings

Based on the results of this study, nursing administrators should improve the work engagement and the proactive work behavior of head nurses by providing opportunities for them to fully use their strengths and abilities; giving them power to optimize their work; supporting them with resources for their work; reinforcing the importance of head nurses to achievement of hospital goals; and assigning head nurses meaningful and challenging jobs. Moreover, nursing administrators should develop programs, activities, and motivation systems to improve work engagement which will enhance the proactive work behavior of head nurses and, finally, enhance quality of care.

Recommendations for Further Research

This study was conducted at university-affiliated tertiary hospitals. Hence, future research should be conducted in primary and secondary hospitals which have different contexts, policies, resources, and support. Moreover, there are various factors associated with proactive work behavior such as role breadth, self-efficacy, job autonomy, the psychological safety climate, interpersonal relationships, and hope. Future research should include conducting a relational or



predictive study on the factors related to proactive work behavior among head nurses in university-affiliated hospitals.

Acknowledgements

My sincere appreciation goes to Chiang Mai University, and to everybody who supported my study. In addition, thanks are given to the Graduate School, Chiang Mai University for funding support.

References

- Bao, L., Zhang, Y. Q., Zhang, Y., Wang, H. Q., & Qia, Y. (2013). Status quo and influence factors of innovative behavior of nurses. *Journal of Shanghai Jiaotong, (Medical Science)*, 33(5), 593-596.
- Belschak, F. D., & Hartog, D. N. (2010). Being proactive at work blessing or bane? *The Psychologist*, 23(11), 886-889.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2003). *Research in education* (9th ed.). Boston: Pearson Education.
- Chand, K., Chontawan, R., & Akkadechanunt, T. (2013). Organizational culture and turnover intention among nurses in university hospitals. *Nursing Journal*, 40(2), 1-12.
- Chase, L. K. (2010). *Nurse managers competencies*. (Doctoral dissertation), University of Iowa. Retrieved from <http://ir.uiowa.edu/etd/2681>
- Chinese Hospital Association. (2011). *Tertiary hospital accreditation standards and implementation guidelines*. Beijing: People's Medical Publishing House.
- Chinese Hospital Association. (2016). *Tertiary hospital accreditation standards and implementation guidelines*. Beijing: People's Medical Publishing House.
- Chinese News Network. (2016). *The status of Chinese nurses: The number of shortage in the millions*. Retrieved from <http://www.askci.com/news/dxf/20160522/14301018981.shtml>
- Cui, L., Dai, Z. L., Zhao, L., Fu, Z. M., Li, L. X., & Li, K. J. (2013). The investigation of adverse drug event in pediatric department. *Chinese Journal of Hospital Pharmacy*, 33(2), 157-159.
- Deng, H. Y., & Wang, H. L. (2010). Discussion on the clinical head nurses' innovative ability and the needs of continuing education. *Nursing Garden*, 26(1), 12-14.
- Fang, Z. Z. (2007). Potential of China in global nurse migration. *Health Services Research*, 42(3), 1419-1428.
- Farrell, J. B. (2012). *The impact of high quality relationships on proactive behavior at work: Evidence from independently owned hospitals in Ireland*. (Doctoral dissertation), Dublin City University.
- Feng, L. P., Akkadechanunts, T., & Chontawan, R. (2012). Organizational support and work engagement among nurses in teaching hospital of Kunming. *Chinese and Foreign Medical Research*, 10(30), 55-56.



- Hospital Management Research Institute of Ministry of health. (2013). *Challenges and countermeasures of nursing management*. Retrieved from <http://www.hxyjw.com/guanli/info/show-120163>
- Hua, G. Z., Chen, Y., & Li, S. L. (2014). Survey and analysis of core competence of head nurses in three grade a hospital. *Nursing Research*, 28(8), 2857-2859.
- Huang, C. M., & Feng, Z. X. (2016). Qualitative research on the expectation of head nurse leadership. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 32(11), 852-855.
- Kim, T. Y., Cable, D. M., Kim, S. P., & Jie, W. (2009). Emotional competence and work performance: The mediating effect of proactivity and the moderating effect of job autonomy. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 983-1000.
- Kirk, R. (2007). *Statistics: An introduction*. New York: Thomson Learning.
- Liu, W. L. (2017). *Nursing process*. Retrieved from [http://wiki.mbalib.com/wiki/nursing process](http://wiki.mbalib.com/wiki/nursing_process)
- Ma, L. R. (2011). Driven by innovation, promoting the sustainable development of hospital. *Nursing Practice and Research*, 8(24), 91-92.
- Mahboubi, M., Ghahramani, F., Mohammadi, M., Amani, N., Mousavi, S. H., & Moradi, F. (2015). Evaluation of work engagement and its determinants in Kermanshah Hospitals staff in 2013. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 170-176.
- Martina, K. (2015). *The impact of stress, optimism and workload on job satisfaction amongst Irish*. Retrieved from <http://esource.dbs.ie/handle/10788/2824>
- Medical Education Network. (2015). *The duty of head nurses in the work*. Retrieved from <http://www.med66.com/web/huliwanhuatong/ln1509239059.shtml>
- Medical Education Network. (2013). *The nursing managers in presence of challenge*. Retrieved from <http://www.med66.com/new/201302/jj201302269505.shtml>
- Mitchell, P. H. (2008). *Defining patient safety and quality care*. Michigan: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Parker, S. K., & Collins, C. G. (2010). Taking stock: Integrating and differentiating multiple proactive behaviors. *Journal of Management*, 36(3), 633-662.
- Polit, D. F., (2009). *Statistics and data analysis for nursing research*. Boston: Julie Levin Alexander.
- Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive behavior. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(1), 116-131.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). *Utrecht work engagement scale: Preliminary manual*. Retrieved from http://www.beenmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_87.pdf
-



- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126, S124-S128.
- Su, M. M., Zhou, Y., Li, Y. L., Gao, H., Yuan, Q., & Wang, C. (2017). The correlation study of profession practice environment and job burnout of head nurses. *Chinese Journal of Nursing Practice*, 33(3), 219-222.
- Tao, X. B., Qian, L. H., Li, Y., Wu, Q., & Ruan, J. (2014). Hospital-acquired infection rate in a tertiary care teaching hospital in China: A cross-sectional survey involving 2434 inpatients. *International Journal of Infectious Diseases*, 27, 7-9.
- Wang, S., & Liu, Y. (2015). Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: Test of structural equation modeling. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 287-296.
- Wang, Y. X., Feng, X. J., Zhang, Y. J., Wang, J. H., Yan, X. F., & Ma, Y. (2012). Application of quality nursing service performance appraisal in nurses' management. *Chinese Journal of Modern Nursing*, 18(22), 2640-2642.
- Warshawsky, N. E., Havens, D. S., & Knaf, G. (2012). The influence of interpersonal relationships on nurse managers' work engagement and proactive work behavior. *The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 418-522.
- Xu, Q., Xi, M., & Zhao, S. M. (2015). Abusive supervision and subordinate proactive behavior: Exploring the effects of work engagement and core-evaluations. *Chinese Journal of Management*, 12(3), 347-354.
- Yu, H. S. (2011). *The goals of care quality*. Retrieved from http://www.360doc.com/content/11/1123/10/3564427_166675088.shtml
- Zhang, J. Y. (2014). *The antecedents of employee proactive behavior*. (Doctoral dissertation), Huazhong University of Science and Technology.
- Zhang, J., & Zhen, Y. N. (2015). The influence of head nurses' authentic leadership on work engagement among registered nurses. *Chinese Nursing Management*, 15(5), 555-558.
- Zhang, L. (2016). *Status quo of investigation and discussion of nurses' participation in grading nursing decision*. Retrieved from <http://www.chinaqking.com/yc/2016/668220.html>
- Zhang, X. (2012). *Survey on current status of hospital infection management in 52 medical institutions*. (Master's thesis), Shanxi Medical University.
- Zhou, D., & Liu, X. B. (2006). The management of hospital new technology and project. *Chinese Journal Hospital Management*, 22(4), 217-219.
- Zhou, Y., & Zhao, F. R. (2010). The relationship between work engagement and job-personal fit among nurses. *Chinese Practice Journal of Nursing*, 26(17), 57-60.
-



Zhu, Z. L., (2012). Humanistic innovative nursing team construction. *Chinese Nursing Management*, 12(16), 5-7.



Factors Related to Innovative Behavior of Nurses in Autonomous Hospitals, the People's Republic of China*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างสรรค์ของพยาบาลในโรงพยาบาลในกำกับ
สาธารณรัฐประชาชนจีน*

หยาง	ถึง**	Yang	Ting**
เพชรสุณีย์	ทังเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul***
กุลวดี	อภิชาติบุตร****	Kulwadee	Abhicharttibutra****

Abstract

Innovative behavior is an important factor in introducing innovative nursing care practices. The purposes of this study were to explore nurses' innovative behavior and to explore the factors related to innovative behaviors among nurses in autonomous hospitals in the People's Republic of China. Participants included 385 nurses selected from 8 clinical departments in three autonomous hospitals by simple random sampling. Data were collected by a set of questionnaires consisting of four parts: a demographic data form, the Chinese version of the Knowledge Sharing Behavior Scale (KSBS), the Chinese version of the Work Autonomy Scale (WAS), and the Nurse Innovative Behavior Scale (NIBS). Regarding reliability, the Cronbach's alpha coefficients for the KSBS, the WAS and the NIBS were 0.95, 0.92, and 0.89, respectively. Descriptive statistics, Pearson's product-correlation coefficient, and multiple regression analysis were used for data analysis.

The study's findings are presented as follows:

1. Nurses reported that they performed activities related to innovative behavior at a moderate level ($\bar{X} = 3.12$, $SD = .56$). The activities related to innovative behavior included idea generation, support-obtaining, and idea realization. The results illustrated that nurses had the highest mean scores for idea generation ($\bar{X} = 3.52$, $SD = .58$), followed by support-obtaining ($\bar{X} = 2.82$, $SD = .60$), and idea realization ($\bar{X} = 3.04$, $SD = .79$).

2. Knowledge sharing ($r = .63$, $p < .001$) and job autonomy ($r = .20$, $p < .001$) were associated with innovative behavior. However, only knowledge sharing could explain the variability in innovative behavior ($\beta = .61$, $p < .01$; $R^2 = .40$).

The findings of this study suggest that knowledge sharing is a key factor influencing nurses' innovative behavior. Therefore, nursing managers should establish knowledge sharing activities in order to increase innovative behavior among nurses.

Keywords: Innovative behavior; Knowledge sharing; Job autonomy; Nurse; The People's Republic of China

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

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

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

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

Received 29 May 2017; Revised 23 June 2017; Accepted 21 July 2017



บทคัดย่อ

พฤติกรรมสร้างสรรค์ของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างสร้างสรรค์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างสรรค์ของพยาบาล และหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างสรรค์ของพยาบาลในโรงพยาบาลในกำกับ สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 385 ราย ที่สุ่มแบบง่ายมาจาก 8 แผนกของโรงพยาบาลในกำกับจำนวน 3 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้แบบภาษาจีน แบบวัดความอิสระในการทำงานฉบับภาษาจีน และแบบวัดพฤติกรรมสร้างสรรค์ ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบวัดพฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้แบบภาษาจีน แบบวัดความมีอิสระในการทำงาน และแบบวัดพฤติกรรมสร้างสรรค์ มีค่าเท่ากับ 0.95, 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pearson's product correlation coefficient และ multiple regression analysis

ผลการศึกษาพบว่า

1. พยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างสรรค์ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.12$, $SD = .56$) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างสรรค์ ได้แก่ การริเริ่มแนวคิด การได้รับการสนับสนุน และการทำให้ความคิดเป็นจริง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลให้คะแนนในกิจกรรมการริเริ่มแนวคิดมากที่สุด ($\bar{X} = 3.52$, $SD = .58$) ตามด้วยการได้รับการสนับสนุน ($\bar{X} = 2.82$, $SD = .60$) และการทำให้ความคิดเป็นจริง ($\bar{X} = 3.04$, $SD = .79$)

2. การแลกเปลี่ยนความรู้ ($r = .63$, $p < .001$) และความมีอิสระในการทำงาน ($r = .20$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างสรรค์ แต่มีเพียงการแลกเปลี่ยนความรู้เท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างสรรค์ได้ ($\beta = .61$, $p < .01$; $R^2 = .40$)

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าการแลกเปลี่ยนความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างสรรค์ของพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อให้พยาบาลมีพฤติกรรมสร้างสรรค์มากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างสรรค์ การแลกเปลี่ยนความรู้ ความมีอิสระในการทำงาน พยาบาล สาธารณรัฐประชาชนจีน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and Significance

Healthcare organizations are pursuing change and innovation because of market changes which influence aspects such as the expansion of patients' rights, the emergence of consumerism, and increased competition among medical institutions (Kim & Park, 2015). As core members of health care, nurses are in a vital position to provide creative and innovative actions, processes, care plans, and services. Therefore, it is necessary to cultivate nurses who have innovative behavior because this will directly influence the innovative ability of the whole hospital (Dong, 2012), as well as hospitals' reputations and customer satisfaction towards hospitals (Kim & Park, 2015).

Innovative behavior (IB) is defined as the act of seeking and developing new methods, techniques, and work patterns, and then introducing and applying these new ideas into nursing work (Bao, Wang, & Zhang, 2012). It consists of three stages, including idea generation, support obtaining, and idea realization (Bao et al., 2012). Innovative behavior is influenced by many factors. Numerous studies have stated that job title has a strong positive relationship with innovative behavior (Bao, Zhang, Zhang, Wang, & Qian, 2013; Lin & Guo, 2013; Wang & Ding, 2012; Zhu, Yang, & Sun, 2014). Nurses with higher job titles may have more experience in innovation. An incentive from the organization can stimulate them, and they may perform more innovative behavior beyond their responsibilities (Zhao & Wang, 2013). Li (2014) considered a nurse with a higher level of job title as one who may obtain more opportunities to learn new knowledge and skills. The nurse positioned at a higher level is usually the mainstay nurse in a team and is usually more respected by their peers. Thus, it is more probable and easier for these nurses in leadership positions to implement a new idea or activity with sufficient support from co-workers (Wang, 2015).

Educational attainment, which refers to the highest level of education that an individual has completed (Census Bureau, 2016), is another factor related to innovative behavior. Nurses with higher degrees usually master certain management and research skills, and they may undertake different nursing tasks than lower degree holders. Therefore, they may obtain more opportunities to share and gain knowledge in different areas to generate ideas (Xue & Li, 2010). Consequently, nurses with higher education may exhibit more innovative behavior. Several Chinese studies have explored the relationship between educational attainment and innovative behavior (Bao et al., 2013; Wang & Ding, 2012; Zhu et al., 2014). However, there are inconsistent results regarding their relationships. Therefore, it would be valuable to replicate a study on this issue.

Knowledge sharing is a factor which influences nurses' innovative behavior and which can stimulate individuals to think more critically and creatively (Aulawi, Sudirman, Suryadi, & Govindara, 2009). Individuals can obtain and share knowledge via knowledge sharing; thus, innovative nurses can recombine internal and external knowledge into new forms to create new knowledge (Bao et al., 2012). These innovative nurses can also seek sponsorship via communi-



cation and build coalitions, while coordinating and integrating different sets of knowledge with other individuals or teams (Tucker, Nembhard, & Edmondson, 2007). A study by Aktharsha and Sengo-tuvel (2016) confirmed the association between knowledge sharing and innovative behavior, but few studies have illustrated their relationship.

In terms of job autonomy, this factor influences nurses' innovative behavior through increasing individuals' sense of responsibility and ownership at work, as well as their breadth of understanding and perspective-taking. Job autonomy can also facilitate incremental learning along with the development of expertise, and individuals control beliefs to promote and implement change. These mechanisms enhance the likelihood that employees will engage in the generation and pursuit of ideas (Wu, Parker, & De Jong, 2014).

Although the literature reveals studies about nurses' innovative behavior in China, there are gaps in the knowledge about this issue. In the PRC, several hospitals have held nursing innovation competitions or set aside funds for nursing innovation, as well as set specific policies on nursing innovation in order to motivate and support nurses to perform more innovative behavior (Gao, Li, & Chen, 2016). In contrast, there have been fewer measures adopted to motivate nurses to perform more innovative behavior in other hospitals, such as at Dali Bai autonomous hospitals. These situations may influence the innovative behavior of nurses in the Dali Bai hospitals. However, no studies have been conducted to explore the innovative behavior of nurses in autonomous hospitals in Yunnan province. The literature also supports four factors, job title, educational attainment, knowledge sharing, and job autonomy, which are positively related to nurses' innovative behavior. However, no studies have addressed which factors influence the innovative behavior of nurses in autonomous hospitals in the PRC. Therefore, this study has been conducted to fill these gaps in the knowledge.

Objectives

The objectives of this study were to explore the level of innovative behavior of nurses and to investigate the influence of job title, educational attainment, knowledge sharing, and job autonomy on innovative behavior among nurses in autonomous hospitals in the PRC.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study is based on the literature review. Innovative behavior is defined as an act of seeking and developing new methods, techniques, and work patterns, and introducing and applying these new ideas to one's work (Bao et al., 2012). According to the literature review, four factors related to innovative behavior have been found, including job title, educational attainment, knowledge sharing and job autonomy. In this study, knowledge sharing is a set of individual behaviors involving sharing ones' work-related knowledge and expertise (Yi, 2009), and job autonomy is the degree or discretion that a worker can exercise with respect to three facets of autonomy (Breugh, 1985). Senior nurses have more experience, and under incentives from the organization, they may perform more innovative behavior than junior



nurses. In terms of educational attainment, nurses who have obtained a bachelor's degree may have more platforms and opportunities for sharing knowledge. Knowledge sharing provides platforms and opportunities to nurses for obtaining knowledge, communicating, and developing new ideas. Job autonomy increases nurses' sense of responsibility. They may be willing to find or generate new ideas or solutions to improve quality of nursing care. In the present study, the relationships between innovative behavior and its four factors were examined.

Methodology

A descriptive correlation design was used for the present study.

Population and Sample

The population consisted of 2,357 staff nurses in three autonomous hospitals in the PRC. Sample size was calculated by Yamane's formula (Yamane, 1978). Considering the possible loss of subjects, 20% of the sample size was added, resulting in a total number of 410 staff nurses who had worked for at least one year in one of eight clinical departments. Nurse managers, assistant chief senior nurses, chief senior nurses, and nurses who were on vacation or pursuing continuing education were excluded from this study. Finally, 385 questionnaires were completed with a valid return rate of 93.9%.

Research Instruments

The research instruments used in this study included a set of questionnaires, as follows:

Part 1: The demographic data form was developed by the researcher and consisted of gender, age, marital status, educational attainment, job title, department, years of working, and employment status.

Part 2: The Nurse Innovative Behavior Scale (NIBS) was developed by Bao et al. (2012). This scale contains 10 items within three stages, including idea generation (3 items), support obtaining (3 items), and idea realization (4 items). It is measured using a 5-point Likert scale (1 = never, 5 = always). Possible total scores range from 10 to 50 and are interpreted at three levels, as approved by Bao, Wang and Zhang (2012), as follows: low (1.00 - 2.09), moderate (2.10 - 4.09), and high (4.10 - 5.00).

Part 3: The Chinese Knowledge Sharing Behavior Scale (KSBS) was developed by Chen and Wu (2015). This scale includes 19 items within 4 dimensions, including written contributions (4 items), organizational communication (5 items), personal interactions (5 items), and communities of practice (5 items). Items were measured on a 5-point Likert scale (1 = never, 5 = always). Total scores ranged from 19-95, and higher scores indicated more knowledge sharing behavior. Levels of knowledge sharing were divided into four levels using the class interval method (Stevens, 1946), as follows: low level (1.00 - 1.99), quite low level (2.00 - 2.99), quite high level (3.00 - 3.99), and high level (4.00 - 5.00).

Part 4: Work Autonomy Scale (WAS) was developed by Breugh (1985). After obtaining permission from the developer, this scale was translated into Chinese via the back-translation



method (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010). This scale consists of 9 items within 3 dimensions, including work method autonomy (3 items), work scheduling autonomy (3 items), and work criteria autonomy (3 items). Items were measured on a 7-point response scale (1 = strongly disagree, to 7 = strongly agree) with total scores ranging from 9 to 63. Higher scores indicated a higher degree of autonomy at work. Levels of job autonomy were divided into four levels using the class interval method (Stevens, 1946), as follows: low level (1.00 - 2.49), quite low level (2.50 - 3.99), quite high level (4.00 - 5.49), and high level (5.50 - 7.00).

Validity and reliability of the instrument

With permission from the authors, the KSBS, WAS, and NIBS were used without any modification; therefore, the researcher did not test validity prior to the study. The reliabilities of the three instruments were tested among 20 nurses from Dali Bai Autonomous Prefecture People's Hospital. The Cronbach's alpha coefficient of the overall NIBS was 0.89, while for each stage, it ranged from 0.59 to 0.94. The Cronbach's alpha coefficient of the overall Chinese KSB was 0.95, and for the overall WAS, was 0.92.

Ethical Considerations

The study was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Permissions for data collection were obtained from the directors of the nursing departments in the three hospitals. Furthermore, before collecting data, a consent form was signed by the nurses who were willing to participate in this study, and they were informed of the relevant information about the study. Additionally, all data in this study were kept confidential and anonymous.

Data Collection

Data were collected in three autonomous hospitals in Yunnan province in the PRC. After obtaining permission from the Ethics Committee at the Faculty of Nursing, CMU, and directors of nursing departments in these three hospitals, the researcher selected participants from the name lists of each department by using simple random sampling. The researcher and two coordinators distributed a questionnaire, an information sheet, an envelope, and a consent form to each participant. After the participants completed the questionnaires, the researcher or the coordinators collected the questionnaires and consent forms from the locked box which was provided outside the nursing department office within two weeks.

Data Analysis

Data was analyzed using SPSS version 13.0. Descriptive statistics were used to analyze demographic data, innovative behavior, knowledge sharing, and job autonomy. The results of the Kolmogorov Smirnov test showed all data were normally distributed; thus, Pearson's product correlation was used to test the relationships among all variables, and multiple regression analysis was used to explore the factors for predicting innovative behavior. The significance level was 0.05.



Results

The sample for this study consisted of 385 nurses. The majority were female (97.40%), 63.64% of participants were aged 21-30 years old, and 72.47% were married. Diploma and associate degree holders (51.43%) made up more than bachelor's degree holders (48.57%). More than half of the participants were senior nurses (64.42%) or junior nurses (35.58%). Regarding years of work, most participants had worked 2 - 10 years (69.61%), and more than half of the participants were temporary nurses (68.57%). In addition, 33.53% of the participants worked in the medical department, and 29.53% worked in the surgical department.

The results showed that the participants performed activities related to innovative behavior at a moderate level ($\bar{X} = 3.12$, $SD = .56$), practiced knowledge sharing at a quite low level ($\bar{X} = 2.68$, $SD = .59$), and had job autonomy at a quite high level ($\bar{X} = 4.54$, $SD = 1.07$) (Table 1).

Regarding the association between factors and innovative behavior, Table 2 illustrates that knowledge sharing and job autonomy ($r = .20$, $p < .001$) were associated with innovative behavior ($r = .63$, $p < .001$), and job autonomy was associated with innovative behavior ($r = .20$, $p < .001$). However, only knowledge sharing could explain the variability in innovative behavior ($\beta = .61$, $p < .01$; $R^2 = .40$) (Table 3).

Table 1 Mean, SD, and level of total and each stage of innovative behavior, knowledge sharing and job autonomy (n = 385)

Variables	$\bar{X}$	SD	Level
Innovative behavior	3.12	.56	Moderate
Idea generation	3.52	.58	Moderate
Support obtaining	3.04	.79	Moderate
Idea realization	2.82	.60	Moderate
Knowledge sharing	2.68	.59	Quite low
Job autonomy	4.54	1.07	Quite high

Table 2 Pearson's product-moment correlation among innovative behavior, job title, educational attainment, knowledge sharing, and job autonomy (n = 385)

Variables	Job Title	Educational Attainment	Knowledge Sharing	Job Autonomy	Innovative Behavior
Job Title	1	.30**	.07	.05	.07
Educational Attainment	.30**	1	.09	.01	.10
Knowledge sharing	.07	.09	1	.22**	.63**
Job Autonomy	.05	.01	.22**	1	.20**
Innovative Behavior	.07	.10	.63**	.20**	1

** $p < .01$



Table 3 Multiple regression analysis of the factors predicting innovative behavior (n = 385)

Variables	B	β	t	P value
Job Title	.01	.01	.28	.78
Educational Attainment	.04	.04	.89	.38
Knowledge sharing	.58	.61	14.98	.00*
Job Autonomy	.04	.07	1.75	.08

$R = .64$, $R^2 = .40$, Adjusted $R^2 = .40$, $F = 64.36$, $*p < .01$

Discussion

The results of this study showed a moderate level of innovative behavior among nurses in autonomous hospitals in the PRC. The possible explanation may be that increasing opportunities were provided to nurses for presenting their ideas within the department and hospital, so this may promote nurses to generate ideas. Commonly, in all hospitals, nurses share knowledge via hospital conferences, lectures, nursing rounds and consultations, clinical nursing teaching, and nursing documents (Jin, 2004). In autonomous hospitals, the Quality Control Circle and mentoring teaching mode have been applied in nursing areas in recent years. More opportunities have been provided to nurses for sharing their ideas and obtaining others' knowledge, and nurses may create more new ideas and methods.

However, the nurses in autonomous hospitals in the PRC did not perform well at the stages of support-obtaining or idea realization. One possible explanation may be that approximately 63.64% of nurses in the study were young nurses between 21-30 years old. Moreover, 68.57% (n = 264) of participants were temporary nurses which may lead to be a lack of competencies to obtain support from organizations, particularly technical and financial support. Innovative behavior is a complex process (Scott & Bruce, 1994), and junior nurses with limited knowledge and experience may not understand the whole process well. Additionally, they may not obtain systematic technical guidance within clinical departments due to the lack of nurses who have more experience with innovation in clinical departments, as fewer trainings were provided to nurses (Ku, 2010). This may lead to a lack of competencies in providing qualified proposals for new solutions to persuade leaders and obtain financial support. Furthermore, most hospitals in the PRC do not issue specific regulations for guiding, motivating, or enhancing nurses' innovative behavior. In recent years, nursing innovation competitions have occasionally been organized in some tertiary hospitals, and these have done more to motivate nurses to participate in innovation during a short time (Tian, 2016; Wang & Tian, 2016). However, the lack of a long-term incentive mechanism may not motivate nurses to perform innovative behavior in their daily work. The results of this study were consistent with a previous study (Liu, Li, Fan, & Zheng, 2015) which indicated that nurses in tertiary hospitals had a moderate level of innovative behavior ($\bar{X} = 3.25$, $SD = 6.4$).



The results of this study illustrated a strong significantly positive relationship between knowledge sharing and innovative behavior ($r = .63$, $p < 0.01$; Table 2) and also showed that knowledge sharing could predict the variance of innovative behavior when controlling other factors ($\beta = .61$, $p < .01$; Table 3). This result was similar with that of other previous findings (Kim & Park, 2015; Yu, Yu-Fang, & Yu-Cheh, 2013). This means the more experience in knowledge sharing, the more innovative behavior there is among nurses. Nurses can share and obtain knowledge via knowledge sharing (Hooff & De Ridder, 2004). The combination and integration of external and internal knowledge stimulates nurses to think more creatively and critically (Aulawi et al., 2009). Knowledge sharing provides the way for communities of practice (Yi, 2009). The community is a group which consists of nurses who have the same interests and are eager to practice new methods (Chen & Wu, 2015). All group members will contribute to coordinate and integrate different sets of knowledge for forming a new prototype or model, and then apply, evaluate, and revise in their daily work (Howell & Sheab, 2001). Finally, the new idea is realized.

There was a weak positive bivariate relationship between job autonomy and innovative behavior ($r = .20$, $p < 0.01$; Table 2). However, job autonomy could not explain the variances of innovative behavior when controlling the effect of knowledge sharing ($\beta = .07$, $p > 0.05$; Table 3). This means that without knowledge sharing, job autonomy could not independently affect innovative behavior. A study by Foss, Minbaeva, Pedersen, & Reinholt (2009) supported the strong relationship between job autonomy and knowledge sharing and indicated that the more job autonomy that was given to individuals, the higher the level of intrinsic motivation of individuals to share knowledge. Accordingly, when nurses felt that they had a lot of freedom to control or ability to exercise judgement in their job, they will share more ideas and knowledge with others, resulting in performance of innovative behavior, as well. This creates a sense of responsibility and ownership because it enables nurses to not only perform their tasks, but also search for and develop better ways to do these tasks (De Spiegelaere, Van Gyes, De Witte, & Hootegem, 2015). Therefore, job autonomy enhances the likelihood that nurses perform more behavior in the stage of idea generation (Wu et al., 2014). During the realization of new ideas, job autonomy empowers nurses with the flexibility to manage their own time, resources, and responsibilities. This leads to nurses having more power to control the outcome of their activities (Sazandrishvili, 2009).

There was no significant relationship between job title and innovative behavior of nurses in the present study ($r = .07$, $p > 0.05$; Table 2) meaning that senior and junior nurses had no difference in innovative behavior experience. This result does not support the results of previous studies in which job title was positively correlated with innovative behavior (Bao et al., 2012; Zhu et al., 2014). A possible explanation of this result may be that nurses lacked motivation to perform innovative behavior. In autonomous hospitals, there are no more incentives for nurses to generate new ideas and improve their jobs. Some hospitals may occasionally organize nursing competitions



to reward nurses, but this is not the best way to motivate nurses to perform innovative behavior in their daily work (Zhang, 2015). Nevertheless, even if innovative nurses generated new ideas, there may be a lack of financial and technical support. Some strategies were not adopted in autonomous hospitals, such as special awards and funds for nursing innovation, as well as platforms for assisting nurses to transfer new ideas into products (Zhang, 2015). Results also showed no significant relationship between educational attainment and innovative behavior of nurses in the current study ($r = .10, p > 0.05$; Table 2). This means nurses who are diploma holders or bachelor's degree holders have no difference in experience of innovative behavior. This result was congruent with a previous study (Zhu et al., 2014). However, it contradicted a previous study (Bao et al., 2013). Nurses with bachelor's degrees accepted knowledge on nursing management and research; however, in several Chinese hospitals, including autonomous hospitals, all nurses still have the same job responsibility to provide basic nursing care and have the same opportunities to contribute their ideas or knowledge in nursing teams (Xue & Li, 2010).

Conclusion

The results indicated that innovative behavior of nurses was at a moderate level. There was a strong positive relationship between knowledge sharing and innovative behavior, and knowledge sharing could explain the variance of innovative behavior, as well as a weak positive relationship between job autonomy and innovative behavior. However, job autonomy could not independently affect innovative behavior without knowledge sharing. There were no correlations between innovative behavior, and job title or educational attainment.

Implications of Research Findings

The results provide useful information on innovative behavior, knowledge sharing, and job autonomy of nurses for nursing administration in autonomous hospitals in the PRC. Nursing administrators should make effective strategies to give financial and technical support, such as building nursing innovation funds, cooperating with factories to assist nurses to translate new ideas into objects, and organizing trainings on nursing innovation to enhance nurses' innovative awareness and behavior. Additionally, nursing administrators should build specific platforms for nursing, or adequately utilize current resources and information, for example, building hospital databases and establishing discussion groups on social media platforms, and nursing managers should provide extra space and time for nurses to participate in communities.

Recommendations for Future Research

Future research needs to be carried out to replicate this study in other regions of China or in secondary or private hospitals. Interventions also need to be designed and implemented for improving nurses' knowledge sharing, job autonomy, and innovative behavior.

Acknowledgements

Sincere appreciation is expressed to Chiang Mai University and to all the people who supported me during my study.



References

- Aktharsha, U. S., & Sengottuvel, A. (2016). Knowledge sharing behavior and innovation capability: HRM practices in hospitals. *SCMS Journal of Indian Management*, 13(1), 118-130.
- Aulawi, H., Sudirman, I., Suryadi, K., & Govindaraju, R. (2009). Knowledge sharing behavior, antecedent and their impact on the individual innovation capability. *Journal of Applied Sciences Research*, 5(12), 2238-2246.
- Bao, L., Wang, L., & Zhang, Q. Y. (2012). Development and analysis of reliability and validity of nurse innovation behavior scale. *Journal of Shanghai Jiao Tong University (Medical Science)*, 32(8), 1079-1081.
- Bao, L., Zhang, Q. Y., Zhang, Y., Wang, C. H., & Qian, Y. (2013). Status quo and influencing factors of innovative behavior of nurses. *Journal of Shanghai Jiao Tong University (Medical Science)*, 33(5), 593-596.
- Breaugh, J. A. (1985). The measurement of work autonomy. *Human Relations*, 38(6), 551-570.
- Census Bureau. (2016). *Educational attainment*. Retrieved from <https://www.census.gov/hhes/socdemo/education/about/index.html>
- Chen, G. Y., & Wu, P. Y. (2015). Reliability and validity of Chinese version of the knowledge sharing behavior scale in clinical nurses. *Journal of Nursing Science*, 30(22), 66-69.
- De Spiegelaere, S., Van Gyes, G., De Witte, H., & Hootegeem, G. V. (2015). Job design, work engagement and innovative work behavior: A multi-level study on Karasek's learning hypothesis. *Management Revue*, 26(2), 123-137.
- Dong, M. (2012). The relationship among nurses' innovative behavior, work motivation and organizational innovation climate. *Nurse Practice and Research*, 9(24), 151-153.
- Foss, N. J., Minbaeva, D. B., Pedersen, T., & Reinholt, M. (2009). Encouraging knowledge sharing among employees: How job design matters. *Human Resource Management*, 48(6), 871-893.
- Gao, Y., Li, M. X., & Chen, G. Y. (2016). The relationship between knowledge sharing behavior and core competency of clinical nurses. *Chinese Nursing Management*, 16(10), 1347-1351.
- Hooff, V. D., & De Ridder, J. A. (2004). Knowledge sharing in context: The influence of organizational commitment, communication climate and CMC use on knowledge sharing. *Journal of Knowledge Management*, 8(6), 117-130.
- Howell, J. M., & Sheab, C. M. (2001). Individual differences, environmental scanning, innovation framing, and champion behavior: Key predictors of project performance. *Journal of Product Innovation Management*, 18(1), 15-27.
- Jin, F. J. (2004). The effect of hospital-wide nursing consultation on building up nursing professional work. *Chinese Nursing Management*, 4(5), 59-60.
- Kim, S. J., & Park, M. (2015). Leadership, knowledge sharing, and creativity: The key factors in nurses' innovative behaviors. *Journal of Nursing Administration*, 45(12), 615-621.



- Ku, X. L. (2010). How to improve nurses' innovative ability. *Chinese and Foreign Medical Research*, 8(16), 134-135.
- Li, J. (2014). Relationship between organizational climate and innovative behaviors among nursing staff. *Journal of Nursing Science*, 29(14), 59-61.
- Lin, L. S., & Guo, X. X. (2013). Effect of psychological contract on innovative behavior in nurses. *Chinese Journal Behavioral Medicine and Brain Science*, 22(12), 1122-1123. (in Chinese)
- Liu, Q. S., Li, J. Q., Fan, Y. Y., & Zheng, L. Q. (2015). The correlation between nurses' achievement motivation and innovation behavior. *Chinese Nursing Management*, 15(9), 1049-1050. (in Chinese)
- Sazandrishvili, N. (2009). *Contextual and personal antecedents of innovative behavior* (Unpublished master's thesis). University of Twente, Netherlands.
- Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1994). Determinants of innovative behavior: A path model of individual innovation in the workplace. *Academy of Management Journal*, 37(3), 580-607.
- Stevens, S. S. (1946). On the theory of scales of measurement. *Science, New Series*, 103(2684), 677-680.
- Tian, R. R. (2016). *Hospital News*. Retrieved from <http://www.hnfph.com.cn/a/yydt/2016/1229/2953.html>
- Tucker, A. L., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2007). Implementing new practices: An empirical study of organizational learning in hospital intensive care units. *Management Science*, 53(6), 894-907.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (Eds.). (2010). *Measurement in nursing and health research*. New York: Springer.
- Wang, F. S., & Tian, M. L. (2016). *News*. Retrieved from <http://mt.sohu.com/20161021/n470966518.shtml>
- Wang, M. X. (2015). Research on innovative behavior of registered nurses and influencing factors in Fuzhou. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 10-12. (in Chinese)
- Wang, N. W., & Ding, F. F. (2012). Study on organizational support, knowledge sharing and innovative behavior in nurses. *Journal of Nursing Science*, 27(24), 67-69.
- Wu, C. H., Parker, S. K., & De Jong, J. P. (2014). Need for cognition as an antecedent of individual innovation behavior. *Journal of Management*, 40(6), 1511-1534.
- Xue, M., & Li, Q. Y. (2010). Review of the hierarchical use of nurses with different levels in China. *Journal of Nursing Administration*, 10(9), 652-654.
- Yamane, T. (1978). *Statistic: An introductory analysis*. Tokyo: Harper International.
- Yi, J. L. (2009). A measure of knowledge sharing behavior: Scale development and validation. *Knowledge Management Research & Practice*, 7(1), 65-81.



- Yu, C., Yu-Fang, T., & Yu-Cheh, C. (2013). Knowledge sharing, organizational climate, and innovative behavior: A cross-level analysis of effects. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 41(1), 143-156.
- Zhang, C. (2015). *Nursing administration: How to encourage nurses' innovation?* Retrieved from <http://www.vccoo.com/v/715621>
- Zhao, J., & Wang, P. Z. (2013). The current status of research on nurse innovative behavior. *Journal of Qilu Nursing*, 19(14), 49-51.
- Zhu, Y. Q., Yang, Y. Q., & Sun, J. D. (2014). The effect of psychological empowerment on the innovation behavior of nurses. *Chinese Nursing Management*, 14(3), 243-245.



Psychological Ownership of Nurses in Different Departments at Tertiary Hospitals in Kunming, the People's Republic of China*

การมีจิตใจเป็นเจ้าของของพยาบาลในแผนกต่าง ๆ โรงพยาบาลตติยภูมิในคุนหมิง
สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ชุยเฟิง	ชาว**	Xiufen	Zhao**
อรอนงค์	วิชัยคำ***	Orn-Anong	Wichaikhum***
กุลวดี	อภิชาติบุตร****	Kulwadee	Abhicharttibutra****

Abstract

Having high psychological ownership is important for an organization to reduce turnover rates for nurses. This descriptive comparative research aimed to examine the psychological ownership (preventative and promotive forms) of nurses and compare psychological ownership of nurses in different departments in Kunming tertiary hospitals, the People's Republic of China. The sample consisted of 389 nurses from 3 tertiary hospitals. The research instruments consisted of a demographic data form and the Psychological Ownership Questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient of preventative psychological ownership was 0.87, and of promotive psychological ownership, was 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics and One-way ANOVA.

The results revealed the following:

Preventative and promotive psychological ownership was at a moderate level ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 1.05$; $\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.81$, respectively). Participants who worked in outpatient departments had a significantly higher preventative and promotive psychological ownership than those who worked in critical care departments ($F = 11.059$, mean difference = 1.26, $p < .01$; $F = 43.171$, mean difference = 1.61, $p < .01$, respectively); those who worked in inpatient departments had a significantly higher preventative and promotive psychological ownership than those working in critical care departments ($F = 11.059$, mean difference = 0.67, $p < .01$; $F = 43.171$, mean difference = 1.14, $p < .01$, respectively); and those working in outpatient departments had a significantly higher preventative and promotive psychological ownership than those working in inpatient departments ($F = 11.059$, mean difference = 0.59, $p < .05$; $F = 43.171$, mean difference = 0.46, $p < .05$, respectively).

The results of this study can provide basic information for nursing managers and hospital administrators to develop strategies to enhance the psychological ownership of nurses in different departments in Kunming tertiary hospitals, the People's Republic of China.

Keywords: Psychological ownership; Nurses; Different departments; Tertiary Hospitals; China

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

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: xiufangzh@163.com

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

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

Received 18 May 2018; Revised 25 June 2018; Accepted 23 July 2018



บทคัดย่อ

การมีจิตใจเป็นเจ้าของในระดับสูงมีความสำคัญต่อองค์กรในการลดการลาออกโยกย้ายของพยาบาล การศึกษาพรรณนาเชิงเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีจิตใจเป็นเจ้าของ (แบบการป้องกันและแบบการส่งเสริม) ของพยาบาล และเปรียบเทียบการมีจิตใจเป็นเจ้าของในพยาบาลแผนกต่าง ๆ โรงพยาบาลตติยภูมิในคุนหมิง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลจำนวน 389 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการมีจิตใจเป็นเจ้าของ ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามการมีจิตใจเป็นเจ้าของแบบการป้องกันเท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามการมีจิตใจเป็นเจ้าของแบบการส่งเสริมเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ One-way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า

การมีจิตใจเป็นเจ้าของแบบการป้องกัน และการมีจิตใจเป็นเจ้าของแบบส่งเสริมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 1.05$; $\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.81$ ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในแผนกผู้ป่วยนอกมีจิตใจเป็นเจ้าของแบบป้องกันและแบบส่งเสริมสูงกว่าพยาบาลในแผนกการดูแลระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 11.059$, ความต่างของค่าเฉลี่ย = 1.26, $p < .01$; $F = 43.171$, ความต่างของค่าเฉลี่ย = 1.61, $p < .01$ ตามลำดับ) พยาบาลในแผนกผู้ป่วยในมีจิตใจเป็นเจ้าของแบบป้องกันและแบบส่งเสริมสูงกว่าพยาบาลในแผนกการดูแลระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 11.059$, ความต่างของค่าเฉลี่ย = 0.67, $p < .01$; $F = 43.171$, ความต่างของค่าเฉลี่ย = 1.14, $p < .01$ ตามลำดับ) พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกมีจิตใจเป็นเจ้าของแบบป้องกันและแบบส่งเสริมสูงกว่าพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 11.059$, ความต่างของค่าเฉลี่ย = 0.59, $p < .05$; $F = 43.171$, ความต่างของค่าเฉลี่ย = 0.46, $p < .05$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารการพยาบาลและโรงพยาบาลในการพัฒนากลยุทธ์ที่จะส่งเสริมการมีจิตใจเป็นเจ้าของของพยาบาลในแผนกต่าง ๆ โรงพยาบาลตติยภูมิในคุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน

คำสำคัญ: การมีจิตใจเป็นเจ้าของ พยาบาล หน่วยงานที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศจีน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: xiufangzh@163.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and Significance

In recent years, the psychological ownership of an organization has received increasing attention from scholars, consultants and practitioners, with an extensive amount of research in a wide variety of fields emphasizing its importance (Avey, Wernsing, & Palanski, 2012; Chen & Sun, 2010; Ma, Cheng, & Zhou, 2014; Yoo, Yoo, & Kim, 2012; Kaur, Sambasivan, & Kumar, 2013; Olckers & Enslin, 2016; Jafri, 2016; Rapti, 2016). Psychological ownership has a positive effect on the job satisfaction and performance of employees, resulting in lower turnover rates in organizations (Avey et al., 2009; Md-Sidin, Sambasivan, & Muniandy, 2009; Qiu, Hu, Xu, & Li, 2015; Van Dyne & Pierce, 2004).

Building on the three recognized dimensions of psychological ownership (i.e., self-efficacy, belongingness, and self-identity) (Pierce, Kostova, & Dirk, 2001), Avey and others (2009) extended Pierce et al.'s theory of psychological ownership; the concepts of territoriality and accountability were posited as additional dimensions of psychological ownership. Psychological ownership refers to the state in which nurses "feel as though target of ownership and reflect their awareness, thoughts, and beliefs regarding the target ownership" (Pierce, Kostova, & Dirk, 2003 as cited in Avey et al., 2009), and it consists of preventative and promotive forms.

Preventative psychological ownership is represented by the concept of territoriality, whereas promotive psychological ownership includes self-efficacy, accountability, belongingness, and self-identity. Territoriality is a nurse's behavioral expression of his or her feelings of ownership towards a physical or social object; self-efficacy is the nurse's belief that they have the personal ability to finish tasks with confidence; accountability is defined as the implicit or explicit expectation of the perceived right to hold others and oneself accountable for influences on one's target of ownership; belongingness means that a nurse needs a certain personal space or living space (residential) to meet urgent psychological needs; self-identity refers to a nurse's cognitive connection between an individual and an object or target (for example, the organization) and reflects the perception of oneness with the target.

The concept of psychological ownership in the nursing literature is fairly new. Many studies have demonstrated that promotive psychological ownership is related to many factors including working hours, self-investment, perceived control, perceived familiarity, social influence, job satisfaction, a participative organizational climate, emotional intelligence, leadership styles, perceptions of justice, affective commitment, and workplace deviance (Chen, Zhao, & Wang, 2016; Ozler, Yilmaz, & Ozler, 2008; Kaur et al., 2013; Avey et al., 2009; Adil & Kamal, 2018; Sieger, Bernhard, & Frey, 2011).

According to the literature review, some studies with different results were found to examine psychological ownership by using the same concept based on Avey et al.'s theory in a non-nursing field (Avey et al., 2012; Jafri, 2016; Ma et al., 2014; Rapti, 2016). It is important to note that there have been no studies of psychological ownership in nursing done in Chinese hospitals. China has a different situation from other countries; therefore, the level of psychological



ownership as perceived by nurses may be different from that of other countries.

In China, the healthcare system has undergone considerable changes over the past couple of decades and continues to face mounting challenges due to an aging population, growing urbanization, proliferating lifestyle diseases, rapidly increasing consumer wealth, and the advancement of universal health care insurance (Ministry of Health of China, 2016). As the largest human resource group in the healthcare system, nurses should be of great concern for guaranteeing delivery of quality care. However, in China, nurses are facing problems which influence the efficiency and effectiveness of any health-care delivery system, such as low job satisfaction (Dong, Huang, Chen, Li, Sun, & Zhao, 2017; Wang, Sun, Wu, & Li, 2017; Xu, Shao, & Huang, 2017; Yang & Gao, 2017), unsatisfactory performance (Huang, Yang, & Chen, 2017; Sun, Sun, Xiu, Guo, Xue, & Zhao, 2017; Song, Li, Chen, Wang, Zhang, & Lu, 2017), and a high turnover rate (Shi, Liu, & Zhang, 2016). According to the Ministry of Health of China (2015), the nursing turnover rate is 10.2% to 11.2%, and the percentage of nurses with turnover intention increased to 56.94% in 2014.

In Kunming tertiary hospitals, there are three main departments: outpatient, inpatient, and critical care. Different departments have different turnover rates. According to data from the Ministry of Health in Yunnan Province (2018) in 2017, nursing turnover rates in one tertiary hospital were the following: 0% in the outpatient department, 3.23% in the inpatient department, and 7.51% in the critical care department, while turnover rates in another tertiary hospital were 1.02% in the outpatient department, 4.25% in the inpatient department, and 8.43% in the critical care department. At a third tertiary hospital, turnover rates were 2.02% in the outpatient department, 6.23% in the inpatient department, and 7.78% in the critical care department. It is obvious that the critical care department has a higher turnover rate than other departments. High turnover rates influence the efficiency and effectiveness of health-care delivery systems. In order to meet patients' needs and guarantee the delivery of quality services, nurse administrators are trying to solve these problems.

Psychological ownership can promote staff retention (Olckers & Du Plessis, 2012) resulting in lower turnover rates in organizations (Van Dyne & Pierce, 2004). However, in China, there are some situations which influence nurses' sense of psychological ownership. The Confucian Doctrine of the Mean emphasizes that harmony is the most precious among people and with the external world (Chan, 1963). Most Chinese nurses do not refuse others directly when people come to their workspace to join their projects. This may hinder them from showing their preventative psychological ownership behavior. Less participation in policy-making and organizational decisions hinders a participative organizational climate which may influence nurses' feelings of promotive psychological ownership because, as Ozler et al. (2008) suggested, a participative organizational climate strengthens the sense of promotive psychological ownership held by employees towards their organization.

Different departments have different work environments and spaces. Compared with other departments, there are more families and patients in the outpatient department, which



makes the nurse station, the corridors, and the wards noisy, which influences the nurses' workspace. Organizational members can and do become territorial over physical spaces, ideas, roles, relationships, and other potential possessions in organizations (Brown, Lawrence, & Robinson, 2005 as cited in Avey et al., 2009). When they are afraid that extraneous factors may influence their entities of ownership, the feelings of territoriality are amplified. Thus, nurses may have different preventative psychological ownership (territoriality) due to working in different departments.

Therefore, the situation mentioned previously influences nurses' sense of psychological ownership in China. Different departments have different work environment structures. Low levels of work environment structure afford the organizational members with the opportunity to exercise and experience control over a variety of work and work environment matters. Through the exercise of personal control over these important organizational affairs, organizational members will come to feel ownership for their job and for the employing organization (Pierce, O'Driscoll, & Coghlan, 2004). Therefore, nurses who work in different departments may have different psychological ownership. However, there has been no study found comparing the psychological ownership of nurses in different departments. Therefore, it is meaningful to conduct this study in tertiary hospitals in Kunming. The results of this study could provide basic information for nursing managers and hospital administrators to develop strategies to enhance the psychological ownership of nurses in different departments which would influence nurses' turnover rates, ultimately meeting patients' needs and guaranteeing the delivery of quality services.

Objectives

1. To examine psychological ownership (preventative and promotive forms) of nurses at tertiary hospitals in Kunming, the People's Republic of China.
2. To compare psychological ownership (preventative and promotive forms) of nurses in different departments (outpatient department, inpatient department, and critical care department) at tertiary hospitals in Kunming, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

Based on Avey et al.'s theory (2009), psychological ownership refers to the state in which nurses "feel as though target of ownership and reflect their awareness, thoughts, and beliefs regarding the target ownership" (Pierce et al., 2003 as cited in Avey et al., 2009). It consists of preventative and promotive forms. The preventative form is concerned with sticking to rules and regulations and avoiding punishment, whereas the promotive form is concerned with accomplishments and aspirations (Higgins, 1998 as cited in Avey et al., 2009).

Preventative psychological ownership is represented by the concept of territoriality which is the behavioral expression of a nurse's feelings of ownership towards a physical or social object. Promotive psychological ownership includes four dimensions: self-efficacy, accountability, belongingness, and self-identity. Self-efficacy is a nurse's belief that they have the personal ability



to finish tasks with confidence. Accountability is defined as the implicit or explicit expectation of the perceived right to hold others and oneself accountable for influences on one's target of ownership. Belongingness means that a nurse needs personal space or living space (residential) to meet urgent psychological needs. Lastly, self-identity refers to a nurses' cognitive connection between an individual and an object or target (for example the organization) and reflects the perception of oneness with the target.

Different departments have different work environment structures. Low levels of work environment structure afford the organizational member with the opportunity to exercise and experience control over a variety of work and work environment matters, and through the exercise of personal control over these important organizational affairs, organizational members will come to feel ownership for their job and for the employing organization (Pierce et al., 2004). Therefore, nurses who work in different departments may have different levels of psychological ownership. Thus, this research is about the comparison of nurses' psychological ownership in different departments based on Avey et al.'s psychological ownership theory (2009).

Methodology

A descriptive comparative study was used.

Population and Sample

The target population was 3,629 nurses at three tertiary hospitals in Kunming.

The sample size in this study was calculated by using Yamane's formula (1973): $n = N / 1 + N(e)^2$ and was comprised of 389 nurses working in three departments at three tertiary hospitals in Kunming. The loss of participants was considered, and 10% (Israel, 2003) of the sample size was added resulting in a total of 402 nurses. The samples were chosen using the proportional stratified random sampling method. The number of nurses in each department of each hospital was calculated as follows:

Table 1 Population and sample in each department of each hospital

Hospitals & Departments	Population	Sample
Hospital 1	1,707	189
Outpatient Department	81	9
Inpatient Department	1,500	166
Critical Care Department	126	14
Hospital 2	1,365	151
Outpatient Department	72	8
Inpatient Department	1,185	131
Critical Care Department	108	12
Hospital 3	557	62
Outpatient Department	81	9
Inpatient Department	413	46



Table 1 Population and sample in each department of each hospital (continue)

Hospitals & Departments	Population	Sample
Critical Care Department	63	7
Total	3,629	402

Research Instruments

The research instruments were made up of a questionnaire consisting of two parts:

1. Demographic data form
2. Psychological Ownership Questionnaire (POQ) by Avey et al. (2009).

The POQ consisted of 16 items: four items for the one prevention-orientated dimension (territoriality), three items for each of the four promotion-orientated dimensions (self-efficacy, accountability, belongingness, and self-identity). It was scored on a six-point Likert scale (1 = strongly disagree; 6 = strongly agree) with a higher score indicating higher psychological ownership (preventative and promotive forms). The mean score was classified into three levels based on Best and Kahn (2003): low level of psychological ownership = 1.00-2.66, moderate level of psychological ownership = 2.67-4.33, and high level of psychological ownership = 4.34-6.00. The POQ was translated from English to Chinese by Chen et al. (2012) who also indicated that this version had good validity, with a Kaiser-Meyer-Olkin value of 0.858 (Chen et al., 2012). The reliability of the POQ was tested with ten nurses who worked in one of the Yunnan province tertiary hospitals and who met the same inclusion criteria as the sample, using Cronbach's alpha, with a value of 0.87 for preventative psychological ownership and 0.87 for promotive psychological ownership.

Ethical Considerations

The research proposal was approved by the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. All participants were notified about the study's purpose and methods. They were informed that they had the right to refuse to participate, to stop, or to withdraw from the study at any time. A research consent form was given to the participants to assure protection of their human rights. Information provided by the participants was used only for study and remained confidential. The results of the study were presented as a group.

Data Collection

Data collection was conducted at three tertiary hospitals in Kunming city, the PRC. Data collection steps were as follows:

1. After receiving the approval letter from the Research Ethics Review Committee, a research proposal, an application letter for permission to collect data, and a copy of the data collection tools were submitted to the directors of nursing departments of the three selected hospitals.
2. Permission from the directors of the nursing departments of the three tertiary hospitals in Kunming was obtained.
3. Packages were prepared by the researcher for all selected participants. A package



included a cover letter, a consent form, the questionnaires, and an envelope. The objectives and benefits of this study were explained to the participants via a cover letter.

4. Research participants were selected from the name lists of nurses using the random sampling method. Staff nurses who were in the reliability test were excluded from the sampling.

5. The researcher distributed the questionnaires. All participants were requested to complete the questionnaires in their free time, then seal the envelope and put in the researcher's box in the nursing department of each hospital within two weeks.

6. The researcher checked the questionnaires, of which a total of 395 (98.25%) were gathered from the box. Six incomplete questionnaires were excluded; therefore, 389 (96.76%) questionnaires were used for data analysis.

Data Analysis

Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13.0. Assumptions were met. The data analysis procedure was divided into three parts as follows:

1. Demographic data were analyzed using frequency, percentage, range, mean, and standard deviation.

2. Scores for staff nurses' psychological ownership were analyzed using mean and standard deviation.

3. One-way ANOVA was used to compare the psychological ownership of nurses in three different departments. Since the data for each department showed normal distribution using Kolmogorov-Smirnov, the data showed homogeneity using Levene statistics.

Results

This study included 389 nurses who worked in three departments (outpatient department, inpatient department, and critical care department) at three tertiary hospitals in Kunming. Most (95.12%) were female with ages ranging between 21-55 years old ($\bar{X} = 31.50$, $SD = 6.82$). More than half (57.84%) were between 21-30 years old, and the majority were married (69.92%). More than half also (68.89%) held a bachelor's degree, but only 2.57% held a master's degree. Nearly half of the sample (48.07%) were senior nurses while over 70% (70.18%) had 1-10 years of working experience with a range from 2 to 36 years ($\bar{X} = 9.75$, $SD = 7.67$). Finally, more than half (73.01%) were temporary nurses.

Overall, preventative and promotive psychological ownership were both at a moderate level ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 1.05$; $\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.81$, respectively).

Table 2 Comparison of Psychological Ownership of the Participants in Different Departments

(I) working departments	(J) working departments	Mean Difference (I-J)
Preventative psychological ownership		
Outpatient department	Critical care department	1.26**
Inpatient department	Critical care department	0.67**
Outpatient department	Inpatient department	0.59*

**Table 2** Comparison of Psychological Ownership of the Participants in Different Departments
(continue)

(I) working departments	(J) working departments	Mean Difference (I-J)
Promotive psychological ownership		
Outpatient department	Critical care department	1.61**
Inpatient department	Critical care department	1.14**
Outpatient department	Inpatient department	0.46*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 2 showed that nurses who worked in the outpatient department had significantly higher preventative and promotive psychological ownership than nurses in the critical care department ($F = 11.059$, mean difference = 1.26, $p < .01$; $F = 43.171$, mean difference = 1.61, $p < .01$, respectively). Nurses who worked in the inpatient department had significantly higher preventative and promotive psychological ownership than those in the critical care department ($F = 11.059$, mean difference = 0.67, $p < .01$; $F = 43.171$, mean difference = 1.14, $p < .01$, respectively). Nurses who worked in the outpatient department had a significantly higher preventative and promotive psychological ownership than nurses who worked in the inpatient department ($F = 11.059$, mean difference = 0.59, $p < .05$; $F = 43.171$, mean difference = 0.46, $p < .05$, respectively).

Discussion

1. Psychological Ownership of the Sample

The results of this study showed preventative psychological ownership of nurses was at a moderate level ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 1.05$). The explanation of this result is as follows:

In China, the nursing department sets the performance and evaluation standards for nursing work, as well as for hospital policies. The outcome of performance evaluations according to nursing standards could influence the next year's salary; thus, nurses consider nursing standards as an important aspect. When a nurse takes care of patients or completes tasks, he/she must carefully follow standard procedures to avoid making mistakes and punishment. Avey et al. (2009) indicated that individuals with preventative psychological ownership strictly follow rules and procedures and focus on what they need to avoid so as to minimize punishment from their organization or employer. Thus, nurses preventative psychological ownership was at a moderate level.

The results of this study showed that the promotive psychological ownership of nurses was at a moderate level ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.81$). In Kunming, head nurses in tertiary hospitals face huge pressure to guarantee the delivery of quality services. They must think more about internally inspiring their staff to make sure that they can go beyond what is expected. Therefore, they show transformational leadership, such as creating trust with staff nurses by open and honest communication, using verbal commands and other small gestures (such as smiling and cheering)



to encourage their staff. This contributes to the result that the promotive psychological ownership of nurses was demonstrated at a moderate level.

2. The Comparison of Psychological Ownership of Participants in Different Departments

Nurses in the outpatient department and the inpatient department had a significantly higher preventative psychological ownership than nurses in the critical care department (mean difference = 1.26, $p < .01$, mean difference = 0.67, $p < .01$, respectively). The explanation for this result may be that territoriality can occur when individuals feel defensive towards their property, or their job or organization (Avey et al., 2009). In this study, 88.00% of outpatient department nurses and 70.10% of inpatient department nurses feel that they need to protect their property from being used by others in this organization. However, just 36.36% of critical care department nurses felt this need. This may contribute to the explanation of why nurses who worked in the critical care department had a significantly lower preventative psychological ownership than nurses who worked in other departments.

Nurses in the outpatient department had significantly higher preventative psychological ownership than nurses in the inpatient department (mean difference = 0.59, $p < .05$). This may be related to the different work environments. Only patients who need to be under supervision come to the inpatient department. On the other hand, the outpatient department refers to a hospital department where healthcare professionals see outpatients, and thousands of people will come here, which influences the nurses' workspace. When people are afraid that extraneous factors may influence their entities of ownership, feelings of territoriality are amplified (Avey et al., 2009). Thus, such a situation may be related to the results that nurses who worked in the outpatient department had significantly higher preventative psychological ownership than nurses who worked in the inpatient department.

Nurses in the outpatient department and the inpatient department had a significantly higher promotive psychological ownership than nurses in the critical care department (mean difference = 1.61, $p < .01$, mean difference = 1.14, $p < .01$, respectively). Workload and job stress may be related to this result. In Kunming tertiary hospitals, outpatient department nurses only need to work the day shift, but nurses in both inpatient departments as well as critical care departments work day and night shifts. However, patients' situations in critical care departments are more serious than in other departments.

Furthermore, nurses who work in the critical care department must learn and master a wide variety of high-level nursing skills to fulfill patients' needs while completing various tasks. Therefore, nurses who work in the critical care department often face a higher workload and more job stress than nurses who work in other departments. Previous studies have shown that job stress and a high workload can negatively influence the self-efficacy of nurses (Wang, Liu, Hong, & Zhou, 2009; Lee & Ko, 2009). Self-efficacy is one of the dimensions of promotive



psychological ownership. White (1959, as cited in Avey et al., 2009) argued that one's feelings of ownership are inextricably linked to an individual's need for self-efficacy. According to the data, in this study, the mean score of self-efficacy of outpatient department nurses was 4.84 (SD = 0.87), the mean score of self-efficacy of inpatient department nurses was 4.23 (SD = 0.89), and the mean score of self-efficacy of critical care department nurses was 3.35 (SD = 1.01). Thus, maybe due to high workload and job stress, critical care department nurses had a lower self-efficacy. Such a situation may contribute to the result that nurses who worked in the critical care department had significantly lower promotive psychological ownership than nurses who worked in other departments.

Nurses in the outpatient department had significantly higher promotive psychological ownership than nurses in the inpatient department (mean difference = 0.46, $p < .05$). Data from hospitals has shown that nurses in outpatient departments had better job satisfaction (Document of the First People's Hospital of Yunnan Province, 2017). Avey et al. (2009) showed job satisfaction was positively related to promotive psychological ownership ($r = .49$, $p < .01$). Thus, nurses who worked in the outpatient department had significantly higher promotive psychological ownership than nurses in the inpatient department.

Implications of Research Findings

The results of the study have significant implications for nursing administrators. The results revealed that nurses' promotive psychological ownership was moderate, so administrators should develop strategies to improve nurses' promotive psychological ownership. The results showed critical care department nurses had a significantly lower preventative and promotive psychological ownership than other departments' nurses; thus, administrators should pay more attention to improving preventative and promotive psychological ownership of critical care department nurses.

Recommendations for Further Research

Based on the results of this study, recommendations for future study should focus on conducting this study in primary, secondary, and other tertiary hospitals in other regions of China. Other studies may focus on head nurses or other nursing administrators. Correlation studies may also be done in the future.

Acknowledgements:

The researcher would like to sincerely thank the Faculty of Nursing and the Graduate School for providing me with the opportunity to study.



References

- Adil, A., & Kamal, A. (2018). Impact of perceived authentic leadership and psychological capital on burnout: Mediating role of psychological ownership. *Psychological Studies*, 63(2), 243-252. doi: 10.1007/s12646-018-0446-x
- Avey, J. B., Avolio, B. J., Crossley, C. D., & Luthans, F. (2009). Psychological ownership: Theoretical extensions, measurement and relation to work outcomes. *Journal of Organizational Behavior*, 30(2), 173-191. doi: 10.1002/job.583
- Avey, J. B., Wernsing, T. S., & Palanski, M. E. (2012). Exploring the process of ethical leadership: The mediating role of employee voice and psychological ownership. *Journal of Business Ethics*, 107(1), 21-34.
- Chan, W. T. (1963). *A source book in Chinese philosophy*. Princeton: Princeton University Press.
- Chen, C. D., Zhao, Q., & Wang, J. L. (2016). *Psychological ownership: An empirical study on its antecedents and impacts upon social media loyalty*. Paper presented at the PACIS.
- Chen, H., Hui, Q. S., & Xi, J. (2012). Revision of Avey's psychological ownership questionnaire and its relationship with related working attitude. *Journal of Guangdong University of Technology*, 12(1), 31-38. (in Chinese)
- Chen, Y., & Sun, R. Q. (2010). Relationship among workplace trust, psychological ownership, and organizational citizenship behavior. *Contemporary Finance and Economics*, F270.05, 0892-1005. (in Chinese)
- Dong, Q. L., Huang, J., Chen, Y. Y., Li, L. Z., Sun, C. F., & Zhao, L. P. (2017). Investigation and analysis of job satisfaction of nurses in Hunan Province. *Chinese Nursing Management*, 17(1), 99-102. (in Chinese)
- Huang, H. M., Yang, X. M., & Chen, Y. X. (2017). The impact of volunteer motivation and organizational identification of nurses on the job performance in the tertiary hospital. *Journal of Medical College*, 42(1), 23-26. (in Chinese)
- Israel, G. D. (2003). *Determining sample size*. Gainesville, FL: Institute of food and Agricultural Science, University of Florida. Retrieved from <http://edis.ifas.uedu/PD006.htm>
- Jafri, H. (2016). Influence of psychological ownership on psychological contract breach. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(2), 150-160.
- Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N. (2013). Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behavior of nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3192-3202.
- Lee, T. W., & Ko, Y. K. (2009). Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 839-848.
- Ma, Y. R., Cheng, W. B., & Zhou, J. M. (2014). The effect of inclusive leadership on turnover intention: The mediating role of both psychological ownership and cynicism. *Social Science*, 20, 6-12. (in Chinese)



- Md-Sidin, S., Sambasivan, M., & Muniandy, N. (2009). Impact of psychological ownership on the performance of business school lecturers. *Journal of Education for Business*, 85(1), 50-56.
- Ministry of Health of China (2015). *Health care development report*. Retrieved from http://blog.sina.com.cn/s/blog_cf91cfc70102wc9c.html (in Chinese)
- Ministry of Health of China (2016). *National nursing career development plan (2016-2020)*. Retrieved from <http://www.nhfpc.gov.cn/yzygj/s3593/201611/6bd4730a554f472aa2dc7a30b52fd932.shtml> (in Chinese)
- Ministry of Health of Yunnan Province (2018). *Health care development report*. Retrieved from <http://www.pbh.yn.gov.cn/wjwWebsite/web/index> (in Chinese)
- Olckers, C., & Du Plessis, Y. (2012). The role of psychological ownership in retaining talent: A systematic literature review. *SA Journal of Human Resource Management*, 10(2), a415.
- Olckers, C., & Enslin, C. (2016). Psychological ownership in relation to workplace trust and turnover intent. *Journal of Psychology in Africa*, 26(2), 119-126.
- Ozler, H., Yilmaz, A., & Ozler, D. (2008). Psychological ownership: An empirical study on its antecedents and impacts upon organizational behaviors. *Problems and Perspectives in Management*, 6(3), 38-47.
- Pierce, J. L., Kostova, T., & Dirks, K. T. (2001). Toward a theory of psychological ownership in organizations. *Academy of Management Review*, 26(2), 298-310.
- Pierce, J. L., O'driscoll, M. P., & Coghlan, A. M. (2004). Work environment structure and psychological ownership: The mediating effects of control. *The Journal of Social Psychology*, 144(5), 507-534.
- Qiu, M., Hu, B., Xu, Z., & Li, Y. (2015). Employees' psychological ownership and self-efficacy as mediators between performance appraisal purpose and proactive behavior. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 43(7), 1101-1109.
- Rapti, A. (2016). *Employee psychological ownership and work engagement: An extension of the JD-R model* (Doctoral dissertation). University of Bath. Retrieved from <http://researchportal.bath.ac.uk>
- Shi, R. F., Liu, Y. Y., & Zhang, Z. L. (2016). The turnover status of nurses in tertiary hospitals of Guangdong Province. *Journal of Nursing Management*, 16(11), 1503-1506. (in Chinese)
- Sieger, P., Bernhard, F., & Frey, U. (2011). Affective commitment and job satisfaction among non-family employees: Investigating the roles of justice perceptions and psychological ownership. *Journal of Family Business Strategy*, 2(2), 78-89.
- Song, Y. L., Li, J., Chen, Y. L., Wang, X. L., Zhang, H. L., & Lu, G.Z. (2017). Influence of occupational identity of nurses on job performance. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 229-231. (in Chinese)
- Sun, H., Sun, L. H., Xiu, H., Guo, L., Xue, C. H., & Zhao, Y. J. (2017). Job involvement, organizational commitment, and job performance in nurses. *Journal of Chinese Nursing*, 3(3), 208-212. (in Chinese)



- Van Dyne, L., & Pierce, J. L. (2004). Psychological ownership and feelings of possession: Three field studies predicting employee attitudes and organizational citizenship behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 439–459. doi: 10.1002/job.249
- Wang, L., Liu, Y., Hong, J. D., & Zhou, J. (2009). The relationship between self-efficacy and job stress. *Journal of Chinese Nursing Research*, 23(5), 1154-1156. (in Chinese)
- Wang, L. L., Sun, Y. M., Wu, Y. F., & Li, X. L. (2017). Consolidation degree and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing*, 24(2), 60-62. (in Chinese)
- Xu, W., Shao, J. L., & Huang, Y. Y. (2017). Transformational leadership and job satisfaction among emergency nurses. *Contemporary Clinical Nursing*, 16(3), 49-52. (in Chinese)
- Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis*. Tokyo: Harper international.
- Yang, T. T., & Gao, X. M. (2017). The relationship among psychological contract, job satisfaction, and intention to leave in nurses. *Journal of Medical College*, 42(2), 264-268. (in Chinese)
- Yoo, M. R., Yoo, J. A., & Kim, Y. M. (2012). Study for professionalism, organizational citizenship behavior, psychological ownership of nurse officers. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 18(3), 290-300.



Resilience and Professional Quality of Life of Nurses in Tertiary Hospitals, The People's Republic of China*

ความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติและคุณภาพชีวิตในวิชาชีพของพยาบาล
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ สาธารณรัฐประชาชนจีน*

โจว	ลี่**	Zhou	Li**
ฐิตินันท์	อัคคะเดชอนันต์***	Thitinut	Akkadechanunt***
อรอนงค์	วิชัยคำ***	Orn-anong	Wichaikhum***

Abstract

Professional quality of life (ProQOL) of nurses is a significant issue that affects nurse retention and nurses' job satisfaction. This descriptive correlation study aimed to describe the resilience and professional quality of life of nurses, and to examine the relationship between resilience and each dimension of ProQOL for nurses in tertiary hospitals in the People's Republic of China. The participants included 364 nurses working in different units of three tertiary hospitals in western Yunnan province. The research instruments consisted of the Demographic Data Form, the Chinese version of the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and the Chinese version of the Professional Quality of Life version 5 (ProQOL 5). The Chinese version of the CD-RISC and ProQOL5 were confirmed for validity by the developers. The Cronbach alpha reliability of the Chinese version of the CD-RISC was 0.88, and for the three subscales of the Chinese version of the ProQOL (compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue) were 0.94, 0.89, and 0.72, respectively. Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation were used to analyze the data.

The results of this study showed that:

1. The mean score for resilience of the participants was 64.43 (SD = 11.56).
2. The mean scores for each dimension of the ProQOL, including compassion satisfaction ($\bar{X}$ = 31.83, SD = 7.01), burnout ($\bar{X}$ = 25.82, SD = 5.28), and compassion fatigue ($\bar{X}$ = 26.33, SD = 5.03) for the participants, were at average levels.
3. There was a moderately positive relationship between resilience and compassion satisfaction (r_s = .50, p < .01.), moderately negative relationships between resilience and burnout (r_s = -.48, p < .01), and weakly negative relationships between resilience and compassion fatigue (r_s = -.16, p < .01).

The results of this research provide basic information for nurse administrators to develop proper strategies for improving nurses' resilience in order to increase compassion satisfaction and decrease burnout and compassion fatigue of nurses in tertiary hospitals in the People's Republic of China.

Keywords: Resilience; Professional quality of life; Nurses; Tertiary hospitals

* 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: zhouli-yinghu@163.com

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

Received 28 June 2019; Revised 31 July 2019; Accepted 20 August 2019

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตในวิชาชีพของพยาบาลเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการคงอยู่ในงาน และความพึงพอใจของพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติและคุณภาพชีวิตในวิชาชีพของพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติ และองค์ประกอบแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตในวิชาชีพของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิ สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 364 ราย ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลตติยภูมิ 3 แห่ง ในภาคตะวันตกของมณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติ ของ คอนเนอร์ และเดวิดสัน ฉบับภาษาจีน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตในวิชาชีพ ฉบับที่ 5 ฉบับภาษาจีน ซึ่งแบบประเมินความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติ ของ คอนเนอร์ และเดวิดสัน ฉบับภาษาจีน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตในวิชาชีพ ฉบับที่ 5 ฉบับภาษาจีน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ ค่า Cronbach alpha ของแบบประเมินความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติ ของ คอนเนอร์ และเดวิดสัน เท่ากับ 0.88 และสำหรับ 3 องค์ประกอบของแบบประเมินคุณภาพชีวิตในวิชาชีพ ได้แก่ ความพึงพอใจในงาน ความเบื่อหน่ายในการทำงาน และความเมื่อยล้าในการทำงาน เท่ากับ 0.94, 0.89 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank-order correlation

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64.43 (SD = 56.11)
2. คะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตในวิชาชีพ ได้แก่ ความพึงพอใจในงาน ($\bar{X} = 31.83$, SD = 7.01) ความเบื่อหน่ายในการทำงาน ($\bar{X} = 25.82$, SD = 5.28) และความเมื่อยล้าในการทำงาน ($\bar{X} = 26.33$, SD = 5.03) อยู่ในระดับปานกลาง
3. ความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในงาน ($r_s = .50$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความเบื่อหน่ายในการทำงาน ($r_s = -.48$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความเมื่อยล้าในการทำงาน ($r_s = -.16$, $p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติของพยาบาล เพื่อที่จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงาน ลดความเบื่อหน่ายและความเมื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ สาธารณรัฐประชาชนจีน

คำสำคัญ: ความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติ คุณภาพชีวิตในวิชาชีพ พยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: zhouli-yinghu@163.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 28 มิถุนายน 2562 วันที่แก้ไขบทความ 31 กรกฎาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 20 สิงหาคม 2562



Background and Significance

Professional quality of life (ProQOL) refers to the quality one feels in relation to their work as a helper (Stamm, 2010) and includes three components, which are compassion satisfaction (CS), burnout (BO), and compassion fatigue (CF). According to Stamm, CS refers to the pleasure you derive from being able to do your work well. BO refers to feelings of hopelessness and difficulty in dealing with work or in doing one's job effectively. CF is about work-related, secondary exposure to people who have experienced extremely or traumatically stressful events. The phenomena of BO and CF are significant for healthcare organizations because they can help to interpret and predict the correlation among nurse retention, turnover, patient's safety, and satisfaction (Sabo, 2011). Meanwhile, CS could generate compassion that enables one to thrive and allows an individual to maintain career enthusiasm (Radey & Figley, 2007). Due to the tensions resulting from both physical and psychological stress of caring for patients, nurses are particularly prone to BO, CF and reduced CS (Kim, Han, & Kim, 2015) while professional quality of life (ProQOL) is the balance between the CS, BO and CF (Stamm, 2009). Based on the literature review, research on ProQOL of nurses has been conducted in several countries, but results have been inconsistent.

Several factors have been found to be related to ProQOL, such as job satisfaction (Muliira & Ssendikadiwa, 2016), clinical competence (Kim, Han, Kwak, & Kim, 2015b), compassion competence (Lee & Seomun, 2016), perceived stress (Amin, Vankar, Nimbalkar, & Phatak, 2015), support (Yu, Jiang, & Shen, 2016), ethical dilemmas and nursing professional values (Kim et al., 2015), and resilience (McGarry et al., 2013; Søndena, Lauvud, Sandvik, Nonstad, & Whittington, 2013; Leners, Sowers, Griffin, & Fitzpatrick, 2014; Hegney, Rees, Eley, Osseiran-Moisson, & Francis, 2015; Craigie et al., 2016). Resilience is prominent in assisting nurses to develop skills that will aid them in bouncing back and coping in the face of adversity, sustaining them through difficult and challenging working environments (Kornhaber & Wilson, 2011). Moreover, it has been shown that those who cannot develop resilience to overcome workplace adversity are more likely to leave their profession (Cameron & Brownie, 2010) while resilient nurses will not just stay in the nursing workforce but will also provide a higher quality of patient care (Drury, Craigie, Francis, Aoun, & Hegney, 2014). Promoting individual resilience showed improvement in BO, reduction in CF, and an improvement in CS (Cocker & Joss, 2016). Resilience is defined as a personal quality that enables one to thrive in the face of adversity, and can also be viewed as a measure of successful stress-coping ability (Connor & Davidson, 2003), which includes personal competence, strengthening effects of stress, positive acceptance of change, control, and spiritual influences.

Previous studies on the relationship between resilience and each dimension of the ProQOL have yielded various results. Four studies proved resilience has a significant positive relationship with CS, but a significant negative relationship with BO and CF/STS (McGarry et al., 2013; Hegney et al., 2015; Leners, Sowers, Griffin, & Fitzpatrick, 2014; Cooke, Doust, & Steele, 2013) while one proved no relationship (Søndena et al., 2013). In China, the situation of both nurses' resilience and professional quality of life is severe, and the relationship between them is unknown. Most



resilience studies from China found that the resilience mean scores were far lower than those from other countries. For professional quality of life, most domestic research has focused more on CF while few studies have referred to the CS, separating the integrity of the concept of ProQOL (Yang, Xiao, Hu, & Zou, 2015). What more, it can be seen from previous studies that nurses in tertiary hospitals in western Yunnan province face different work adversity, as well as some unpleasantness with professional quality of life (Zhang et al., 2013). However, there have been no studies of resilience or ProQOL conducted in tertiary hospitals in western Yunnan province. According to the situation of the two variables, this study described resilience and ProQOL of nurses and the relationship between resilience and each dimension of ProQOL of nurses in tertiary hospitals in the People's Republic of China.

Objectives

This descriptive correlational study aimed to describe resilience and professional quality of life, which includes compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue, and to examine the relationship between resilience and each dimension of the ProQOL of nurses in tertiary hospitals, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The concept of resilience was based on Richardson (2002) and includes five components: personal competence, strengthening effects of stress, positive acceptance of change, control, and spiritual influences. The concept of professional quality of life was based on the conceptual model of professional quality of life developed by Stamm (2010) which consists of three components: compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue. According to literature review, nurses with high resilience and CS will have low CF and BO (She, 2014; McGarry et al., 2013). Controversially, nurses with low resilience and CS will have high CF and BO (Stanton, Houser, Rieche, Burnham, & McDougall, 2015). Therefore, the relationship between resilience and each dimension of professional quality of life of nurses in tertiary hospitals in western Yunnan province was examined in this study.

Methodology

A descriptive correlational study was designed to describe resilience and the level of each dimension of professional quality of life, and to examine the relationship between resilience and each dimension of professional quality of life for nurses in tertiary hospitals in China.

Population and Sample

The population included 2,357 nurses who received qualification certificates and practice certificates from 8 nursing units at three tertiary hospitals in western Yunnan province: Dali Bai Autonomous Prefecture People's Hospital (DBAPPH), Chuxiong Yi Autonomous Prefecture People's Hospital (CYAPPH), and Dehong Dai and Jingpo Autonomous Prefecture People's Hospital (DDJAPPH).



Sample size was calculated by Yamane's (1973) formula and consisted of 410 nurses. The proportional stratified random sampling method was used to determine the number of nurses from each hospital, and subjects were selected by random sampling from the name lists in the 8 nursing units.

Research Instrument

The research instrument in this study was a set of questionnaires and consisted of three parts:

1. The Demographic Data Form was designed to collect nurses' information, which included hospital, department, gender, age, marital status, religion, education level, professional title, and years of work experience in their present hospital.
2. The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), developed by Connor Davidson (2003) and translated into Chinese by Yu & Zhang (2007), consists of 25 items with five components: personal competence (8 items), strengthening effects of stress (7 items), positive acceptance of change (5 items), control (3 items), and spiritual influences (2 items). Each item is rated on a 5-point scale (0 = "not true at all", 1 = "rarely true", 2 = "sometimes true", 3 = "often true", 4 = "true nearly all of the time"), and total scores range from 0 to 100, with higher scores reflecting greater resilience. The validity was confirmed by the developer. The Cronbach's alpha coefficient of the Chinese version of the CD-RISC was 0.88.
3. The Chinese version of the Professional Quality of Life version 5 (ProQOL 5) was developed by Stamm (2009), and the Chinese version was provided by the ProQOL organization and included 30 items in all. Ten items each were distributed under three subscales that measured compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue/secondary traumatic stress. Each item was scored on a five-point Likert scale (never = 1, rarely = 2, sometimes = 3, often = 4, and very often = 5), ranging from 0 to 50 for each subscale, and the level was interpreted as follows: 22 or less indicated a low level, 23 to 41 indicated an average level, and 42 or more indicated a high level. Validity was confirmed by the developer. Cronbach's alpha coefficients for each subscale of the ProQOL, including compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue, were 0.94, 0.89, 0.72, respectively.

Ethical Considerations

The study was approved by the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Research information sheets were distributed to subjects to inform them about the purpose and method of the study before data collection began. Participation in the study was voluntary, and subjects were informed that they could choose to participate or not and could withdraw from the study at any time. Those who agreed to participate in the study were asked to sign an agreement form. Only coded numbers were used for questionnaires. Subjects were reassured that the information provided would be kept confidential and used for this study only.



Data Collection

Data were collected after receiving permission from the nursing directors of the three hospitals. The researcher explained the research objectives and details of data collection to coordinators assigned by the nursing directors of the target hospitals. In total, 410 questionnaires were distributed, 395 (96.34%) questionnaires were returned after two weeks, and, finally, 364 (88.78%) were completed and used for data analysis.

Data Analysis

By using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze the demographic data of the participants, resilience, and each dimension of professional quality of life. As the data were not normally distributed, the Spearman's rank-order correlation was used to examine the relationship between resilience and each dimension of the professional quality of life of nurses.

Results

1. The majority of the 364 participants were female (98.08%), aged 21 to 55, with an average age of 31.48 years old ($SD = 6.75$). Most of the participants (77.48%) were married and were atheists (91.21%). Over half of the participants (52.20%) had a bachelor's degree and were senior nurses (50.55%). Furthermore, 68.13% of the participants had work experience of less than 10 years while 33.52% of the participants worked in the medical department, and 42.31% of them were from Chuxiong Yi Autonomous Prefecture People's Hospital (Table 1).

Table 1 Frequency and Percentage of Demographic Characteristics of the Participants ($n = 364$)

Demographic characteristics	Frequency (n)	Percentage (%)
Gender		
Female	357	98.08
Male	7	1.92
Age ($\bar{X} = 31.48$, $SD = 6.75$, range = 21-55)		
21 – 25	45	12.36
26 – 35	244	67.03
36 – 45	57	15.66
46 – 55	18	4.95
Marital status		
Married	282	77.48
Single	77	21.15
Divorced	3	0.82
Separation/Widowed	2	0.55

**Table 1** Frequency and Percentage of Demographic Characteristics of the Participants (n = 364)
(continue)

Demographic characteristics	Frequency (n)	Percentage (%)
Religion		
None/Atheist	332	91.21
Buddhism	27	7.42
Islam	4	1.10
Christian	1	0.37
Education level		
Diploma	8	2.20
Associated Degree	166	45.60
Bachelor's Degree	190	52.20
Professional title		
Junior Nurse	109	29.95
Senior Nurse	184	50.55
Nurse-in-charge	71	19.50
Years of experience ($\bar{X}$ = 9.89, SD = 7.44, range = 1-37)		
1-10	248	68.13
11-20	73	20.05
21-30	35	9.62
>31	8	2.20
Unit		
Medical	122	33.52
Surgical	101	27.75
OB-GYN	33	9.06
Pediatric	28	7.69
Emergency Room	23	6.32
Operation Room	23	6.32
Intensive Care Unit	21	5.77
OPD	13	3.57
Hospital		
CYAPPH	154	42.31
DBAPPH	117	32.14
DDJAPPH	93	25.55

2. The mean score for resilience of the participants was 64.43 (SD = 11.56). The mean scores of the five components, including personal competence, strengthening effects of stress, positive acceptance of change, control, and spiritual influences, were 21.80 (SD = 4.31), 16.82 (SD = 3.64), 13.70 (SD = 2.69), 7.74 (SD = 2.03), and 4.37 (SD = 1.40), respectively (Table 2).

**Table 2** Minimum, Maximum, Mean, and Standard Deviation of Resilience of the Participants (n = 364)

Resilience	Items	Minimum	Maximum	Mean	SD
Total	25	28	100	64.43	11.56
Personal competence	8	9	32	21.80	4.31
Strengthening effects of stress	7	8	28	16.82	3.64
Positive acceptance of change	5	6	20	13.70	2.69
Control	3	2	12	7.74	2.03
Spiritual influences	2	0	8	4.37	1.40

3. The mean score for each dimension of professional quality of life of the participants was at an average level (Table 3).

Table 3 Mean and Standard Deviation of Each Dimension of Professional Quality of Life of the Participants (n = 364)

ProQOL	Minimum	Maximum	Mean	SD	Level
CS	11	50	31.83	7.01	Average
BO	11	42	25.82	5.28	Average
CF	14	45	26.33	5.03	Average

4. There was a moderately positive relationship between resilience and compassion satisfaction ($r_s = .50$, $p < .01$); a moderately negative relationship between resilience and burnout ($r_s = -.48$, $p < .01$); and a weakly negative relationship between resilience and compassion fatigue ($r_s = -.16$, $p < .01$) (Table 4).

Table 4 Relationship between Resilience and Each Dimension of Professional Quality of Life of the Participants (n = 364)

ProQOL		r_s	p
Resilience	Compassion satisfaction	.50	0.000
	Burnout	-.48	0.000
	Compassion fatigue	-.16	0.003

Discussion

1. Resilience of the nurses

The mean score for resilience of nurses in this study was 64.43 (SD = 11.56). Compared with Connor and Davidson's validation research, the result was lower than general community



samples in the U.S. which reported a mean score of 80.4 (SD = 12.8) (Connor & Davidson, 2003). Additionally, the result is also lower than the high resilience score of 92 that was defined by Mealer, Jones, Newman, McFann, Rothbaum, and Moss (2012). This result indicated that Chinese nurses have lower successful stress coping ability to thrive in the face of adversity. The reason may be because Chinese nurses experience more prominent psychological stress and lower physical and psychological well-being (Shi, Zhao, & Liu, 2011) which affects their resilience to help them adapt well to physical and psychological impairments, the higher stress, and the lower resilience (Ren, Zhou, Huang, Lu, Cheng, & Pan, 2014). In addition, the demographic data showed that the majority of subjects (67.03%) were aged between 26-35 years old, and 68.13% of the nurses had been working for less than 10 years. This may contribute to nurses having lower resilience as previous studies proved older nurses with more experience had higher resilience (Gillespie, Chaboyer, & Wallis, 2009; Su, Guo, Liu, Zhang, Chen, & Lin, 2013; Zhang, Liu, Wang, & Zheng, 2016).

Meanwhile, the results were similar to some other studies in China which summarized resilience mean scores ranging from 51.33 to 68.49 (SD = 3.34 – 18.43). The possible reason is the similarity in culture of Chinese nurses who have the same nursing working conditions and face the same situations, such as nursing shortages, heavy workloads, and overload in hospital occupation. There is inadequate training and continuing education systems for nurses to improve nurses' resilience (Yu, Song, He, & Yu, 2013). Therefore, the results were similar.

2. Each dimension of professional quality of life of nurses

Compassion satisfaction:

The results for this subscale indicated a moderate level ($\bar{X} = 31.83$, SD = 7.01), indicating that the nurses feel somewhat satisfied with their job of helping others, experiencing happy thoughts, and are happy with the work they accomplish. In the meantime, they still perceived unhappiness with their work. This finding was similar to that of previous studies in Norway (Lauvrud, Nonstad, & Palmstierna, 2009) and in Korea (Kim & Choi, 2012; Kim, et al., 2015, 2015b; Lee & Seomun, 2016) and several Chinese studies. One possible explanation is that nurses in tertiary autonomous hospitals feel happy to keep up with the development of nursing techniques and policies. With the technique development, hospital administrators set up a logistics support system to reduce the time spent by nurses in non-nursing work, thus reducing stress on nurses so that they have more time to directly communicate, serve, and take care of patients (Gu, Chuan, & Zhou, 2007). Therefore, nurses could get more satisfaction from doing nursing work than doing non-nursing work. However, Chinese nurses are always full-time employees while many hospital managers continue to engage in the widespread phenomenon of "heavy medical care, light nursing care". Without a highlighted professional status for nurses, there is a big gap between the expectations of management and the work accomplished by nurses. Therefore, nurses are not satisfied with their work (Qin, Dao, & Wang, 2014).

**Burnout:**

The result of this subscale indicated a moderate level ($\bar{X} = 25.82$, $SD = 5.28$) of burnout indicating that nurses felt difficulty in dealing with their work, could not do their job effectively, and had feelings of disconnectedness. A possible reason is that nurses occupy the same central role in the delivery of health care in all countries. The results are consistent with studies in China (Zhang et al., 2013; Jin, Su, & Lei, 2016; Sun, Li, & Yan, 2016). Because Chinese nurses all perform in the same work contexts and similar situations, this leads nurses to suffer from phenomena such as depletion of energy, feelings of exhaustion, and frustration that consequently leads to burnout. However, recently, nurses in Chinese hospitals have had a better working environment. Also, government-sponsored reforms have been underway to increase the number of nurses and improve their education (You et al., 2013) thereby reducing nurse burnout.

Compassion fatigue:

The results for this subscale indicated a moderate level ($\bar{X} = 26.33$, $SD = 5.03$). This meant that nurses sometimes feel trapped or on edge or are overwhelmed, which is influenced by other's trauma during their work. The result was consistent with previous studies in Korea (Kim et al., 2015, 2015b; Lee & Seomun, 2016) and Portugal (Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz, 2016) and congruent with several studies in China (Zhang et al., 2013; Jin et al., 2016; Sun et al., 2016). One possible reason was that the clinical nurses in this study had less possibility of long-term exposure to extremely stressful events than nurses from specific departments, such as ICU, OR, or ER. In addition, nurses always face challenges of resonating patients' suffering during nursing care, and this long-term emotional involvement reduces empathy (Sun et al., 2016) which consequently leads to compassion fatigue.

3. The relationship between resilience and each dimension of professional quality of life

There was a moderately positive relationship between resilience and CS ($r_s = .50$, $p < .01$) indicating nurses who perceived high resilience feel satisfied from helping others. Those who receive positive reinforcement from work are more likely to be a positive influence on their colleagues and organization: the higher the resilience, the higher the CS. This result was in line with previous studies by McGarry et al. (2013) and Leners et al. (2014) in the U.S. and Hegney et al. (2015) in Australia. Moreover, it could be explained by the Resiliency Model (Richardson, 2002) which states that resilient qualities make people thrive in the face of stressors or adverse life events, and enable individuals with these resilient qualities to cope with any situation after a setback. If a nurse is resilient, it will promote her/his ability to accomplish their job well and get more compassion satisfaction from their nursing duties. Furthermore, Ree et al. (2015) proved that individual psychological resilience explained a significant variance in scores on CS; resilience was confirmed as a key variable impacting the level of CS.



There was a moderately negative relationship between resilience and BO ($r_s = -.48, p < .01$). This result implied that if nurses have higher resilience, they will experience a lower feeling of burnout. The result was consistent with previous findings by McGarry et al. (2013) which found that professionals at risk of developing more symptoms of burnout have less resilience and compassion satisfaction compared to general population samples. Resilience was regarded as a critical individual factor that critically influences the subsequent psychological functioning of a person, such as in the case of burnout. If nurses use resilience to cope with stress, a reduction in symptoms of burnout will be seen (Rees, Breen, Cusack, & Hegney, 2015).

There was a weakly negative relationship between resilience and compassion fatigue ($r_s = -.16, p < .01$) indicating that nurses with high resilience will demonstrate low compassion fatigue. This was consistent with a previous study by McGarry et al. (2013) in which the authors stated that participants who experienced more symptoms of secondary traumatic stress showed less resilience. According to Stanton et al. (2015), enhanced resilience is associated with improved empathic responses and overall emotional well-being, which is a central process underlying compassion fatigue. Therefore, when nurses improve their resilience, the level of compassion fatigue will be reduced.

Conclusion

The resilience mean score of the nurses in this study was 64.43 (SD = 11.56). The mean scores for each dimension of professional quality of life were at average levels. There was a moderately positive relationship between resilience and compassion satisfaction, a moderately negative relationship between resilience and burnout, and a weakly negative relationship between resilience and compassion fatigue.

Implications and Recommendations

The findings of this study may contribute to knowledge and provide a better understanding of resilience and professional quality of life, as well as the association between resilience and each dimension of ProQOL. Strategies or interventions to promote resilience for nurses are needed in tertiary hospitals to increase CS and reduce BO and CF. A predictive study on related factors influencing professional quality of life, as well as descriptive research to explore resilience and ProQOL in other regions or in other types of hospitals of China are recommended.

Acknowledgement

I am sincerely appreciate the Faculty of Nursing at Chiang Mai University for partial financial support for this study. Moreover, special appreciation goes to Dr. Jonathan R. T. Davidson, M.D and Dr. Kathryn M. Connor, M.D. for their permission to use the CD-RISC, and to Dr. Beth Hudnall Stamm, PhD. for the ProQOL5. Finally, thanks to the people at the Dali Bai Autonomous Prefecture People's Hospital for their support throughout the research process.



References

- Amin, A. A., Vankar, J. R., Nimbalkar, S. M., & Phatak, A. G. (2015). Perceived stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses in Gujarat, India. *The Indian Journal of Pediatrics*, 82(11), 1001-1005.
- Cameron, F., & Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian Journal on Ageing*, 29(2), 66-71.
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review 618. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 1-18.
- 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.
- Cooke, G. P., Doust, J. A., & Steele, M. C. (2013). A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education*, 13(1), 1-6.
- Craigie, M., Slatyer, S., Hegney, D., Osseiran-Moisson, R., Gentry, E., Davis, S., ... Rees, C. (2016). A pilot evaluation of a Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) intervention for nurses. *Mindfulness*, 7(3), 764-774.
- Drury, V., Craigie, M., Francis, K., Aoun, S., & Hegney, D. G. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Phase 2 results. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 519-531.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1-11.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 968-976.
- Gu, Y. F., Chuan, J. P., & Zhou, R. (2007). Investigation and analysis of nursing human resources in Dehong Hospital. *Journal of Dali University*, 6, 143-146. (in Chinese)
- Hegney, D. G., Rees, C. S., Eley, R., Osseiran-Moisson, R., & Francis, K. (2015). The contribution of individual psychological resilience in determining the professional quality of life of Australian nurses. *Frontiers in Psychology*, 6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01613
- Jin, C. H., Su, X. Y., & Lei, C. (2016). The impact of job stress on professional life quality of nurses. *Today Nurse*, 2, 109-110. (in Chinese)
- Kim, H. J., & Choi, H. J. (2012). Emergency nurses' professional quality of life: Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 18(3), 320-328.
- Kim, K., Han, Y., & Kim, J. S. (2015). Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. *Nursing Ethics*, 22(4), 467-478.



- Kim, K., Han, Y., Kwak, Y., & Kim, J. S. (2015b). Professional quality of life and clinical competencies among Korean nurses. *Asian Nursing Research*, 9(3), 200-206.
- Kornhaber, R. A., & Wilson, A. (2011). Building resilience in burns nurses: A descriptive phenomenological inquiry. *Journal of Burn Care & Research*, 32(4), 481-488.
- Lauvrud, C., Nonstad, K., & Palmstierna, T. (2009). Occurrence of post-traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-6.
- Lee, Y., & Seomun, G. (2016). Role of compassion competence among clinical nurses in professional quality of life. *International Nursing Review*, 63(3), 381-387.
- Leners, C., Sowers, R., Griffin, M. Q., & Fitzpatrick, J. J. (2014). Resilience and professional quality of life among military healthcare providers. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 497-502.
- McGarry, S., Girdler, S., McDonald, A., Valentine, J., Lee, S. L., Blair, E., ... Elliott, C. (2013). Paediatric health-care professionals: Relationships between psychological distress, resilience and coping skills. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 49(9), 725-732.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292-299.
- Muliira, R. S., & Ssendikadiwa, V. B. (2016). Professional quality of life and associated factors among Ugandan midwives working in Mubende and Mityana Rural Districts. *Maternal and Child Health Journal*, 20(3), 567-576.
- Qin, J., Dao, M. N., & Wang, Y. P. (2014). A study on the relationship between organizational commitment and turnover intention in nurses of three hospitals in Dehong Prefecture, Yunnan Province. *Nursing Management*, 14, 63-65. (in Chinese)
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207-214. doi: 10.1007/s10615-007-0087-3
- Rees, C. S., Breen, L. J., Cusack, L., & Hegney, D. (2015). Understanding individual resilience in the workplace: The international collaboration of workforce resilience model. *Frontier in Psychology*, 6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00073
- Ren, Y. X., Zhou, Y., Huang, M. L., Lu, X. R., Cheng, S. Z., & Pan, S. M. (2014). An exploratory study on resilience and its influencing factors of nurses. *Chinese Journal of Behavioral Medical Science and Brain Science*, 23(3), 258-260. (in Chinese)
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
- She, L. F. (2014). The current status of psychological resilience level of ICU nurses. *For All Health*, 8(11). (in Chinese)



- Shi, D. H., Zhao, J., & Liu, X. Y. (2011). Investigation and analysis on current situation of nurses' job stress and countermeasures. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 27(34), 4-7.
- Søndena, E., Lauvud, C., Sandvik, M., Nonstad, K., & Whittington, R. (2013). Resilience and professional quality of life in staff working with people with intellectual disabilities and offending behavior in community based and institutional settings. *Health Psychology Research*, 1(1). doi: 10.4081/hpr.2013.e3
- Stamm, B. H. (2009). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2nd Ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Stanton, M. P., Houser, R. A., Rieche, M. E., Burnham, J. J., & McDougall, G. (2015). The effect of Transcranial Direct Current Stimulation (TDCS) on resilience, compassion fatigue, stress and empathy in professional nurses. *Advances in Research*, 5(2), 1-11.
- Su, Q., Guo, L. L., Liu, K., Zhang, L., Chen, Z., & Lin, X. M. (2013). Research on resilience and influencing factors of clinical nurses. *Medicine and Philosophy*, 34(11B), 68-71. (in Chinese)
- Sun, L. Y., Li, J., & Yan, L. (2016). The impact of oncology nurses' compassion fatigue on doctor-patient relationship satisfaction. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 32(2), 115-118. (in Chinese)
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.
- Yang, Y., Xiao, H., Hu, J., & Zou, Y. (2015). Research progress of nursing professional quality of life. *China Journal of Practice Nursing*, 31(20), 1554-1557. (in Chinese)
- You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, Y., ... Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154-161.
- Yu, X. N., & Zhang, J. X. (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.
- Yu, H. R., Jiang, A. L., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28-38.
- Yu, W. H., Song, J. Y., He, X. L., & Yu, M. (2013). Present situation and prospect of training in accordance with levels for clinical nurses. *Chinese Nursing Management*, 13(1), 57-59.
- Zhang, Y. J., Liu, W. F., Wang, Y., & Zheng, J. (2016). Status and influencing factors of psychological resilience of nurses in cadre ward of military hospital in Beijing. *Chinese Journal of Modern Nursing*, 22(9), 1200-1203. (in Chinese)



Zhang, Y. M., Zhu, J., Liu, J., Liu, C. C., Wang, P., Xin, M., & Miao, N. (2013). Status of professional quality of life and its influencing factors among ICU nurses. *Nursing Research*, 27(11), 3481-3485. (in Chinese)



Factors Related to Health-related Quality of Life Among Acute Coronary Syndrome Persons After Percutaneous Coronary Intervention*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ*

ปิยวรรณ	แผ่นชัยภูมิ**	Piyawan	Phanchaipoom**
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช***	Chiraporn	Tachaudomdach***
ชมพูนุท	ศรีรัตน์****	Chompoonut	Srirat****

Abstract

Patients with Acute Coronary Syndrome (ACS) should undergo rapid assessment for reperfusion therapy. Percutaneous Coronary Intervention (PCI) is the standard treatment and the preferred reperfusion strategy for ACS patients, as it not only decreases mortality rates, but also influences Health-Related Quality of Life (HRQoL) after treatment. This research aimed to study HRQoL and factors related to HRQoL among ACS persons after PCI. The subjects were 88 persons at 4-12 months following their PCI who received service at the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital outpatient department. Instruments included a demographic data record form, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Fear of Death Assessment Form, and the Short-Form Health Survey 36 (SF-36). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of the study were as follows:

1. Persons with ACS after PCI had moderate to high average scores for each HRQoL dimension.
2. Anxiety was negatively, significantly correlated with the dimensions of general mental health, general health perception, energy/vitality, role limitation due to physical problems, and role limitation due to emotional problems.
3. Fear of death was negatively, significantly correlated with the role limitation due to physical problems, physical function, and bodily pain dimensions.

The results of this study can provide basic information for promoting HRQoL among ACS persons after receiving PCI.

Keywords: Health-Related Quality of Life (HRQoL); Acute Coronary Syndrome (ACS); Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: piyawan_phanchaipoom@cmu.ac.th

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

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

Received 2 August 2022; Revised 5 September 2022; Accepted 16 September 2022



บทคัดย่อ

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องได้รับการประเมินเพื่อให้การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็ว การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจถือเป็นมาตรฐานการรักษาเนื่องจากไม่เพียงแต่ลดอัตราตายหลังการรักษาแต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพภายหลังการรักษา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 4-12 เดือน จำนวน 88 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แบบประเมินความกลัวการตาย และแบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบดังนี้

1. ผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง
2. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านสุขภาพจิต ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์
3. ความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านความเจ็บปวด

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: piyawan_phanchaipoom@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มโรคที่มีสถิติการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีทั่วโลก (Benjamin et al., 2018) ซึ่งในประเทศไทยพบผู้ป่วยได้ตั้งแต่อายุ 35 ปีเป็นต้นไป และมีอายุเฉลี่ย 63-68 ปี (Kiatchoosakun, Sutra, & Thepsuthammarat, 2012) เป้าหมายในการรักษา คือ การทำให้เลือดไหลเวียนกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่ขาดเลือดภายในระยะเวลาอันรวดเร็วที่สุด ปัจจุบันการรักษาที่รวดเร็วและให้ผลลัพธ์ที่ดี คือ วิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) (Ciffone & Dokken, 2017) ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะหายจากอาการเจ็บแน่นอกอย่างรวดเร็ว และใช้เวลาในการรักษาเพียง 2-3 วัน กรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Ibanez et al., 2018) แต่ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำและโรคหัวใจอื่น ๆ ภายหลังการรักษา (Johansson, Rosengren, Young, & Jennings, 2017)

ผู้ป่วยต้องรับรู้โอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคตั้งแต่ก่อนตัดสินใจรับการรักษา ต้องรับประทานยา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนัก รวมไปถึงการออกกำลังกาย และรับการติดตามอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการรักษา (Ibanez et al., 2018) ใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจภายหลังการรักษาถึง 16 สัปดาห์ (Kahkonen, Saaranen, Lamidi, Miettinen, & Kankkunen, 2017) การปรับพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้โอกาสเป็นซ้ำของโรคทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในผลการรักษาและวิตกกังวล นอกจากนั้นยังเกิดความกลัวการตายและความทุกข์ทรมานตามมา (Steptoe et al., 2011) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยหรือคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงไป

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการรักษาต่อการดำเนินชีวิต (Wilson & Cleary, 1995) ภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Kim, Kim, Kang, & Kim, 2019; Li et al., 2012) และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางการเงิน ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ การมีโรคร่วม เป็นต้น และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Kim et al., 2019) และอาจมีปัจจัยทางด้านจิตใจอื่น คือ ความกลัวการตาย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระดับความกลัวการตายสูงสุดเมื่อเทียบกับโรคอื่นเพราะไม่สามารถคาดเดาการพยากรณ์ของโรคได้ (Sahan, Eroglu, Karatas, Mutluer, Ugurpala, & Berkol, 2018)

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่มีการใช้เครื่องมือที่หลากหลายทั้งแบบประเมินทั่วไปและแบบประเมินเฉพาะโรค จึงทำให้มีผลการศึกษาแตกต่างกันไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลาย คือ แบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ของ แวร์ และ เซอร์บอร์น (Ware & Sherbourne, 1992) เนื่องจากครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทุกด้านตามแนวคิดของ วิลสัน และ เคลียร์รี (Wilson & Cleary, 1995) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้เครื่องมือดังกล่าว และเก็บข้อมูลหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ 4-12 เดือน ซึ่งเพียงพอสำหรับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ (Kahkonen et al., 2017) แต่ผู้ป่วยยังต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะมีโอกาสเกิดภาวะอุดตันหรือการตีบตันซ้ำของหลอดเลือด (stent thrombosis or restenosis) ตั้งแต่ระยะเวลา น้อยกว่า 30 วัน ระยะเวลา 3-12 เดือน จนถึงหลายปีภายหลังการรักษา (Byrne, Joner, & Kastrati, 2015) ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากที่ผ่านมา และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ความวิตกกังวล และความกลัวการตาย เนื่องจากเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่สามารถปรับเปลี่ยนได้



ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดจากความไม่สบายกายและใจโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองเป็นอันดับแรกของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากการรับรู้ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Rafael, Simon, Drotos, & Balog, 2014) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต (Morys, Bellwon, Hofer, Rynkiewicz, & Gruchata, 2016; Rafael et al., 2014)

ความกลัวการตาย เป็นความคิดหรือความรู้สึกที่ตอบสนองด้านอารมณ์ทางลบต่อการเจ็บป่วย ที่เชื่อว่าอาจทำให้เสียชีวิตหรือไม่สามารถมีชีวิตต่อไปได้ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการตายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่มีการศึกษาในผู้ที่ไม่มียาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยพบว่าความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Ding, Tian, Chen, & Wang, 2020) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Soleimani, Lehto, Negarandeh, Bahrami, & Nia, 2016)

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการรักษา การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพระดับปานกลางถึงระดับสูง และพบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ ปัจจัยด้านจิตใจ โดยความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการตายกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่ผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระดับความกลัวการตายสูงสุดเมื่อเทียบกับโรคอื่น ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพ และมีโอกาสเกิดโรคซ้ำภายหลังการรักษาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวการตายภายหลังการรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และความกลัวการตายกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการรักษาต่อการดำเนินชีวิต (Wilson & Cleary, 1995) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ของ แวร์ และ เซอร์บอร์น (Ware & Sherbourne, 1992) ซึ่งประกอบไปด้วย 8 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย 3) ด้านความเจ็บปวด 4) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป 5) ด้านความมีพลัง/ความกระฉับกระเฉง 6) ด้านกิจกรรมทางสังคม 7) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และ 8) ด้านสุขภาพจิต สำหรับ



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพมีทั้งปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Kim et al., 2019) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความวิตกกังวล และความกลัวการตาย เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพและมีโอกาสเกิดโรคซ้ำภายหลังการรักษาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวการตายภายหลังการรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพลดลง ในทางตรงกันข้ามหากมีความวิตกกังวลต่ำจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพสูงขึ้น สำหรับความกลัวการตายมีความเกี่ยวข้องในทิศทางเดียวกันกับความวิตกกังวลคือเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 4-12 เดือน ซึ่งมารับการตรวจภายหลังการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ 1) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และ 2) อายุ 35 ปี ขึ้นไป และเกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา คือ มีประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ 88 ราย (Polit & Beck, 2004)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน การวินิจฉัยโรค โรคร่วม จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตัน และระยะเวลาภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ได้แก่

1. แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของ ซิกมอนด์ และ สเนธ (Zigmond & Snaith, 1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และ อุมารักษ์ ไพศาลสุทธิเดช (Nilchaikovit, Lotrakul, & Phisansuthideth, 1996) เฉพาะส่วนของการประเมินความวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัด 0-3 คะแนน การแปลผลคิดจากคะแนนรวม ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะวิตกกังวล 8-10 คะแนน หมายถึง มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน และ 11-21 คะแนน หมายถึง มีภาวะวิตกกังวลที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

2. แบบประเมินความกลัวการตาย ใช้แบบประเมินความกลัวการตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความทุกข์ทรมานและความกลัวภาวะใกล้ตายของ ไวท์เฮด, สไตรค์, เพอร์คินส์-พอร์เรส, และ สเตปโต (Whitehead, Strike, Perkins-Porras, & Steptoe, 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุม

โครงสร้างของความกลัวตาย มีข้อความจำนวน 3 ข้อ ที่ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัด 0-4 คะแนน และคำถามปลายเปิด 1 ข้อ การแปลผลคิดจากคะแนนรวม และแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 4 ระดับ ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความกลัวการตาย 1-4 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการตายระดับต่ำ 5-8 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการตายระดับปานกลาง และ 9-12 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการตายระดับสูง ส่วนคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ใช้แบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ของ แวร์ และ เซอร์บอร์น (Ware & Sherbourne, 1992) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย วชิร เลอমানกุล และปารณีย์ มีแต่ม (Leurmarnkul & Meetam, 2005) ประกอบด้วยข้อความสำหรับประเมินภาวะสุขภาพ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 10 ข้อ 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย 4 ข้อ 3) ด้านความเจ็บปวด 2 ข้อ 4) ด้านกิจกรรมทางสังคม 2 ข้อ 5) ด้านสุขภาพจิต 5 ข้อ 6) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ 3 ข้อ 7) ด้านความมีพลังกำลังใจ/ความกระฉับกระเฉง 4 ข้อ และ 8) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป 5 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพ 1 ข้อ จึงมีข้อทั้งหมด 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัด 2-6 คะแนน การแปลผลทำโดยการแปลงคะแนนดิบแต่ละด้านให้เป็นคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0-100 คะแนน และแปลผลเป็นระดับต่ำและระดับสูง แต่ต้นฉบับของแบบประเมินไม่ได้แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงนำคะแนนเฉลี่ยมาแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ 0.00-33.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ 33.34-66.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และ 66.68-100.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความกลัวการตายทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1.00 สำหรับแบบสอบถามอาการวิตกกังวล และแบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ผู้สร้างเครื่องมือได้ทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือแล้ว ดังนี้ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลทดสอบความตรงของเครื่องมือโดยเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่ามีความไวเท่ากับร้อยละ 100.00 และมีความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 86.00 (Nilchaikovit et al., 1996) ส่วนแบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ซึ่งมีความตรงเชิงคู่เข้า (convergent) เท่ากับ 0.91 และตรวจสอบความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) ได้ค่าเท่ากับ 0.96 (Leurmarnkul & Meetam, 2005) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงจึงไม่ต้องหาค่าความตรงซ้ำ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือตรวจสอบโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย (Burns & Grove, 2012) และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha reliability coefficient ดังนี้ แบบสอบถามอาการวิตกกังวล ได้ค่าเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ได้ค่าแต่ละด้านเท่ากับ 0.82-0.93 และแบบประเมินความกลัวการตายได้ค่าเท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์และเอกสารข้อมูลการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งผ่านการรับรองโครงการวิจัยรหัส 2563-FULL023 จากนั้นผู้วิจัยนำหนังสือรับรองพิทักษ์สิทธิเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อได้รับการอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มี



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

การละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมแล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังการได้รับอนุญาต โดยการเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจพิเศษ อายุรกรรม 2 และหัวหน้าหน่วยตรวจห้องตรวจ 110 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ จากนั้นผู้วิจัยไปรพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจในวันพุธและวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 โดยปฏิบัติตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และแสดงความเคารพสิทธิโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยลงชื่อในใบยินยอมและเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้วิจัยเก็บข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนตุลาคม 2564 รวมเป็นระยะเวลาทั้งหมด 9 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความวิตกกังวล ความกลัวการตาย และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 57.95 อายุเฉลี่ย 62.31 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.73 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 52.27 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68.18 การวินิจฉัยโรคด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจตำแหน่งเอสทียกขึ้นร้อยละ 71.59 และมีโรคร่วมร้อยละ 62.50 โดยโรคร่วมส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีตันมากกว่า 1 เส้น ร้อยละ 63.64 ระยะเวลาภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเฉลี่ย 6.76 เดือน และกลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลภายหลังการรักษาร้อยละ 98.86

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (n = 88)

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	80.34	19.35	สูง
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย	64.20	39.90	ปานกลาง
ด้านความเจ็บปวด	66.90	26.90	สูง
ด้านกิจกรรมทางสังคม	95.03	12.22	สูง
ด้านสุขภาพจิต	93.91	10.92	สูง
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	80.30	36.67	สูง
ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง	82.44	14.30	สูง
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	63.99	21.45	ปานกลาง

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านสุขภาพจิต ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านความเจ็บปวดอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย และด้านการรับรู้ภาวะ



สุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 1)

ตารางที่ 2 ค่า Spearman's rank correlation coefficient ของคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้ง 8 ด้าน กับความวิตกกังวล และความกลัวการตายในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (n = 88)

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ	ความวิตกกังวล	ความกลัวการตาย
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	-.18	-.24*
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย	-.40**	-.36**
ด้านความเจ็บปวด	-.08	-.21*
ด้านกิจกรรมทางสังคม	-.17	.08
ด้านสุขภาพจิต	-.72**	-.07
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	-.38**	-.12
ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง	-.42**	-.15
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	-.49**	-.07

**p < .01. *p < .05.

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านสุขภาพจิต ส่วนความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านความเจ็บปวด ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย (ตาราง 2)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านระหว่าง 63.99-93.05 คะแนน อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีระยะเวลาภายหลังการรักษาเฉลี่ย 6.76 เดือน ซึ่งเพียงพอสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจ (Kahkonen et al., 2017) จึงสามารถกลับไปใช้ชีวิตและทำกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ

2. ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีความวิตกกังวลภายหลังการรักษา และมีสถานภาพสมรสร้อยละ 52.27 จึงมีผู้ที่สนับสนุนและให้กำลังใจ และผู้ที่มีครอบครัวก็จะได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว (Darvishpour, Javadi-Pashaki, Salari, Sadeghi, & Taleshan-Nejad, 2017)

3. ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉงอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีระยะเวลาภายหลังการรักษาเฉลี่ย 6.76 เดือน จึงเพียงพอสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการทำงานของหัวใจ (Ibanez et al., 2018; Kahkonen et al., 2017) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.31 ปี ทำให้การฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจหลังการรักษาเป็นไปได้ดีกว่าช่วงวัยสูงอายุ (Darvishpour et al., 2017) จึงมีการรับรู้ความรู้สึกและพลังงานของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดี

4. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเพศหญิง เพราะว่าเพศหญิงมักจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงของ



ร่างกายแม้เพียงเล็กน้อยและผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยสูงอายุ ตอนต้นทำให้การฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจหลังการรักษาเป็นไปได้ดี (Darvishpour et al., 2017) สามารถกลับไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ภายหลังการรักษา

5. ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงสภาวะทางอารมณ์ภายหลังการรักษาไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน เนื่องจากเวลาภายหลังการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 4-12 เดือน ซึ่งใช้ระยะเวลาปรับสภาพร่างกายและจิตใจ 4 เดือน (Kahkonen et al., 2017) เมื่อได้รับการฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ สภาวะทางอารมณ์จึงไม่ส่งผลกระทบต่อบทบาทการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Ibanez et al., 2018)

6. ด้านความเจ็บปวดอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.64 มีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันมากกว่า 1 เส้น ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการรักษาที่แย่กว่ากลุ่มที่มีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันเพียงเส้นเดียว เนื่องจากมีโอกาสเจ็บเค้นอกซ้ำ หรือมีความไม่สบายหลังการรักษาได้มากกว่า (Darvishpour et al., 2017) จึงทำให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านความเจ็บปวดมีคะแนนเฉลี่ย 66.90 คะแนน แต่ยังแปลผลได้ว่าอยู่ในระดับสูง คือ ไม่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันหรือมีปัญหาเพียงเล็กน้อยเนื่องจากความเจ็บปวดของร่างกาย

7. ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างไม่เท่ากับก่อนการเจ็บป่วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมร้อยละ 62.50 ซึ่งต้องปรับตัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมใด ๆ (Darvishpour et al., 2017) จึงทำให้มีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ

8. ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากภายหลังการรักษาผู้ป่วยยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรค และเกิดการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 3-12 เดือน และหลายปีภายหลังการรักษา (Byrne et al., 2015) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีโรคร่วมซึ่งต้องควบคุมโรคร่วมและต้องมีการปรับตัวมากกว่าผู้ที่ไม่มียโรคร่วม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างยังมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในชั้นประถมศึกษาจึงอาจส่งผลต่อการรับรู้ภาวะของโรค เพราะระดับการศึกษาสามารถเปลี่ยนทัศนคติ และองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Darvishpour et al., 2017)

ความวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านสุขภาพจิต ดังนี้

ความสัมพันธ์กับด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($r_s = -.38, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาโดย โมริส และคณะ (Morys et al., 2016) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์และด้านสังคม เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ (Kahkonen et al., 2017) ปรับพฤติกรรมสุขภาพและรับประทุษร้ายอย่างต่อเนื่อง (Ibanez et al., 2018) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันมากกว่า 1 เส้น ทำให้เกิดอาการเจ็บเค้นอกและความวิตกกังวลหลังการรักษา ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลโดยตรงต่อสภาวะจิตใจและสภาวะทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการทำงาน การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยกว่าก่อนการเจ็บป่วย (Darvishpour et al., 2017)

ความสัมพันธ์กับด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ($r_s = -.40, p < .01$) เนื่องจากความวิตกกังวลส่งผลให้บุคคลมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากความไม่มั่นใจในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาโดย โมริส และคณะ (Morys et al., 2016) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เนื่องจากภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติในระยะแรก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันมากกว่า 1 เส้น ซึ่งมีผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังการรักษาที่แย่กว่าจากการเจ็บเค้นอกและโอกาสในการกลับเป็นซ้ำของโรค (Darvishpour et al., 2017) ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและความทนในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

ความสัมพันธ์กับด้านความมีพลังกำลังใจ/ความกระฉับกระเฉง ($r_s = -.42, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ราฟาเอล และคณะ (Rafael et al., 2014) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเหนื่อยล้าทางกาย เนื่องจากภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลาอันรวดเร็ว (Ibanez et al., 2018) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ค่อยทำกิจกรรมต่าง ๆ มักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการพักผ่อน ไม่มีพลังกำลังใจ/ความกระฉับกระเฉง โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภายหลังการรักษาผู้ป่วยยังคงมีอาการเจ็บเค้นอกและยังคงมีอาการเหนื่อยล้า โดยเฉพาะกลุ่มที่มีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันมากกว่า 1 เส้น (Darvishpour et al., 2017) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้มีความวิตกกังวลที่มากขึ้นและส่งผลต่อความมีพลังกำลังใจ/ความกระฉับกระเฉงของร่างกายหลังการรักษา

ความสัมพันธ์กับด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ($r_s = -.49, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ คิม และคณะ (Kim et al., 2019) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมไปถึงโอกาสในการกลับเป็นซ้ำของโรค (Johansson et al., 2017) ซึ่งความวิตกกังวลที่มากเกินไปทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

ความสัมพันธ์กับด้านสุขภาพจิต ($r_s = -.72, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ราฟาเอล และคณะ (Rafael et al., 2014) ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ คิม และคณะ (Kim et al., 2019) ก็พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน เนื่องจากความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านจิตใจที่แย่งลงตามมา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลภายหลังการรักษาถึงร้อยละ 98.86 จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง คือ รู้สึกสงบ สบาย และมีความสุข

แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความเจ็บปวด และด้านกิจกรรมทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาภายหลังการรักษาเฉลี่ย 6.76 เดือน ซึ่งระยะเวลาในการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจอย่างสมบูรณ์ภายหลังการรักษา คือ 4 เดือน (Kahkonen et al., 2017) ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันได้ตามปกติ ความวิตกกังวลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับด้านดังกล่าว ส่วนด้านความเจ็บปวดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านนี้อยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายถึงไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมหรือมีเพียงเล็กน้อยเนื่องจากความเจ็บปวดของร่างกาย และผู้ป่วยยังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลาอันสั้น (Ibanez et al., 2018) ภาวะสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์จึงไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมทางสังคม ด้วยเหตุนี้ความวิตกกังวลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านความเจ็บปวด และด้านกิจกรรมทางสังคม



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเจ็บปวด ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ดังนี้ ความสัมพันธ์กับด้านความเจ็บปวด ($r_s = -.21, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาโดย สเตปโต และคณะ (Steptoe et al., 2011) ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระดับความทุกข์ทรมานและกลัวภาวะใกล้ตายสูง เนื่องจากการตอบสนองอารมณ์ทางลบต่อการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความเจ็บปวด (Lonetto & Templer, 1986 as cited in Charuchinda, 2018) และผู้ที่มีประสบการณ์เจ็บเค้นอกรุนแรงจะมีความทุกข์ทรมานและความกลัวการตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์เจ็บเค้นอก (Whitehead et al., 2005) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีโอกาสเกิดความเจ็บเค้นอกภายหลังการรักษาได้สูงเนื่องจากมีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีตันมากกว่า 1 เส้น อาการเจ็บปวดและความไม่สบายที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประจำวันที่ดีลง ดังนั้นความกลัวการตายจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านความเจ็บปวด

ความสัมพันธ์กับด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ($r_s = -.24, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดิง และคณะ (Ding et al., 2020) ที่พบว่าความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิต เนื่องจากความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเจ็บหนัก (Lonetto & Templer, 1986, as cited in Charuchinda, 2018) และผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะต้องเผชิญกับโอกาสในการเสียชีวิตตั้งแต่ระยะเจ็บป่วย ระหว่างการรักษา และภายหลังการรักษา อีกทั้งความรู้สึกเกี่ยวกับการตายยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาในการเจ็บป่วย และระยะเวลาในการรักษาโรค เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย (Sahan et al., 2018) ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่ลดลงจากเดิม ความกลัวการตายจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย

ความสัมพันธ์กับด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ($r_s = -.36, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ โซเลมานี และคณะ (Soleimani et al., 2016) ที่พบว่าความกังวลเกี่ยวกับการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากความรู้สึกเกี่ยวกับการตายนี้นี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาในการเจ็บป่วย และระยะเวลาในการรักษาโรค ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย (Sahan et al., 2018) อีกทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผู้ป่วยจะต้องรู้สึกตื่นตัวและเข้ารับการรักษาเพียงลำพังทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการพลัดพรากที่ต้องแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของความกลัวการตาย (Charuchinda, 2018) ภายหลังการรักษาประสบการณ์ความกลัวการตายที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการทำงานหรือกิจกรรมที่ลดลงจากเดิม แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระยะหลังการรักษาเฉลี่ย 6.67 เดือน ความกลัวการตายจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย

การศึกษานี้พบว่า ความกลัวการตายไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านสุขภาพจิต ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านความมีพลังกำลังใจ/ความกระฉับกระเฉง และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป สามารถอธิบายได้ดังนี้ ด้านกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 2-3 วัน กรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Ibanez et al., 2018) การเจ็บป่วยจึงไม่รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมภายหลังการรักษา ด้านสุขภาพจิต เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวลภายหลังการรักษาจึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิตดี ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ



หัวใจอย่างเพียงพอก่อนจำหน่าย (Ibanez et al., 2018) จึงสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาภายหลังการรักษาที่เพียงพอสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการทำงานของหัวใจจึงมีการรับรู้ความรู้สึกและพลังงานของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดี ส่วนด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปนั้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างสมบูรณ์ภายหลังการรักษาแล้ว ความกลัวการตายซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ทางลบต่อการเจ็บป่วยจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในด้านดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยในการให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวการตาย และเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีภายหลังการรักษา โดยเฉพาะด้านที่อยู่ในระดับปานกลางให้เพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

References

- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., ... Muntner, P. (2018). Heart disease and stroke statistics-2018 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), e67-e492. doi: 10.1161/CIR.0000000000000558
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Byrne, R. A., Joner, M., & Kastrati, A. (2015). Stent thrombosis and restenosis: What have we learned and where are we going? The Andreas Gruntzig Lecture ESC 2014. *European Heart Journal*, 36(47), 3320-3331. doi: 10.1093/eurheartj/ehv511
- Charuchinda, V. (2018). Decreasing the death anxiety using Buddhist psychology. *Journal of Buddhist Psychology*, 3(1), 1-12. (in Thai)
- Ciffone, N., & Dokken, B. B. (2017). Medical management of acute coronary syndromes. *Journal of American Association Nurse Practice*, 29(4), 224-235. doi: 10.1002/2327-6924.12457
- Darvishpour, A., Javadi-Pashaki, N., Salari, A., Sadeghi, T., & Taleshan-Nejad, M. (2017). Factors associated with quality of life in patients undergoing coronary angioplasty. *International Journal of Health Sciences*, 11(4), 35.
- Ding, F., Tian, X., Chen, L., & Wang, X. (2020). The relationship between physical health and fear of death in rural residents: The mediation effect of meaning in life and mental health. *Death Studies*, 46(1), 148-156.



- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... ESC Scientific Document Group. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2), 119-177. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393
- Johansson, S., Rosengren, A., Young, K., & Jennings, E. (2017). Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: A systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(1), 53.
- Kahkonen, O., Saaranen, T., Lamidi, M. L., Miettinen, H., & Kankkunen, P. (2017). Perceived health among patients with coronary heart disease four months after a percutaneous coronary intervention. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 54-66.
- Kiatchoosakun, S., Sutra, S., & Thepsuthammarat, K. (2012). Coronary artery disease in the Thai population: Data from health situation analysis 2010. *Journal of Medical Association Thailand*, 95(Suppl.7), 149-155.
- Kim, H. S., Kim, H. K., Kang, K. O., & Kim, Y. S. (2019). Determinants of health-related quality of life among outpatients with acute coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(1), 3-16. doi: 10.1111/jjns.12209
- Leurmarnkul, W., & Meetam, P. (2005). Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 29(1-2), 69-88. (in Thai)
- Li, R., Yan, B. P., Dong, M., Zhang, Q., Yip, G. W. K., Chan, C.-P., ... Yu, C. M. (2012). Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. *International Journal of Cardiology*, 155(1), 90-96.
- Morys, J. M., Bellwon, J., Hofer, S., Rynkiewicz, A., & Gruchala, M. (2016). Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Archives of Medical Science: AMS*, 12(2), 326.
- Nilchaikovit, T., Lotrakul, M., & Phisansuthideth, U. (1996). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 41(1), 18-30. (in Thai)
- Polit, F. D., & Beck, T. C. (2004). *Nursing research principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rafael, B., Simon, A., Drotos, G., & Balog, P. (2014). Vital exhaustion and anxiety are related to subjective quality of life in patients with acute myocardial infarct before cardiac rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2864-2873. doi: 10.1111/jocn.12563



- Sahan, E., Eroglu, M. Z., Karatas, M. B., Mutluer, B., Ugurpala, C., & Berkol, T. D. (2018). Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *The Egyptian Heart Journal*, 70(3), 143-147. doi: 10.1016/j.ehj.2018.04.003
- Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrani, N., & Nia, H. S. (2016). Relationships between death anxiety and quality of life in Iranian patients with cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2), 183.
- Step toe, A., Molloy, G. J., Messerli-Burgy, N., Wikman, A., Randall, G., Perkins-Porras, L., & Kaski, J. C. (2011). Fear of dying and inflammation following acute coronary syndrome. *European Heart Journal*, 32(19), 2405-2411. doi: 10.1093/eurheartj/ehr132
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L., & Steptoe, A. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndromes and consequences for adaptation. *The American Journal of Cardiology*, 96(11), 1512-1516.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.



Factors Predicting Self-Management Among Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus*

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2*

เนตรนภา	พันเล็ก**	Netnapa	Phanlek**
ณัฐยานี	สุวรรณคฤหาสน์***	Nattaya	Suwankruhasn***
โรจน์	จินตนาวัฒน์****	Rojanee	Chintanawat****

Abstract

Appropriate self-management is important for helping older persons with type 2 diabetes mellitus maintain their blood sugar at a normal level, thereby reducing the disease's complications. This descriptive predictive study aimed to examine the level of health literacy, self-efficacy, social support, and self-management of older persons with type 2 diabetes mellitus, and to investigate the predictive ability of health literacy, self-efficacy, and social support on their self-management. The sample consisted of 120 older persons with type 2 diabetes mellitus who were treated at a Health Promoting Hospital. The instruments for data collection were the Demographic Data Questionnaire, the Health Literacy of Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus Questionnaire, the Self-Efficacy Questionnaire, the Social Support in Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus Questionnaire, and the Self-Management of Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise regression statistics.

The results showed that the participants had a moderate level of health literacy ($\bar{X} = 40.92$, $SD = 5.65$), a moderate level of self-efficacy ($\bar{X} = 225.37$, $SD = 11.20$), a high level of social support ($\bar{X} = 53.32$, $SD = 5.05$), and a high level of overall self-management ($\bar{X} = 54.34$, $SD = 4.58$). Health literacy, self-efficacy, and social support could together predict self-management of older persons with type 2 diabetes mellitus at 26.50%, with self-efficacy having the strongest predicting ability ($\beta = .433$, $p < .001$), followed by health literacy ($\beta = .195$, $p < .05$), and social support ($\beta = .164$, $p < .05$).

Nurses or health care providers should encourage older people with type 2 diabetes to have self-efficacy and health literacy, and to receive social support for managing blood sugar levels.

Keywords: Self-management; Factors predicting; Health literacy; Older persons with type 2 diabetes mellitus

* 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 6 June 2022; Revised 15 July 2022; Accepted 1 August 2022

บทคัดย่อ

การจัดการตนเองที่เหมาะสมเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถคงไว้ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนายในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ stepwise regression statistics

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 40.92$, $SD = 5.65$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 225.37$, $SD = 11.20$) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 53.32$, $SD = 5.05$) และการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 54.34$, $SD = 4.58$) ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 26.50 โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .433$, $p < .001$) รองลงมาเป็นความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .195$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .164$, $p < .05$)

พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสามารถจัดการระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ปัจจัยทำนาย ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในปี ค.ศ. 2019 สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานประมาณการความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบในประชากรที่มีอายุ 65 - 99 ปี จำนวน 135.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.3 ของประชากรผู้สูงอายุ และคาดการณ์ว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มสูงขึ้นถึง 195.2 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2030 และเพิ่มสูงขึ้นอีกถึง 276.2 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2045 ตามลำดับ (International Diabetes Federation, 2019) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค ถึงอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 19.07, 19.67 และ 20.14 ตามลำดับ (Health Data Center, 2020) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

เป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีเป้าหมายการควบคุมระดับ HbA1C < 7% และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ จอประสาทตาเสื่อม เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไต ประสาทส่วนปลายเสื่อม และเกิดแผลที่เท้า (Diabetes Association of Thailand, 2017) การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสาเหตุจากผู้สูงอายุปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทไขมัน ผลไม้รสหวานจัด อาหารที่มีกะทิ ขนมหวาน และแป้ง (Masingboon, Mounkum, & Mahakayanunn, 2017) ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ (Nakhamin, Phongphaew, & Chaiwan, 2017) การรับประทานยาไม่ตรงเวลา การเพิ่มและลดขนาดยาด้วยตนเอง ต้มสุรา และสูบบุหรี่ เป็นต้น (Siangdung, 2017) ดังนั้นการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องให้ความร่วมมือในการรักษา และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ โดยต้องมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรค ตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต และลงมือปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลในการจัดการกับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังในแต่ละวันอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อควบคุมสภาวะความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยนั้นได้ ซึ่งจะต้องอาศัยคำแนะนำและความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) การจัดการตนเองด้านการรักษา (medical management) ประกอบด้วย การจัดการด้านอาหาร การจัดการด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การจัดการด้านยา การจัดการควบคุมน้ำหนัก การติดตามอาการและการจัดการอาการ และการจัดการด้านปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ 2) การจัดการตนเองด้านบทบาท (role management) ประกอบด้วย การปรับบทบาทจากผู้ที่เคยทำงานมาเป็นผู้ป่วย การปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับกิจกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง การตรวจตามนัด การปรับการมีสัมพันธภาพกับบุคลากรสุขภาพ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) ประกอบด้วย การจัดการความเครียด ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน และปรับกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวันจนเกิดการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองในระดับต่ำถึงสูง จากการศึกษาของเวอฟา ลี, กาลูลา, มานนิง, และ เลวิท (Werfalli, Kalula, Manning, & Levitt, 2020) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของ เคิร์ก และคณะ (Kirk et al., 2015) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อายุ 60 ปีขึ้นไป ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของ กมลพร สิริคุตจตุพร, วิรา-พรรณ วิโรจน์รัตน์, และ นาริรัตน์ จิตรมนตรี (Sirikutjatuporn, Wirojratana, & Jitramontree, 2017) ที่ศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 - 88 ปี ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองตั้งแต่ระดับต่ำถึงสูง ซึ่งการจัดการตนเองที่แตกต่างกันนั้น อาจเนื่องมาจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองพบว่า มีหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ (Kanan, Piaseu, Malathum, & Belza, 2019) อายุ (Phetarvut, Watthayu, & Suwonnaroop, 2011) ระดับการศึกษา (Huang, Zhao, Li, & Jiang, 2014) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Noppakraw, Chintanawat, & Kham-polsiri, 2020) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Boontein, Pongkaew, Praphasil, & Kuakool, 2021) และการสนับสนุนทางสังคม (Boonprasit, Somanusorn, & Sumngern, 2017) เป็นต้น จะเห็นได้ว่า การจัดการตนเองมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวทำนายการจัดการตนเองได้ดี โดยความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และเข้าใจข้อมูลของโรค พุดคุยสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล และตัดสินใจเลือกข้อมูลที่มีคุณภาพเป็นประโยชน์ต่อการจัดการตนเอง หากผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ร่วมกับได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคคลรอบข้างจะทำให้การจัดการดีขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการอ่าน เขียน มีความรู้ ความเข้าใจในการเลือกใช้ข้อมูล โดยใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Nutbeam, 2000) ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานคือ การเข้าถึง เข้าใจ ฟัง พูด อ่าน และเขียนเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2, 2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์คือ ทักษะการโต้ตอบ ชักถามข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับโรค ที่จะนำไปสู่การจัดการตนเอง และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณคือทักษะการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล และเลือกใช้ข้อมูลใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสามารถแนะนำผู้อื่นหรือผลักดันเชิงนโยบาย (Nutbeam, 2000) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาในการเข้าถึงข้อมูล คิดวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลการจัดการควบคุมน้ำตาลด้วยตนเองมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับวิถีชีวิต รวมทั้งการมีทักษะทางสังคมในการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร จนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองได้ ดังการศึกษาของ จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.54, p < .01$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Bandura, 1997) ถ้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการตนเอง จะมีความเชื่อมั่นที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการ ควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ดังการศึกษาของ พรธณิภา บุญเทียร และคณะ (Boontein et al., 2021) ที่ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคอายุรกรรม และ/หรือคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระดับชุมชน จำนวน 2 แห่ง อายุ 31-92 ปี พบว่า การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .40, p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการรับรู้และยอมรับความจริงที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ การดูแลจากบุคคลอื่น และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร (House, 1981) หากผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และตอบสนองต่อความต้องการต่าง ๆ จากสมาชิกใน ครอบครัว หรือ บุคคลที่ดูแลหลัก จะทำให้สามารถจัดการตนเองได้ ดังการศึกษาของ สุจิตรา บุญประสิทธิ์ และ คณะ (Boonprasit et al., 2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน โรงพยาบาล ไซโย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการตนเอง ($r = .30, p < .01$)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่นำตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การจัดการตนเอง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ บุคลากรด้านสุขภาพนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการ จัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ศึกษาอำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทาง สังคมต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้นั้น ต้องอาศัยการจัดการ 3 ด้านตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วย 1) การจัดการทางการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ซึ่ง การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะจัดการตนเองได้นั้นต้องอาศัยปัจจัย ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) เป็นทักษะ ทางปัญญาและทางสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ คัดวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลมาปฏิบัติทุกวันจนเป็นนิสัย และการมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลในครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ เพื่อเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลในครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถแยกแยะ เปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ จนสามารถเลือกการปฏิบัติตัวที่

เหมาะสมกับตนเองได้ และหากผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ที่ดี ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาล มีความเชื่อมั่นในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลภายในครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองด้านอารมณ์จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองที่ดี หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ได้รับการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน และตอบสนองต่อความต้องการต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัว หรือ บุคคลที่ดูแลหลักในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร จะทำให้การจัดการตนเองดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพหุสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้ 1) ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน 2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ 3) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Sciences, 2014) ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 4) รู้สึกดี และรับรู้เป็นปกติ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ที่สร้างโดย ไพเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) และแปลโดย ประคอง อินทรสมบัติ (Inthasombat, 1996) ได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของ ออสบอร์น (Osborne, 2000) คือ ตัวแปรต้นที่ศึกษา 1 ตัวแปร ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรต้น 3 ตัวแปร ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 120 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสุราษฎร์ธานี สุ่มตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ของอำเภอประกอบด้วย ทิศเหนือ ทิศตะวันออก ทิศใต้ และทิศตะวันตก ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) และกำหนดขนาดตามสัดส่วนประชากรได้ 4 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงสระ จำนวน 35 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหนือคลอง จำนวน 32 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาหินพนธ์ จำนวน 33 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนร้อน จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเป็นประจำ และแหล่งข้อมูลสุขภาพ สำหรับข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การมาตรวจตามแพทย์นัด ยาที่ใช้เป็นประจำ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่น ๆ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปในผู้ป่วยเบาหวานของ อิชิกาวา, ทาเคอุจิ และ ยาโนะ (Ishikawa,

Takeuchi, & Yano, 2008) ที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) และแปลย้อนกลับเป็นฉบับภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันจำนวน 5 ข้อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง

การให้คะแนน คำถามทางบวกเรียงให้คะแนน 1 - 4 คะแนน คำถามทางลบเรียงให้คะแนน 4 - 1 คะแนน แบบวัดมีคะแนนรวม 56 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง การแปลผลคะแนน 14.00 - 28.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ คะแนน 28.01 - 42.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และคะแนน 42.01 - 56.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.88

3. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของ สุภาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ (Phetarvut et al., 2011) ดัดแปลงจากเครื่องมือของ Stanford Patient Education Research Center สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ การใช้ยา จำนวน 4 ข้อ การสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ และการดูแลเท้า จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 11 ระดับ ปลายด้านซ้ายของเส้นตรงแทนคะแนน 0 แสดงว่าไม่มั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเลย ปลายด้านขวาของเส้นตรงแทนคะแนน 10 แสดงว่ามีความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากที่สุด มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 250 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความมั่นใจในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

4. แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ ชลธิชา เรือนคำ (Ruankham, 2004) สร้างจากแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด จำนวน 16 ข้อ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านการประเมินค่า 3 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และด้านทรัพยากร 5 ข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เป็นจริง เป็นจริงน้อย เป็นจริงส่วนใหญ่ และเป็นจริงมากที่สุด ให้คะแนน 1-4 คะแนน มีคะแนนรวม 64 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง กำหนดคะแนน 16.00 - 32.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คะแนน 32.01 - 48.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และคะแนน 48.01 - 64.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82

5. แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ พัชร อ่างบุญตา, ลินจง โปธิบาล, และ ณัฐพงศ์ โฆษขุนพันธ์ (Angboonta, Pothiban, & Kosachunhanun, 2012) ที่พัฒนาตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ประเมินการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 1) การจัดการการรักษา 14 ข้อ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทาน อาหาร ด้านการรับรู้อาการและการจัดการอาการ ด้านการใช้ยาเบาหวาน 2) การจัดการบทบาท 2 ข้อ ได้แก่ การจัดการบทบาทการเป็นผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับบุคคลด้านสุขภาพ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ 1 ข้อ ได้แก่ การจัดการความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับคือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้คะแนน 1 - 4 คะแนน มีคะแนนรวม 68 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง กำหนดคะแนน 17.00 - 34.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ คะแนน 34.01 - 51.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง และคะแนน 51.01 - 68.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง ค่า Cronbach's

alpha coefficient เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 087/2564 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวมนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดเวลาการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยเริ่มจากการสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วให้ตอบ โดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณคนละ 90 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติ stepwise multiple regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย พบว่า มีช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 51.66) อายุเฉลี่ย 70.33 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.67) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.67) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.83) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าเส้นความยากจนของจังหวัดสุราษฎร์ธานี 11,507 บาท (ร้อยละ 75.00) รายได้เพียงพอต่อความต้องการ (ร้อยละ 68.33) อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา และบุตร (ร้อยละ 41.67) บุคคลที่ดูแลเป็นประจำ คือ บุตร (ร้อยละ 65.00) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ 18.5 - 22.9 kg/m² (ร้อยละ 37.50) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในช่วง 1 - 10 ปี (ร้อยละ 43.33) ระยะเวลาเฉลี่ย 14.87 ปี จำนวนโรคประจำตัวรวม 2 โรค (ร้อยละ 54.78) โรคประจำตัวรวมที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 83.33) รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 79.17) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ร้อยละ 53.33) จำนวนยาที่ใช้รับประทานเป็นประจำ 4 ชนิด (ร้อยละ 33.33) ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารที่ควบคุมได้ (ร้อยละ 57.50) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมไม่ได้ (ร้อยละ 52.50) การมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 98.33) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพมากที่สุด คือ แหล่งข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 99.17) รองลงมา คือ โทรทัศน์/วิทยุ (ร้อยละ 70.00)



ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 40.92 (SD = 5.65) อยู่ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 225.37 (SD = 11.20) อยู่ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 53.32 (SD = 5.05) อยู่ระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเท่ากับ 54.34 (SD = 4.58) อยู่ระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด - สูงสุด)	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	25.00 - 53.00	40.92 (5.65)	ปานกลาง	
ระดับต่ำ				1 (0.83)
ระดับปานกลาง				81 (67.50)
ระดับสูง				38 (31.67)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	185.00 - 244.00	225.37 (11.20)	ปานกลาง	
ระดับต่ำ				15 (12.50)
ระดับปานกลาง				90 (75.00)
ระดับสูง				15 (12.50)
การสนับสนุนทางสังคม	43.00 - 62.00	53.32 (5.05)	สูง	
ระดับต่ำ				-
ระดับปานกลาง				28 (23.33)
ระดับสูง				92 (76.67)
การจัดการตนเอง	44.00 - 66.00	54.34 (4.58)	สูง	
ระดับต่ำ				-
ระดับปานกลาง				37 (30.83)
ระดับสูง				83 (69.17)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 26.50 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .433$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่า stepwise multiple regression analysis ในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายการจัดการตนเอง

ตัวแปรอิสระ	B	Std. Error	Beta
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (X2)	.177	.033	.433 **
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (X1)	.158	.064	.195 *
การสนับสนุนทางสังคม (X3)	.149	.072	.164 *
a (Constant)	.067	8.052	
R = .532 Adjusted R Square = .265 F = 4.201			
R Square = .283 Std. Error Square = 3.928			

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์คือ สามารถที่จะใช้ทักษะขั้นพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน และเขียน รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จนเกิดความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างสามารถสร้างสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสุขภาพได้ สามารถติดต่อสื่อสาร เลือกข้อมูลสุขภาพที่ได้จากบุคลากรสุขภาพนำมาปฏิบัติ และปรับให้เข้ากับชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่มาจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 99.17) จึงสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับบุคลากรทางการแพทย์ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.33 ปี และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.67) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำศัพท์ หรือเนื้อหาที่ซับซ้อนในบางประเด็น ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถพิจารณาความน่าเชื่อถือ และความถูกต้องของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพได้ จึงทำให้ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้าในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพ ร้อยละ 99.17 ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ตนเองจะปฏิบัติ จึงเชื่อมั่นในสิ่งที่ตนเองจะลงมือปฏิบัติทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในช่วง 1 - 10 ปี (ร้อยละ 43.33) ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นอาจเกิดความไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพราะมีประสบการณ์น้อย รวมทั้งการมีจำนวนโรคประจำตัวร่วม 2 โรค (ร้อยละ 54.78) และมีจำนวนยาที่ใช้รับประทานเป็นประจำ 4 ชนิด (ร้อยละ 33.33) ซึ่งอาจเป็นความซับซ้อนและยุ่งยากสำหรับผู้สูงอายุบางในการจัดการกับโรคเบาหวาน จึงทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับสูง (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัว บุตร หลาน เพื่อนบ้าน เพื่อน คู่สมรส หรือ บุคคลผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นประจำ ซึ่งได้รับการช่วยเหลือครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.83 และอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา และบุตร ร้อยละ 41.67 จึงมีครอบครัวคอยส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุประสบปัญหา ทำให้คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับสูง

การจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวม อยู่ระดับสูง (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ด้านบทบาท และด้านอารมณ์ ในด้านการรักษา ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้ โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับบุคลากรสุขภาพ ในการวางแผนเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตัวต่อโรค จนสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม และปรับกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองในระดับที่สูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันมากกว่า 12 คะแนน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นอิสระ โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น คือ มีช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 51.66) ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราภาพไม่มาก ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มากกว่าผู้สูงอายุช่วงวัยอื่น ๆ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในช่วง 1 - 10 ปี (ร้อยละ 43.33) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่นาน อาการของโรคและการดำเนินโรคยังมีความรุนแรงในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 2 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ร้อยละ 53.33) ทำให้การจัดการตนเองด้านการรักษา หรือการจัดการตนเองด้านการแพทย์ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินชีวิตมากนัก และระดับความเครียดยังไม่มาก ทำให้การจัดการตนเองไม่ยาก สามารถจัดการด้วยตนเองได้

กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 มีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ (ร้อยละ 68.33) จึงมีทุนทรัพย์ในการจัดการด้านการรักษา และไม่เครียดในด้านค่าใช้จ่าย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพมาจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 99.17) ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองจากบุคลากรด้านสุขภาพมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตน และเมื่อเกิดปัญหาสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลในด้านต่าง ๆ กับบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและมีการจัดการตนเองที่ดี ทำให้การจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

2. ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 26.50 ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) และพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยตัวแรกที่ทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta = .433, p < .001$) รองลงมาเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .195, p < .05$) และปัจจัยที่สามคือการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .164, p < .05$)

แสดงว่า การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีการจัดการตนเองที่ดีได้ ผู้สูงอายุต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง และครบถ้วน รวมไปถึงมีความมั่นใจในการดูแลเท้า และตรวจเท้าด้วยตนเองทุกวัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องมีความมั่นใจในการมีส่วนร่วมวางแผนเกี่ยวกับการจัดการตนเอง มีความมั่นใจในการขอคำปรึกษา คำแนะนำ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจะจัดการด้านอารมณ์และความเครียดที่เกิดจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะ การฟัง พูด อ่าน เขียน เกิดการรับรู้และทำความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถูกต้องเหมาะสม สามารถใช้ทักษะในการพูด สนทนา ตอบโต้ ติดต่อสื่อสาร เจจาะต้อรอง สามารถที่จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว หรือ บุคคลที่มีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งหากบุคลากรทางด้านสุขภาพส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพถึงขั้นวิจารณ์ญาณในการใช้กระบวนการคิดเปรียบเทียบข้อมูล ตัดสินใจคัดเลือกข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ แล้วยังเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการนำมาปรับใช้สำหรับการดำเนินชีวิต จะยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้เช่นกัน โดยผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้มีการจัดการตนเองที่ดี โดยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ หรือให้กำลังใจโดยการสัมผัสเบาๆ หรือจับมือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมทั้งการได้รับการตักเตือนจากบุคคลใกล้ชิด หรือแพทย์ พยาบาล หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ด้านการประเมินค่า ได้แก่ การได้รับการยกย่อง ชมเชยจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรสุขภาพ เมื่อปฏิบัติตัวเหมาะสม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และยอมรับความคิดเห็น และความสามารถเรื่องต่าง ๆ และด้านทรัพยากร โดยการได้รับการช่วยเหลือเรื่องการเงิน ข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เสื้อผ้า รวมไปถึงการจัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้รับการยอมรับจากบุคคล ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดการจัดการที่ดีได้

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ยางดอน, เขมรดี มาสิงบุญ, และ นิภาวรรณ สามารถกิจ (Yangdon, Masingboon, & Samartkit, 2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชาวภูพาน อายุ 41 - 60 ปี พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความทุกข์จากเบาหวานสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 17.6 โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .277, p = .015$) และจากการศึกษาของ กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ, (Sirikutjatuporn et al., 2017) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้ ร้อยละ 81.2 ($R^2 = .812, p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้สูงสุด ($\beta = .597, p < .01$) นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยทำนายต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศ และเส้นรอบเอวเป็นปัจจัยที่สามารถ

ทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 14.7 ($R^2 = .147$, $p = .035$) (Kanan et al., 2019) ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องอาศัยปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล หรือ บุคลากรด้านสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองเรียงตามลำดับคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง นอกเหนือจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งยังมีทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการจัดการตนเอง ยกตัวอย่างปัจจัยภายใน เช่น ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น และปัจจัยภายนอก เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นต้น

References

- Angboonta, P., Pothiban. L., & Kosachunhanun, N. (2012). Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and hemoglobin A1C level among elders with diabetes type 2. *Nursing Journal*, 39(3), 93-104. (in Thai)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Boonprasit, S., Somanusorn, S., & Sumngern, C. (2017). Factors related to self-management for controlling plasma glucose in uncontrolled diabetes elderly. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok*, 32(1), 44-56. (in Thai)
- Boontin, P., Pongkaew, A., Praphasil, O., & Kuakool, P. (2021). Factors predicting self-management behavior in patients with type II diabetes. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39(1), 13-23. (in Thai)
- Department of Medical Sciences (2014). *Screening/Assessment manual for the elderly*. Nonthaburi: Office of the Veterans Organization. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, Endocrine Society of Thailand, & National Health Security office (2017). *Clinical practice guideline for diabetes 2017*. Bangkok: Romyen Media. (in Thai)
- Health Data Center. (2020). *Rate of morbidity with diabetes*. Retrieved from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- House, J. (1981). *Work stress and social support*. Boston: Reading.



- Huang, M., Zhao, R., Li, S., & Jiang, X. (2014). Self-management behavior in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional survey in Western Urban China. *PLoS ONE*, 9(4), 1-7.
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9th ed.). Retrieved from <http://www.diabetesatlas.org>
- Inthasombat, P. (1996). Health assessment in the elderly. *Ramathibodi Nursing Journal*, 2(3), 44-56. (in Thai)
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Kanan, P., Piaseu, N., Malathum, P., & Belza, B. (2019). Predictors of diabetes self-management in older adults with poorly controlled type 2 diabetes mellitus. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(4), 357-367.
- Kirk, J., Arcury, T., Ip, E., Bell, R., Saldanab, S., Nguyena, H., & Quandtc, S. (2015). Diabetes symptoms and self-management behaviors in rural older adults. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 107(1), 54-60.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Masingboon, K., Mounkum, S., & Mahakayanunn, S. (2017). Factors related to diabetes prevention behaviors of persons with pre-diabetes. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(2), 214-227. (in Thai)
- Nakhamin, K., Phongphaew, S., & Chaiwan, W. (2017). Behaviors of blood sugar control in diabetes mellitus patients at Ban That sub-district health promoting hospital. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences*, 1(2), 56-63.
- 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.
- Osborne, J. W. (2000). Prediction in multiple regression. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(2), 1-6.
- 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.
- Phetarvut, S., Watthayu, N., & Suwonnaroop, N. (2011). Factors predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. *Journal of Nursing Science*, 29(4), 18-26. (in Thai)
- Ruankham, C. (2004). *Factors predicting health-promoting behavior in the elderly with diabetes*. (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)



- Siangdung, S. (2017). Self-care behaviors of patients with uncontrolled DM. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 191-204.
- 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)
- Werfalli, M. M., Kalula, S. Z., Manning, K., & Levitt, N. S. (2020). Does social support effect knowledge and diabetes self-management practices in older persons with Type 2 diabetes attending primary care clinics in Cape Town, South Africa? *PloS ONE*, 15(3), e0230173. doi: 10.1371/journal.pone.0230173
- Yangdon, K., Masingboon, K., & Samartkit, N. (2020). Factors influencing diabetes self-management among Bhutanese people with type 2 diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(4), 75-86.



Nursing Quality for COVID-19 Patients in Negative Pressure Rooms in a Medical Ward

คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่รับการรักษาในห้องความดันลบ
หอผู้ป่วยอายุรกรรม

ลดาวลัย

ฤทธิกุล*

Ladawan

Ritklar*

Abstract

Nursing quality affects life safety, severity of illness, and patient expectations. This descriptive research was conducted from medical record histories, to study the quality of nursing among COVID-19 patients admitted to the internal medical negative pressure ward at Thammasat University Hospital. The 178 samples were selected by purposive sampling from the inclusion criteria. The instrument for collecting data was developed by the researcher from the literature review and was compliant with the nursing standards of the Thailand Nursing and Midwifery Council, covering all five sections, including patient safety, knowledge and understanding, relieving distress, self-care ability, and satisfaction with nursing care. Data analysis used descriptive statistics.

The results of the study revealed that:

1. According to patient safety, the incidence of catheter-associated urinary tract infections was 1.85%, pressure injury was 0.57% and administration error was 1.14%.
2. The average score for patient knowledge and understanding was 96.40%. The highest levels of knowledge and understanding were regarding COVID-19 treatment, medication usage, and knowledge of the disease, respectively.
3. The average score for relieving distress of patients was 98.15%. The most frequent nursing activity that patients received was relieving fatigue and discomfort.
4. The average score for self-care ability for patients was 98.59%. The highest frequency of nursing care was for the Activities of Daily Living and discharge planning.
5. The average score for patient satisfaction with nursing care was 96.19%, which was at a high level. Considering each aspect, the highest satisfaction score was for overall nursing services, followed by providing information, and patient rights.

The results of this study show that during the coronavirus disease (COVID-19) outbreak, nurses were particularly important for applying standards of nursing to efficient practice which affected quality of nursing care and patient satisfaction.

Keywords: Nursing quality; Covid-19; Negative pressure room; Medical ward

* Nurse Specialists, Thammasat University Hospital; e-mail: radawan.rf@gmail.com

Received 9 June 2022; Revised 25 July 2022; Accepted 15 August 2022



บทคัดย่อ

คุณภาพการพยาบาลมีผลต่อความปลอดภัย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความคาดหวังของผู้รับบริการ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน เพื่อศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการดูแลในห้องความดันลบ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 178 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตามมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจ การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ด้านความปลอดภัย พบว่า มีอุบัติการณ์การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 1.85 แผลกดทับร้อยละ 0.57 และ มีความคลาดเคลื่อนในการให้ยาร้อยละ 1.14
2. คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 96.40 เรื่องที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจสูงสุด ได้แก่ การรักษาโรคโควิด-19 ยารักษาโควิด-19 ที่ได้รับ และความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ตามลำดับ
3. คะแนนเฉลี่ยด้านการบรรเทาจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 98.15 กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลมากที่สุดคือ การบรรเทาความอ่อนล้าและความไม่สุขสบาย
4. คะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 98.59 เรื่องที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลสูงสุด ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่/ กิจกรรมประจำวัน และการได้รับการวางแผนจำหน่าย
5. เฉลี่ยด้านความพึงพอใจต่อการพยาบาลของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 96.19 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ความพึงพอใจในบริการการพยาบาลที่ได้รับในภาพรวม รองลงมาได้แก่ ความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูล และสิทธิผู้ป่วย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

คำสำคัญ: คุณภาพการพยาบาล โรคโควิด-19 ห้องความดันลบ หอผู้ป่วยอายุรกรรม

* พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ e-mail: radawan.rf@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (World Health Organization, 2020) จากสถิติปี 2563 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลก 83,856,674 ราย เสียชีวิตแล้ว 1,826,726 ราย และเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2564 พบผู้ติดเชื้อ 288,592,180 ราย เสียชีวิตแล้ว 5,454,975 ราย (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทย ปี 2563 พบผู้ติดเชื้อ 6,690 ราย เสียชีวิต 61 ราย ปี 2564 พบผู้ติดเชื้อสะสม 2,226,446 ราย เสียชีวิตสะสม 21,708 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Disease Control, 2021) กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย มีการกำหนดมาตรการควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับตัวบุคคลและระดับชุมชน (Department of Disease Control, 2020b) สถานพยาบาลต่าง ๆ ต้องเตรียมหอผู้ป่วยวิกฤต ห้องแยกโรค หอผู้ป่วยความดันลบ เพื่อรองรับผู้ป่วย รวมทั้งพัฒนาการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ อันจะทำให้การจัดระบบงานและการปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยเข้าย่ำติดเชื้อ และผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เป็นไปโดยเรียบร้อย (Department of Disease Control, 2020b)

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายสายพันธุ์ทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีอาการรุนแรง ประมาณ ร้อยละ 15ป่วยหนักและต้องการออกซิเจน และร้อยละ 5ป่วยหนักขึ้นวิกฤตต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด มีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงรวมถึงระบบหายใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะหลายอวัยวะล้มเหลวที่นำไปสู่ความตายได้ (World Health Organization, 2021)

โรคติดเชื้ออาจมีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อรา โดยเชื้อเหล่านี้สามารถแขวนลอยอยู่ในละอองของสารคัดหลั่งจากการไอและจามของผู้ป่วย หรือมีลักษณะเป็นอนุภาคของเชื้อในอากาศ ห้องความดันลบ (Negative pressure room) เป็นห้องปลอดเชื้อที่มีความดันในห้องเป็นลบ มีวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของปริมาณอนุภาคเชื้อโรคในอากาศจากผู้ป่วยสู่ผู้อื่น มีการจ่ายอากาศภายในห้องน้อยกว่าภายนอก มีอัตราการแลกเปลี่ยนของอากาศสูงกว่าห้องทั่วไป และสามารถควบคุมอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ให้เหมาะสมภายในห้อง มีระบบควบคุมการไหลของอากาศแบบทางเดียวคือไม่นำกลับมาใช้อีก (International Health Facility Guidelines, 2017) ห้องความดันลบเป็นห้องแยกหลักที่ใช้สำหรับแยกผู้ป่วยโรคติดต่อทางอากาศ และผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการแสดง เช่น ไอ หอบเหนื่อย เป็นต้น

คุณภาพการพยาบาลมีผลต่อความปลอดภัย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Mitchell, 2016) เป็นความคาดหวังของผู้รับบริการที่ต้องการได้รับ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540 กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ การบริหารองค์กรพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019) ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความปลอดภัย การปราศจากความเสียหายหรืออันตรายอันเป็นผลจากการรักษา หรือได้รับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น โดยมีได้คาดหวัง เช่น ติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ พลัดตกหกล้ม และแผลกดทับ เป็นต้น 2) ด้านความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านการบรรเทาความทุกข์ทรมาน เช่น ความเจ็บปวด การนอนหลับ ความไม่สบาย 4) ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่หรือภารกิจวัตรประจำวัน และ 5) ด้านความพึงพอใจ เช่น พฤติกรรมบริการ การให้ข้อมูล เป็นต้น (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019; The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2018) นอกจากนั้นคุณภาพการพยาบาลยังใช้เป็นตัวกำกับ ควบคุมมาตรฐานการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาล เช่น การศึกษาคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตราด พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Chanchang, 2014) การศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย พบว่าการรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก (Baunoo & Sitakalin, 2019) จะเห็นได้ว่าคุณภาพการพยาบาล เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าพยาบาลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้คุณภาพหรือไม่ เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบของการปฏิบัติการพยาบาล เช่น พยาบาลที่ทำงานในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยลดลง (Clari et al., 2021) ส่งผลให้ละเว้นการดูแลพยาบาลที่จำเป็น เช่น การจัด/เปลี่ยนท่า การดูแลช่องปาก การประเมินผู้ป่วยในแต่ละเวร (Cho, Kim, Yeon, You, & Lee, 2015) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น อาจพบการหกล้มของผู้ป่วย ผลกดทับ และปอดติดเชื้อ เป็นต้น (Cho, Lee, You, Song, & Hong, 2020)

โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแนวทางการปฏิบัติการดูแลหรือการพัฒนาแบบการดูแล ดังเช่น การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของ ชีพร สิริอังกูร และคณะ (Sathira-Angkura et al., 2021) การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลศิริราชของ เสาวภา ทองงาม, สุพิศ-ตรา ภูมัน, และ รัชชฐา รัตนะรัต (Thongngam, Pumool, & Ratanarat, 2020) เป็นต้น จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาล ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ได้จัดระบบบริการเพื่อรองรับรับผู้ป่วยที่เข้าข่ายติดเชื้อและติดเชื้อโรคโควิด-19 ทั้งผู้ที่ยังไม่มีอาการแต่ต้องเฝ้าระวังไปจนถึงผู้ที่มีอาการรุนแรง งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมธนาคารทหารไทย เป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีห้องความดันลบ มีระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ มีความดันอากาศภายในห้องต่ำกว่าความดันของห้องโดยรอบ การเข้าปฏิบัติงานต้องใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกัน (Personal Protective Equipment, PPE) ให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีระดับอาการตั้งแต่เล็กน้อยถึงระดับกึ่งวิกฤต (Mild to intermediate level) บุคลากรต้องใช้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนการติดต่อประสานงาน เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ มีการดำเนินโรคเร็ว ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกันในด้านความรุนแรง อาการและการดำเนินโรค ผู้ที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายทำให้เสียชีวิต ซึ่งยังไม่มีแนวทางการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงชัดเจน ทำให้ต้องมีการปรับแนวทางการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ป่วยตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ประกอบกับบุคลากรไม่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโรคระบาดมาก่อน และมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมความดันลบ เพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาล และเป็นแนวทางการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่รับการรักษาในห้องความดันลบ หอผู้ป่วยอายุรกรรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการประเมินผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019) และการกำกับดูแลด้านวิชาชีพ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2018) ได้แก่ 1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย; การปราศจากความเสียหายหรืออันตรายอันเป็นผลจากการรักษา หรือได้รับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น โดยมีได้คําตอบ 2) ความรู้ความเข้าใจ; การรับรู้ข้อมูลและสามารถนำความรู้ความเข้าใจนั้นไปใช้ได้ 3) การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน; การให้การดูแลรักษาแบบใด ๆ ที่เน้นไปที่การลดความรุนแรงของโรค ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย 4) ความสามารถในการดูแลตนเอง; ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ และ 5) ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล; ระดับความพึงพอใจที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพบริการพยาบาล

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการดูแลในห้องความดันลบ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (Retrospective research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการดูแลในห้องความดันลบ หอผู้ป่วยอายุรกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่เป็นเกณฑ์คัดเข้าโดยเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการดูแลในห้องความดันลบ หอผู้ป่วยอายุรกรรม และมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลในห้องความดันลบ ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากค่าสัดส่วนประชากร (Cochran, 1997) กำหนดค่าระดับความมั่นใจที่กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96 ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 178 ราย ใช้ข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยโควิด-19 ที่ห้องความดันลบ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นเวลา 4 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตามมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่

1. ความปลอดภัยของผู้ป่วย (14 ข้อ) แต่ละหัวข้อมีคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอุบัติการณ์ คะแนน 1 หมายถึง มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น NA กรณีไม่ได้ใส่/ใช้อุปกรณ์
2. ความรู้ความเข้าใจ (5 ข้อ) แต่ละหัวข้อมีคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีข้อมูล/ไม่รู้ คะแนน 1 หมายถึง เข้าใจข้อมูลไม่ครบถ้วน/ เข้าใจน้อย คะแนน 2 หมายถึง เข้าใจข้อมูลครบถ้วน/ เข้าใจมาก
3. การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน (5 ข้อ) แต่ละหัวข้อมีคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีข้อมูล/ ไม่ได้รับการดูแล คะแนน 1 หมายถึง ได้รับการดูแลบางส่วน/ ได้รับการดูแลไม่ครบถ้วน คะแนน 2 หมายถึง ได้รับการดูแลครบถ้วน/ สมบูรณ์
4. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (2 ข้อ) แต่ละหัวข้อมีคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีข้อมูล/ ไม่ได้รับการประเมินหรือดูแล คะแนน 1 หมายถึง ได้รับการดูแลไม่ครบถ้วน/ ไม่ครอบคลุม คะแนน 2 หมายถึง ได้รับการดูแลครบถ้วน/ ครอบคลุม
5. ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล (15 ข้อ) โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ โดยจำแนกคะแนน 4 = ดีเยี่ยม คะแนน 3 = ดี คะแนน 2 = พอใช้ คะแนน 1 = ควรปรับปรุง คะแนน 0 = ควรปรับปรุง

อย่างยิ่ง NA = ไม่มีเหตุการณ์ คะแนนเต็ม 60 คะแนน แปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนระหว่าง 41.00-60.00 คะแนน ระดับปานกลาง 21.00-40.99 คะแนน ระดับต่ำ 0 – 20.99 คะแนน

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.90 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาล 5 ราย ตรวจสอบแฟ้มเดียวกันจำนวน 10 แฟ้ม เปรียบเทียบกันคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตใช้/เข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนหลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน หนังสือรับรองเลขที่ 019/2564 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ โดยข้อมูลต่าง ๆ จะไม่มีการระบุชื่อเจ้าของข้อมูล Hospital number (HN) ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรือการระบุรูปแบบอื่น ๆ ที่สามารถเชื่อมโยงถึงบุคคล โดยให้ใช้เป็นรหัสแทน ส่วนการรายงานผลการวิจัย การเขียนวิเคราะห์ผลการวิจัย การเผยแพร่หรือการตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาลจะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยผู้วิจัยคัดเลือกจากเวชระเบียนแฟ้มฉบับที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด การเก็บข้อมูลเริ่มหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เก็บข้อมูลจากระบบบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ แบบประเมินแรกรับผู้ใช้บริการ แบบประเมินความเสี่ยงผู้ใช้บริการ แบบประเมินผลกดทับ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์/กิจกรรมและการประเมินผล แผนการพยาบาล แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย แบบบันทึกการให้ยา แบบบันทึกสัญญาณชีพ แบบประเมินความเจ็บปวด แบบบันทึกการส่งปรึกษาต่าง ๆ แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำสั่งการรักษา และแบบประเมินความคิดเห็นผู้ใช้บริการ ต่อคุณภาพบริการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 ราย เป็นเพศชาย 101 คน เพศหญิง 77 คน (ร้อยละ 56.7 และ 43.3) มีอายุระหว่าง 61-80 ปี รองลงมา คือ 21-40 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 60.66 ± 18.95 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.6) โรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 49.4) เบาหวาน (ร้อยละ 48.9) ไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 41.6) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น COVID - 19 with Pneumonia (ร้อยละ 87.36) ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 11.94 ± 7.82 วัน หลังได้รับการดูแลรักษาสามารถกลับบ้านได้ ร้อยละ 42.1 มีผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมากขึ้นต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 6.7 และเสียชีวิต ร้อยละ 1.7

ผลการประเมินคุณภาพการพยาบาล 5 ด้าน ที่ประกอบด้วย 1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน 4) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 5) ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ได้ผลลัพธ์ดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่ามีอุบัติการณ์การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 1.85 ผลกดทับ ร้อยละ 0.57 ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ร้อยละ 1.14 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (n = 178)

ความปลอดภัยของผู้ป่วย	ร้อยละปฏิบัติการ
อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	0
อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการสอดใส่สายในเส้นเลือด	0
อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ	1.85
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	0
อัตราการพลัดตกหกล้ม	0
อัตราการบาดเจ็บจากการผูกมัด	0
ความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย	0
แผลกดทับ	0.57
ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา	1.14
อัตราการหลบหนีออกจากโรงพยาบาล	0
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ด้านความรู้ของผู้รับบริการ	0
อัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)	0
อัตราการการเกิด Extravasation	0
อัตราการการเกิด Infiltration	0

2. ด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประเมินจากบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย พบว่าอยู่ที่ร้อยละ 96.40 เรื่องที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจสูงสุด ได้แก่ การรักษาโรคโควิด-19 รองลงมาได้แก่ ยาที่ได้รับ และความรู้เรื่องโรคโควิด-19 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย (n = 178)

ความรู้ ความเข้าใจ	ร้อยละ
ความรู้เรื่องโรคโควิด-19	98.88
การรักษาโรคโควิด-19	100
ยาที่ได้รับ	99.72
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยการควบคุมโรคและ	91.29
ส่งเสริมสุขภาพหลังติดเชื้อโควิด-19	
ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังติดเชื้อโควิด-19	92.13
เฉลี่ย	96.40

3. ด้านการบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน ประเมินจากบันทึกทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/กิจกรรมและการประเมินผล แบบประเมินความเจ็บปวด แบบบันทึกสัญญาณชีพ พบว่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 98.15 กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลมากที่สุดคือ การบรรเทาความอ่อนล้าและความไม่สุขสบาย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านการบรรเทาจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (n = 178)

การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน	ร้อยละ
การนอนหลับ	96.91
ความทุกข์ทรมาน/ เครียด	96.63
ความเจ็บปวด	97.75
ความอ่อนล้า	99.72
ความไม่สุขสบาย	99.72
เฉลี่ย	98.15



4. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล/กิจกรรมและการประเมินผล แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย พบว่าอยู่ที่ร้อยละ 98.59 เรื่องที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลสูงสุด ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่/ กิจกรรมประจำวัน และการได้รับการวางแผนจำหน่าย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (n = 178)

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย	ร้อยละ
ความสามารถในการทำหน้าที่/ กิจกรรมประจำวัน	99.72
การได้รับการวางแผนจำหน่าย	97.47
เฉลี่ย	98.59

5. ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย ประเมินจากความคิดเห็นต่อการบริการพยาบาล พบมี คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 96.19 พิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ พึงพอใจในการบริการพยาบาลที่ได้รับในภาพรวม รองลงมาได้แก่ ความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วย และความพึงพอใจด้านให้บริการพยาบาล (ตารางที่ 5) ซึ่งระดับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 แสดงผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลด้านความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย (n = 178)

ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล	ร้อยละ
ความพึงพอใจด้านพฤติกรรมบริการ	95.82
ความพึงพอใจด้านให้บริการพยาบาล	96.10
ความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วย	96.35
ความพึงพอใจด้านสถานที่และความสะอาด	95.22
ความพึงพอใจในการบริการพยาบาลที่ได้รับ (ภาพรวม)	97.47
เฉลี่ย	96.19

ตารางที่ 6 แสดงระดับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย (n = 178)

ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	SD	ระดับ
ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล (เต็ม 60 คะแนน)	57.94	3.26	สูง

การอภิปรายผล

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 61-80 ปี อายุเฉลี่ย 60.66 ± 18.95 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Covid - 19 with Pneumonia ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 11.94 ± 7.82 วัน สอดคล้องกับข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2020a) ที่พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน เป็นต้น (Department of Disease Control, 2020a; World Health Organization, 2021) ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 11.94 ± 7.82 วัน หลังได้รับการดูแลรักษาสามารถกลับบ้านได้ ร้อยละ 42.1 ซึ่งสอดคล้องกับ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโรค ที่รายงานว่าเชื้อใช้ระยะเวลาฟักตัว 2-14 วัน จึงจะมีการแสดงอาการ (World Health Organization, 2021)

คุณภาพการพยาบาล

1. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated Urinary Tract Infections, CAUTI) ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยผู้ที่จำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาการรุนแรง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวด้วยพยาธิสภาพของโรค จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน ซึ่งมีผลต่อระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ร่วมกับการได้รับยาต้านเชื้อราเพื่อการรักษา มีผลลดภูมิคุ้มกันของร่างกาย จำนวนวันที่ใส่อยู่ระหว่าง 7-21 วัน ประกอบกับผู้ป่วยโควิด-19 มีอาการต้องได้รับการดูแลรักษาในห้องความดันลบ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติการดูแล ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายขึ้น การศึกษาการเกิด CAUTI ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาในโรงพยาบาล พบการใช้สายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดใหญ่ครั้งแรกร้อยละ 36 อัตราการเกิด CAUTI เฉลี่ยทั่วทั้งโรงพยาบาล อยู่ที่ 2.7/ 1000 วันสายสวน อัตรา CAUTI สูงขึ้นร้อยละ 83 เมื่อเทียบกับพื้นที่ไม่แพร่ระบาด (Bryan, Kristin, & Heather, 2020) จากการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิด CAUTI ในผู้ป่วยวิกฤต พบว่ายิ่งใส่สายสวนปัสสาวะนานอัตราการติดเชื้อ CAUTI ก็ยิ่งสูงขึ้น เนื่องจากสายสวนปัสสาวะทำลายสภาพแวดล้อมปกติของท่อปัสสาวะและระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เซลล์นิวโทรฟิลอ่อนแอลง แบคทีเรียเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะและท่อไตได้ง่ายขึ้น แบคทีเรียที่บนพื้นผิวท่อปัสสาวะจะเพิ่มความต้านทานต่อสารต้านจุลชีพและการทำงานของภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการกระตุ้นให้เกิดท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Du et al., 2021) และเมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงต่อการเกิด CAUTI เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากการทำงานของอวัยวะสำคัญในผู้สูงอายุ ≥ 60 ปีจะค่อยๆ เสื่อมลง ทำให้ไวต่อการเกิด CAUTI ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังร้ายแรง เมื่อมีการใส่สายสวนปัสสาวะความไวต่อโรคจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก

ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดผลกดทับในผู้ป่วยโควิด-19 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่าอาจเนื่องด้วย อุตบัติการณ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน มีอาการและอาการของโรครุนแรง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การเกิดผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญที่พบในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่นกัน จากการศึกษาในช่วงวิกฤตเกี่ยวกับผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 ต่ออุบัติการณ์การเกิดผลกดทับขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่าผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่พบมาก ได้แก่ การเกิดผลกดทับในโรงพยาบาล จำนวนผู้ที่เกิดผลกดทับขณะที่อยู่โรงพยาบาลผันผวนตามการเพิ่มขึ้นของการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ความรุนแรงคล้ายคลึงกับช่วงที่ไม่มีการระบาด แสดงให้เห็นถึงความสามารถของผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วนในภาวะวิกฤต (Polancich et al., 2021) ปัจจัยส่งเสริมการเกิดผลกดทับที่สำคัญในผู้ป่วยโรคโควิด-19 คือ พยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยโควิด-19 และความเสียหายของเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ (Gefen & Ousey, 2020) เมื่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ร่างกายจะกระตุ้นระบบ complement แบบไม่เจาะจง ทำให้เกิดการตอบสนองก่อให้เกิดการอักเสบ มีลักษณะเฉพาะ คือ ทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกายและระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้การตอบสนองของภูมิคุ้มกันที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องและการแทรกซึมของเซลล์ภูมิคุ้มกัน ไม่เพียงแต่มีส่วนทำให้เกิดการอักเสบและคงสภาพการอักเสบหลังจากการตายของเซลล์ ทำให้เกิดแผลเช่นเดียวกันกับการถูกกดทับเป็นระยะเวลานาน (Gefen & Ousey, 2020; Polancich et al., 2021) ความชุกของผลกดทับและปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในภาวะวิกฤต พบร้อยละ 88.7 เกิดผลกดทับที่ด้านหน้า โดยร้อยละ 91 เป็นผลกดทับบริเวณช่องปาก

ร้อยละ 34.6 เกี่ยวข้องกับการวางท่อช่วยหายใจ การนอนคว่ำและจำนวนวันที่นอนคว่ำ (Challoner, Vesel, Dosanjh, & Kok, 2022)

ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการระดับเล็กน้อยจนถึงถึงวิกฤต ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว 3-5 โรค ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยความดันลบ มีการปรับระบบให้เหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วย มีอุปสรรคจากการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันเป็นปัจจัยเสริมที่อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้ ความคลาดเคลื่อนที่พบส่วนใหญ่ เป็นความคลาดเคลื่อนของกระบวนการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจากคำสั่งใช้ยาด้านฉบับที่แพทย์เป็นผู้เขียน แบ่งได้ 2 ประเภท คือ ความคลาดเคลื่อนจากการไม่ได้คัดลอกและความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกผิด เช่น ชื่อยา ขนาดยา ความแรง วิธีใช้ยา รูปแบบยา และจำนวน เป็นต้น สำหรับระดับความรุนแรงอยู่ในระดับ B คือ เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย มีการตรวจพบก่อนการบริหารยาไปให้แก่ผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยา ด้านความชุก ความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 92 มีความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ≥ 1 ครั้ง และร้อยละ 8 เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการรักษาด้วยยาทันที โดยรวมแล้วร้อยละ 68 ของความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมดเกิดขึ้นในระหว่างหรือหลังการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด-19 (Mahomedradja et al., 2022)

2. ด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย เท่ากับร้อยละ 96.40 เรื่องที่ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจสูงสุด ได้แก่ การรักษาโรคโควิด-19 รองลงมา คือ ยาที่ได้รับ และความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ตามลำดับ แสดงให้เห็นได้ว่าโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดรุนแรง ผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องโรค การรักษา ยาที่ได้รับ รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง อาการและอาการแสดงของโรคสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาเป็นเวลานาน สิทธิการรักษาจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญมากไม่ต่างไปจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลอย่างครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกระทรวงสาธารณสุขที่ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ต้องควบคุมการแพร่ระบาด ประชาชนต้องได้รับการดูแลรักษา ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา (Department of Disease Control, 2020a; Division of Health Economics and Health Security, 2021) และสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการพยาบาลในภาวะวิกฤตของโรคโควิด-19 จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 357 คน ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ใน 3 มิติ ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 91.2 รับรู้การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ร้อยละ 81.4 และรับรู้ความเต็มใจที่จะดูแลร้อยละ 87.8 (Blanco-Nistal et al., 2021)

3. ด้านการบรรเทาจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบคะแนนเฉลี่ยด้านการบรรเทาจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เท่ากับร้อยละ 98.15 และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลมากที่สุด คือ การบรรเทาความอ่อนล้าและความไม่สุขสบาย แสดงให้เห็นว่าโรคโควิด-19 ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินของโรคมีผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น เหนื่อย นอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย อ่อนล้าไม่มีแรง เหนื่อยง่าย ซึ่งมีผลจากพยาธิสภาพของโรค อาการอาการแสดงที่พบได้บ่อยของโรคโควิด-19 ได้แก่ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย หายใจถี่ หายใจลำบาก ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะ และเจ็บคอ (Centers for Diseases Control and Prevention, 2021; Department of Disease Control, 2020a; World Health Organization, 2021) การดูแลเพื่อบรรเทาจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย สอดคล้องกับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงการระบาดของ

โรคโควิด-19 มีวัตถุประสงค์ คือ การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การจัดการความเจ็บปวด อาการ และการสนับสนุนผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยเน้นการจัดการอาการและปัญหาความจำเป็นเหมาะสมกับผู้ป่วย ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มักเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเชื้อ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลแบบประคับประคองสามารถให้การดูแลได้ดี การจัดการความปวด ลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ดูแลให้ผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในพื้นที่ที่สบายกายและสบายใจ สนับสนุนการดูแลของครอบครัว ช่วยสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ การกักตัวมักก่อให้เกิดความกังวลใจ ความเครียด ความรู้สึกผิด การดูแลจึงครอบคลุมการดูแลด้านสุขภาพจิต หรือแม้แต่การดูแลทางจิตวิญญาณ (Ballentine, 2020)

4. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เท่ากับร้อยละ 98.59 กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลมากที่สุด คือ ความสามารถในการทำหน้าที่/ กิจกรรมประจำวัน ซึ่งสัมพันธ์กับการได้รับการวางแผนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการติดเชื้อที่ปอด (Covid-19 with Pneumonia) เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโรคที่พบว่าประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มีอาการหนักและหายใจลำบาก ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือมะเร็ง (World Health Organization, 2022) ในกรณีที่มีการติดเชื้อรุนแรงอาจพบภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรงจนต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ด้วยความรุนแรงของโรคส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอดและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลต้องให้การดูแลทั้งหมดเพื่อประสิทธิภาพในการรักษาและการฟื้นฟู ระหว่างที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลการดูแลขั้นพื้นฐานบ่อยครั้งมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพต้องเพิ่มเทคนิคการพยาบาลในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มากขึ้น การจัดการกับอาการที่เพิ่มขึ้น (Clari et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ผู้ป่วยฟื้นฟูหรือพ้นระยะการแพร่กระจายเชื้อแล้ว จำเป็นต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน สังคมปกติได้ ไม่เกิดการติดเชื้อซ้ำ สอดคล้องกับนโยบายของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (Department of Medical Services, 2021)

5. ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย เท่ากับร้อยละ 96.19 พิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ความพึงพอใจในบริการการพยาบาลที่ได้รับในภาพรวม รองลงมา คือ ความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วย สำหรับความพึงพอใจด้านให้บริการพยาบาล ซึ่งระดับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลพบว่าอยู่ในระดับสูง จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษา มีความคาดหวังต่อคุณภาพการพยาบาล ในยามที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เมื่อได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการการดูแล ย่อมเกิดความพึงพอใจที่อยู่ในระดับสูง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา รวมทั้งสิทธิการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่เป็นกังวลและให้ความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด-19 ต่อการพยาบาล โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือสถานกักกันอย่างน้อย 48 ชั่วโมงหรือมากกว่า พบว่ามีระดับความพึงพอใจค่อนข้างสูงต่อการพยาบาลโดยรวม มีความพึงพอใจสูงกับการได้รับการดูแลและการให้ข้อมูล (Alhowaymel, Abaoud, Alhuwaime, Alenezi, & Alsayed, 2022) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ประกอบด้วย การติดตามอาการ การได้รับยาตามสั่งการรักษา การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ การได้รับเจลทำความสะอาดสำหรับล้างมือ และการรักษาระยะห่างทางสังคม เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์



กับความพึงพอใจของผู้ป่วย (Deriba et al., 2020) ส่วนใหญ่รู้สึกปลอดภัยในการได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วย การได้รับความเป็นส่วนตัว และมีการจัดการความเจ็บปวดได้ดี (Wu et al., 2021)

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่อรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย คุณภาพการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การได้รับบริการที่ดี ตลอดจนการได้รับข้อมูลที่เพียงพอ เป็นความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาลจึงมีความสำคัญ และมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์โรคระบาดรุนแรง เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับการระบาดของโควิด-19 และโรคติดต่ออันตรายอื่นที่อาจเกิดขึ้น
2. ควรขยายผลการปฏิบัติไปยังหอผู้ป่วยอื่นที่มีห้องความดันลบให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้ออื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยในห้องผู้ป่วยอื่น เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วยในสถานการณ์โรคระบาดรุนแรง/ โรคติดต่อ
2. ควรทำการศึกษาวิจัยต่อยอดโดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบาดรุนแรง/ โรคติดต่อ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และที่สำคัญขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ทำให้โครงการนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

References

- Alhowaymel, F., Abaoud, A., Alhuwaime, A., Alenezi, A., & Alsayed, N. (2022). COVID-19 patients' satisfaction levels with nursing care: A cross-sectional study. *SAGE Open Nursing*, 8, 1-8. doi: 10.1177/23779608221078163
- Ballentine, J. M. (2020). *The role of palliative care in a COVID-19 pandemic*. Retrieved from <https://csupalliativecare.org/palliative-care-and-covid-19>
- Baunoo, W., & Sitakalin, P. (2019). Expectation and perception of service quality of clients of the accident and emergency department in Nongkhai Hospital. *Journal of Health Education*, 42(1), 157-172.
- Blanco-Nistal, M. M., Tortajada-Soler, M., Rodriguez-Puente, Z., Puente-Martínez, M. T., Méndez-Martínez, C., & Fernández-Fernández, J. A. (2021). *Patient Perception of Nursing Care in the Context of the COVID-19 Crisis Enfermería Global*, 20(4), 44-60.
- Bryan, K. C., Kristin, W., & Heather, Y. (2020). CAUTI and CLABSI in Hospitalized COVID-19 patients. *Open Forum Infectious Diseases*, 7(1), 178. doi: 10.1093/ofid/ofaa439.405
- Centers for Diseases Control and Prevention. (2021). *Symptoms of COVID-19*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>



- Challoner, T., Vesel, T., Dosanjh, A., & Kok, K. (2022). The risk of pressure ulcers in a prone COVID population. *The Surgeon*, 20(4), 144-148. doi: 10.1016/j.surge.2021.07.001
- Chanchang, L. (2014). Quality of nursing services perceived by patients and nursing care personnel at private wards in Trat Hospital. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical*, 31(4), 282-296.
- Cho S. H., Kim Y. S., Yeon K. N., You S. J., & Lee I. D. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review*, 62(2), 267-274. doi: 10.1111/inr.12173
- Cho, S. H., Lee, J. Y., You, S. J., Song, K. J., & Hong, K. J. (2020). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), 1-9. doi: 10.1111/ijn.12803
- Clari, M., Luciani, M., Conti, A., Sciannameo, V., Berchialla, P., Giulio, P. D., ... Dimonte, V. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on nursing care: A cross-sectional survey-based study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(10), 1-12. doi: 10.3390/jpm11100945
- Cochran, W. G. (1997). *Sampling techniques*. USA: John Wiley & Sons.
- Department of Disease Control. (2020a). *Corona virus disease (COVID-19)*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php>
- Department of Disease Control. (2020b). *Notification of the Ministry of Public Health: Names and significant symptoms of dangerous communicable diseases (No. 3)*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200514102630.PDF>
- Department of Disease Control. (2021). *Covid19-dashboard*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
- Department of Medical Services. (2021). *Guidelines for healthcare professionals in patient advice and home isolation for COVID-19 patients*. Retrieved from https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650105175718PM_%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87homelso.pdf
- Deriba, B. S., Geleta, T. A., Beyane, R. S., Mohammed, A., Tesema, M., & Jemal, K. (2020). Patient satisfaction and associated factors during COVID-19 pandemic in North Shoa health care facilities. *Patient Prefer Adherence*, 14, 1923-1934.
- Division of Health Economics and Health Security. (2021). *Guidelines for the right to medical care related to the coronavirus disease 2019 (Covid-19)*. Retrieved from https://dhes.moph.go.th/?page_id=10520
- Du, J., Zhao, T., Dong, Y., Wang, L., Xu, P., & Hongyun, X. (2021). Analysis of etiology and risk factors of catheter-associated urinary tract infection in critically ill patients and research on corresponding prevention and nursing measures. *Applied Bionics and Biomechanics*, 2021, 1-7. doi: 10.1155/2021/8436344
- Gefen, A., & Ousey, K. (2020). COVID-19: Pressure ulcers, pain and the cytokine storm. *Journal of Wound Care*, 29(10), 540-542. doi: 10.12968/jowc.2020.29.10.540



- International Health Facility Guidelines. (2017). *Isolation rooms*. Retrieved from https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_d_isolation_rooms
- Mahomedradja, R. F., van den Beukel, T. O., van den Bos, M., Wang, S., Kalverda, K. A., Lissenberg-Witte, B. I., ... van Agtmae, M. A. (2022). Prescribing errors in post - COVID-19 patients: Prevalence, severity, and risk factors in patients visiting a post - COVID-19 outpatient clinic. *BMC Emergency Medicine*, 22,(35), 1-12.
doi: 10.1186/s12873-022-00588-7
- Mitchell, P. H. (2016). Nursing assessment of depression in stroke survivors. *Stroke*, 47(1), 1-3.
doi: 10.1161/strokeaha.115.008362
- Polancich, S., Hall, A. G., Miltner, R., Poe, T., Enogela, E. M., Montgomery, A. P., & Patrician, P. A. (2021). Learning during crisis: The impact of COVID-19 on hospital-acquired pressure injury incidence. *The Journal for Healthcare Quality*, 43(3), 137-144.
doi: 10.1097/jhq.0000000000000301
- Sathira-Angkura, T., Leelawongs, S., Srisuthisak, S., Puttapitukpol, S., Yonchoho, N., & Jamsomboon, K. (2021). Development of nursing administration model in the COVID-19 outbreak situation of hospitals under the Ministry of Public Health. *Journal of Health Science*, 30(2), 320-333.
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2019). *Nursing council announcement subject: Nursing standards B.E. 2019*. Retrieved from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0030.PDF
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2018). *Hospital and healthcare standards* (4th ed.). Nonthaburi: Author.
- Thongngam, S., Pumool, S., & Ratanarat, R. (2020). Nursing care for patients with COVID-19 in the isolation unit, Siriraj Hospital. *Siriraj Medical Bulletin*, 13(3), 221-231.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- World Health Organization. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers (general)*. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-on-covid-19-general>
- World Health Organization. (2022). *Classification of omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 variant of concern*. Retrieved from [https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern)
- Wu, M. S., Watson, R., Hayat, F., Ratcliffe, L., Beadsworth, M. B., McKenna, M., ... Wingfield, T. (2021). What do people hospitalised with COVID-19 think about their care? Results of a satisfaction survey during the first wave of COVID-19 in Liverpool. *Future Healthcare Journal*, 8(1), 70-75. doi: 10.7861/fhj.2020-0260



The Effect of Promoting a Nutritional Self-Management Program on Persons Receiving Hemodialysis* ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*

จิราภรณ์	เพียรประสิทธิ์**	Jiraporn	Peanprasit**
พิกุล	พรพิบูลย์***	Pikul	Phornphibul***
ประทุม	สร้อยวงศ์****	Pratum	Soivong****

Abstract

End Stage Renal Disease (ESRD) is the last stage of chronic kidney disease. Many people live long lives while having hemodialysis. However, many of these patients have malnutrition. Therefore, they should be encouraged to manage their nutritional status on their own. This one-group, before-and-after study design aimed to evaluate the effect of promoting nutritional self-management on the nutritional status of persons undergoing hemodialysis. A purposive sample consisted of 26 participants with ESRD receiving hemodialysis treatment at a community hospital in Chonburi province. All participants were promoted to learn and manage their nutritional status within 12 weeks, under a self-management plan developed by the researcher. The instruments for data collection consisted of a demographic data record form and the Nutrition Status Record Form. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon-signed rank test.

The results revealed that:

1. After participating in the self-management promotion program, the subjects had statistically significantly higher median serum albumin levels than before participating in the program ($p < .05$).
2. After participating in the self-management promotion program, the median weight of the subjects was not different from before participating in the program.
3. After participating in the self-management promotion program, the subjects had a median body mass index that was not different from before participating in the program.

The findings of this study demonstrate that promoting nutritional status under a self-management program can improve serum albumin in persons receiving hemodialysis. The intervention cannot improve body weight or body mass index. A new study design, such as a randomized control trial or a two-group, before-and-after design with a larger sample size is recommended for further study.

Keywords: Promoting nutritional self-management program; Serum albumin; Body weight; Body mass index; Persons receiving hemodialysis

* 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, Chiang Mai University; e-mail: jirapornfon24@gmail.com

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

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

Received 23 July 2018; Revised 3 September 2018; Accepted 24 September 2018



บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นระยะสิ้นสุดของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจำนวนมากสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมากมีภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเกี่ยวกับภาวะโภชนาการด้วยตนเอง การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อภาวะโภชนาการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 26 ราย เป็นผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกภาวะโภชนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon-signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของดัชนีมวลกายไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมภาวะโภชนาการภายใต้โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้มีอัลบูมินในเลือดดีขึ้นในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิธีการดังกล่าวไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกาย การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง หรือใช้การศึกษาชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ อัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: jirapornfon24@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) เป็นภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่ในการทำงานอย่างถาวร ความสามารถในการจัดของเสียลดลง และมีอัตราการกรองที่ไต (glomerular filtration rate: GFR) น้อยกว่า 15 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม. (American Kidney Foundation [AKF], 2015) ในปี พ.ศ. 2556-2559 ประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 806.01, 813.95, 993.89 และ 1,092.81 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (Strategy and Planning Division Office of Permanent Secretary, 2017) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้เสียชีวิตตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2013 – 2015 สูงถึง 136.6 ราย ต่อพันประชากร (United States Renal Data System [USRDS], 2017)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และลดอัตราการเสียชีวิต (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDKD], 2006) และต้องได้รับการรักษาไปตลอดชีวิต (Pungchompoo, 2014) โดยการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะช่วยรักษาชีวิตและลดผลกระทบรุนแรงที่จะตามมาได้ แต่การรักษาเป็นระยะเวลานานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการจากการสูญเสียกรดอะมิโนไปกับการฟอกเลือดประมาณ 6–12 กรัม และโปรตีน 7–8 กรัม ระหว่างการฟอกไตแต่ละครั้งส่งผลให้มีการสลายโปรตีนหรือได้รับพลังงานไม่เพียงพอ (Salame, Eaton, Grimbale, & Davenport, 2018)

ภาวะทุพโภชนาการ เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่สมดุล ไม่เพียงพอ หรือมากเกินไปความต้องการของร่างกาย (Jahromi, Hosseini, Meysamie, & Sadrzadeh, 2010) เป็นภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลานานและถาวร และเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด (Chidyanee, 2011) พบภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ถึงร้อยละ 76 (Green, 2009) และมีระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ร้อยละ 27.3 (Naini, Karbalaie, Abedini, Askari, & Moeinzadeh, 2016) จากการศึกษาของ วิลสัน และคณะ (Wilson et al., 2001) พบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดนานกว่า 3 เดือน มีอัตราการเกิดภาวะทุพโภชนาการและขาดสารอาหารประเภทโปรตีนถึงร้อยละ 10-60 และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีถึงร้อยละ 30-50 (Akpele & Bailey, 2004) นอกจากนี้ความชุกของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พบได้ตั้งแต่อายุ 18-75 ขึ้นกับวิธีการวินิจฉัยและการประเมิน (The Nephrology society of Thailand, 2012) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านโภชนาการ เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ หรือผลกระทบอื่น ๆ ที่จะตามมาร่วมกับการติดตามและประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง

การประเมินภาวะโภชนาการเป็นกระบวนการที่จำเป็นในการจัดการด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการก่อนเริ่มต้นการฟอกเลือด และตรวจติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน เพราะความผิดปกติของภาวะโภชนาการมีผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Chayaku, 2014) จากการศึกษาของ เดอ อราวาโจ และคณะ (de Araújo et al., 2006) พบว่าปัจจัยที่สามารถใช้ในการทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน มีอายุมาก ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ และการลดลงของเส้นรอบวงแขน การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ คือ ปริมาณและชนิดของอาหาร น้ำหนักตัวที่ไม่มีภาวะบวม น้ำดัชนีมวลกาย และระดับอัลบูมินในเลือด โดยทำการประเมินทุก 3 เดือน เพื่อดูความผิดปกติและหาแนวทางในการแก้ไขจัดการ (Supasin, 2008; Chayaku, 2014) และจากการศึกษาพบว่าระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำและระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและความผิดปกติในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Bashardoust, Gavami, Maleki, Doustkami, & Habibzadeh, 2015)



ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยประเมินจากระดับของอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบการปฏิบัติที่เป็นเลิศทางคลินิกที่ช่วยในการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ การจัดโปรแกรมให้ความรู้รายบุคคลผ่านพยาบาลโรคไตในเรื่องการจัดการสารน้ำและสารอาหาร และการกำกับติดตามตนเองของผู้ป่วย การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรการรักษา โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะในเรื่องการจัดการสารอาหารที่ควรได้รับ และความตระหนักในการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน มีการติดตามทางโทรศัพท์เป็นรายสัปดาห์ สอบถามเรื่องอาหารที่ได้รับ น้ำหนักตัวและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ เป็นต้น (The Joanna Briggs Institute, 2011) จากการศึกษาของ วณิช พึงชมภู (Pungchompoo, 2014) พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีประสิทธิผลทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการสารน้ำ และการจัดการด้านอาหารหรือโภชนาการ และพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องมีการเรียนรู้ ควบคุม และมีวิธีการจัดการตนเองในเรื่องของโภชนาการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากของเสียคั่ง และป้องกันภาวะทุพโภชนาการจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีพฤติกรรมกรรการจัดการตนเองที่ถูกต้องในเรื่องโภชนาการ บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ (dietetic counseling) ตั้งแต่แรกเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Pungchompoo, 2015)

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองถือเป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลวิธีการจัดการที่มีพื้นฐานมาจากกระบวนการกำกับตนเอง (self-regulation process) ซึ่งมีจุดเน้นอยู่ที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบไปด้วย การกำกับติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยเชื่อว่าผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีปัญหาในรูปแบบของการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหา และทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาประยุกต์และพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่หน่วยไตเทียม เป็นแนวทางช่วยเหลือส่งเสริมและแก้ไขปัญหาของภาวะโภชนาการ และผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น ซึ่งประเมินได้จากค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง และค่าดัชนีมวลกายที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าอัลบูมินในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง



2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แผนการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาเป็นกระบวนการที่ใช้ในการควบคุมตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตัวของบุคคลเอง ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการตนเองกับภาวะโภชนาการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและการวางแผน ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมรายบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง ประกอบด้วยวิธีการ 3 วิธี ดังนี้ คือ 1) การกำกับติดตามตนเอง เป็นการพิจารณาตรวจสอบพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในปัจจุบัน เพื่อประเมินปัญหาและการรับรู้ของตนเอง ตลอดจนการตั้งใจติดตามพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติอย่างใกล้ชิด 2) การประเมินตนเอง เป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองในการรับประทานอาหารกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อที่จะนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง เป็นการเสริมแรงตนเองเมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการตามขั้นตอนดังกล่าว ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดตามประเมินตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านโภชนาการ โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดี ซึ่งประเมินได้จากค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป และฟอกเลือดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง 3) มีสติสัมปชัญญะดี รับรู้และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและมีการจัดการตนเองด้านโภชนาการได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis กำหนดขนาดอิทธิพลในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้ค่ากลางเท่ากับ 0.50 กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จากนั้นเปิดตารางสำเร็จรูป power analysis (Burns & Groove, 2005) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 22 ราย และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1999) ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่าง 26 ราย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบบันทึกภาวะโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และค่าอัลบูมินในเลือด โดยใช้เครื่องมือที่ใช้วัดมีการตรวจสอบคุณภาพเดือนละครั้ง และใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นคนประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. สมุดบันทึกการติดตามตนเองด้านโภชนาการ
3. คู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. แบบสำรวจพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ โดยให้ปรับเนื้อหาให้กระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิใช่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย พบว่าผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเข้าใจในเนื้อหาตรงกัน และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผ่านความเห็นชอบจากโรงพยาบาลพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ และความปลอดภัยของการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ได้ลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำเป็นรายบุคคล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวางแผน สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลพนสนิมคม และชี้แจงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการ ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทำการกิจกรรม ประเมินปัญหาในด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินปัญหาภาวะโภชนาการของตนเอง ร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการแก้ไขที่ต้องการ โดยเปิดโอกาสให้ญาติหรือผู้ดูแลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้เข้ามาฟังด้วย และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นได้

2. ผู้วิจัยทำการจดบันทึกค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจากเวชระเบียนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ลงในแบบบันทึกภาวะโภชนาการ โดยบันทึกค่า baseline ต่าง ๆ และเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันในสมุดบันทึกการติดตามตนเองด้านโภชนาการให้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ให้ความรู้เพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านโภชนาการ โดยถามถึงประสบการณ์เดิมของกลุ่มตัวอย่างก่อน และเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับกระตุ้นให้เปรียบเทียบการจัดการตนเองด้านโภชนาการของตนเองกับข้อมูลมาตรฐาน ให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติร่วมด้วย พร้อมเปิดโอกาสให้ญาติและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการ



2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับอธิบายและสาธิตวิธีการใช้สมุดบันทึกการติดตามตนเองด้านโภชนาการ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ

3. อธิบายและสาธิตการจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับฝึกทักษะให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการเลือกจัดเมนูอาหารที่เหมาะสม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสม โดยใช้โมเดลเมนูอาหารและการเขียนเมนูอาหารในการจัดเมนูอาหาร

4. แจกคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการให้แก่กลุ่มตัวอย่างกลับไปใช้อ่านทบทวนที่บ้านพร้อมกับอธิบายและสาธิตการใช้คู่มือ ร่วมกับเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย

1. การกำกับติดตามตนเอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสังเกต และพิจารณาตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในปัจจุบัน และการเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสมตามที่ตนเองวางแผนไว้ เพื่อประเมินปัญหาและการรับรู้ของตนเอง ตลอดจนการตั้งใจติดตามพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติอย่างใกล้ชิด และพิจารณาจากสมุดบันทึกการติดตามตนเอง ร่วมกับการซักถาม

2. การประเมินตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองในการรับประทานอาหารและเมนูอาหารที่เลือกรับประทานจากข้อมูลที่จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึก นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

3. การให้แรงเสริมตนเอง เป็นการเสริมแรงตนเองเมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือกระทำสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในสมุดบันทึก และผู้วิจัยกล่าวชมเชย

สัปดาห์ที่ 2 ถึง 8 (ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 1 ถึง 3) ร่วมกับการประเมินสมุดบันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 เพื่อประเมินปัญหาและให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 9 ถึง 12 เป็นระยะติดตามและประเมินผล ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์และประเมินผลสมุดบันทึกทุกสัปดาห์พร้อมให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อดูความต่อเนื่องของพฤติกรรมด้วยแบบสำรวจพฤติกรรมจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 13 เป็นการประเมินผลของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกายจากเวชระเบียนประวัติของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมพร้อมประเมินผล และให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่าง และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาหาจำนวนและร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon-signed rank test

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 เพศหญิงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.69 รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.61 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.23 รองลงมาคือหย่า/ม่าย/แยกกันอยู่ ร้อยละ 26.92 มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ร้อยละ 61.54 และ 42.31 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด พบว่าส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 84.61 รองลงมาคือ 3 เดือนถึง 6 เดือน ร้อยละ 11.54 และความถี่ของการฟอกเลือดต่อสัปดาห์ พบมีการฟอกเลือด 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 57.69 รองลงมาคือ ฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 42.31



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย

ผลการวิจัย พบว่า ค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับน้ำหนักตัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง 60.82 กิโลกรัม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 60.83 กิโลกรัม เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนดัชนีมวลกาย ผลการวิจัย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของดัชนีมวลกายเท่ากับ 23.17 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 23.21 และผลการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ($n = 26$)

ตัวแปรตาม	มัธยฐาน (Median)	พิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rank)	Z	p- value
ค่าอัลบูมิน				
ก่อน	3.40	0.7	-2.46	0.14*
หลัง	3.80	0.7		
ค่าน้ำหนักตัว				
ก่อน	60.82	15.38	-0.25	0.79 ^{ns}
หลัง	60.83	15.39		
ค่าดัชนีมวลกาย				
ก่อน	23.17	4.04	-0.47	0.64 ^{ns}
หลัง	23.21	4.07		

ns = non-significant, * $p < .05$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของแคนเฟอร์ และ กาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) สามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างจัดการตนเองด้านโภชนาการ และส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น โดยเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือด 3.80 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่พบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัว และค่ามัธยฐานดัชนีมวลกาย

ประสิทธิผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการขั้นตอนของการจัดการตนเอง ทั้ง 3 ขั้นตอน คือ

1. การกำกับติดตามตนเอง เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้เกิดการสังเกต ติดตามพฤติกรรมของตนเองผ่านการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย และต่อเนื่อง ร่วมกับการบันทึกข้อมูลผ่านทางสมุดบันทึกการติดตามตนเอง ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการส่งเสริมจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง และบุคลากรมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิด (Stark et al., 2011) การสังเกตและการบันทึกข้อมูลของตนเองจะทำให้ทราบปัญหาของตนเอง เกิดการตระหนักรู้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



ให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Kanfer, 1980)

2. การประเมินตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการประเมินตนเองจากการนำข้อมูลเมนูอาหาร และการรับประทานของตนเองมาเปรียบเทียบกับมาตรฐาน ร่วมกับการใช้สื่อโมเดลอาหารและรูปภาพประกอบทำให้เข้าใจและชัดเจนมากขึ้น สามารถประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ขั้นตอนนี้ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงพฤติกรรม และศักยภาพของตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ สร้างความมั่นใจและความพร้อมในการจัดการตนเอง

3. การให้แรงเสริมตนเอง การให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกเกี่ยวกับการให้รางวัล หรือสิ่งที่ต้องการเมื่อสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และให้รางวัลตนเองเมื่อปฏิบัติได้ตามที่ตั้งไว้ ร่วมกับผู้วิจัยให้แรงเสริมด้วยการกล่าวคำชมเชย จากขั้นตอนนี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการส่งเสริมการจัดการรายบุคคลที่เน้นแก้ปัญหาจากตัวบุคคลเป็นหลัก ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ และทักษะในการจัดการตนเองด้านโภชนาการ รวมถึงการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีผลต่อระดับอัลบูมินในเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเน้นโปรตีนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเน้นโปรตีน และภาวะโภชนาการด้านโปรตีนสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อติดตามผลภาวะโภชนาการด้านโปรตีนในสัปดาห์ที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยของอัลบูมินในเลือด และอัตราการสลายโปรตีนมีค่าเพิ่มขึ้น (Rattanaruang, 2014) และการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมรับประทานอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีระดับอัลบูมินในเลือดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Budda, 2011)

ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าโปรแกรมการนี้ไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถอธิบายได้ว่าอาจเกิดจากกระบวนการในการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลง การกระตุ้นการรับประทานอาหาร รวมไปถึงระยะเวลาในการประเมินผลอีกด้วย และพบว่ามีข้อจำกัดของระยะเวลาของโปรแกรมที่อาจสั้นเกินไปที่จะส่งผลให้น้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แล้วพบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน เพราะค่าดัชนีมวลกายต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง (Budda, 2011) และจากงานวิจัยในประเทศศรีลังกา ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 21 เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในช่วงปกติ และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง และเปรียบเทียบน้ำหนักตัวพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (Adikari, 2016)

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ดีขึ้น จากการที่มีความรู้และ



ตระหนักในการเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงการดูแลจัดการตนเองที่เหมาะสมเกี่ยวกับด้านโภชนาการ ก่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความรู้ของอัลบูมินในเลือดที่สูงขึ้น และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยอาศัยกระบวนการของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเฉพาะระดับอัลบูมินในเลือดที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยอาศัยการส่งเสริมการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการในขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการตนเอง การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้และคำแนะนำเป็นรายบุคคล รวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์ และการให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ซึ่งโปรแกรมหากล่าวมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านโภชนาการที่ดีขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีดังนี้

1. ควรเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร ในการฝึกฝนและพัฒนาทักษะในการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองด้านโภชนาการก่อนนำไปใช้
2. ควรนำไปใช้กับระบบการบริการพยาบาลที่มีการมอบหมายงานในลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้หรือการจัดการเป็นรายกรณี เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ใช้การศึกษาชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลให้นานขึ้น
2. ควรเพิ่มเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ระดับอัลบูมินในเลือด อัตราการสลายโปรตีน เป็นต้น และแสดงให้เห็นถึงกระบวนการในการจัดการเรื่องน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายในการศึกษาครั้งต่อไปให้ชัดเจนขึ้น

References

- Adikari, AMNT. (2016). Nutritional status of in patients with chronic kidney diseases in Sri Lanka. *Human Biology Review*, 5(3), 247-254.
- Akpele, L., & Bailey, J. L. (2004). Nutrition counseling impacts serum albumin levels 1. *Journal of Renal Nutrition*, 14(3), 143-148. doi: 10.1053/j.jrn.2004.04.003
- American Kidney Foundation. (2015). *Kidney failure (ESRD) causes, symptoms, & treatments*. Retrieved from <http://www.kidneyfund.org/kidney-disease/kidney-failure/>
- Bashardoust, B., Gavami, M., Maleki, N., Doustkami, H., & Habibzadeh, S. (2015). Mortality and nutritional status in patients undergoing hemodialysis. *Shiraz E-Medical Journal*, 16(2), e20076. doi: 10.17795/semj20076.



- Budda, S. (2011). *Effects of self-management programs on nutrition and nutritional status and eating behavior in patients receiving continuous peritoneal dialysis* (Unpublished master's thesis). Khon Kaen University, Thailand. (in Thai)
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Chayakul, C. (2014). *Hemodialysis clinical practice recommendation 2014: The nephrology society of Thailand*. Bangkok: Printing duentula. (in Thai)
- Chidyanee, S. (2011). *Nursing care of person with chronic kidney disease receiving hemodialysis*. Bangkok: Thanapress. (in Thai)
- de Araújo, I. C., Kamimura, M. A., Draibe, S. A., Canziani, M. E. F., Manfredi, S. R., Avesani, C. M., ... Cuppari, L. (2006). Nutritional parameters and mortality in incident hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 16(1), 27-35. doi: 10.1053/j.jrn.2005.10.003
- Green, D. (2009). Malnutrition and chronic kidney disease. *Complete Nutrition*, 9(5), 21-22.
- Jahromi, S. R., Hosseini, S., Meysamie, A. P., & Sadrzadeh, H. (2010). Malnutrition predicting factors in hemodialysis patients. *Saudi Journal Kidney Disease and Transplantation*, 21, 846-851.
- Kanfer, F. H. (1980). Self-management methods. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (2nd ed.). New York: Pergamonpress.
- Kanfer, F. H., Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), *Helping people change: A text book of methods* (4th ed.). New York: Pergamonpress.
- Naini, A. E., Karbalaie, A., Abedini, M., Askari, G., & Moeinzadeh, F. (2016). Comparison of malnutrition in hemodialysis and peritoneal dialysis patients and its relationship with echocardiographic findings. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 21,78. doi: 10.4103/1735-1995.189695
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDKD]. (2006). *Treatment methods for kidney failure hemodialysis*. Retrieved from http://www.niddk.nih.gov/health-information healthtopics/kidneydisease/ hemodialysis/ Documents/hemodialysis_508.pdf
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Altimore: Lippincott.
- Pungchompoo, W. (2014). Situation of palliative care in Thai elderly patients with end stage renal disease. *Nursing Journal*, 41(4), 166-177. (in Thai)
- Pungchompoo, W. (2015). *Nursing care of person with chronic kidney disease receiving hemodialysis*. Chiang Mai: Chiang Mai University Press. (in Thai)
- Rattanaruang, R. (2014). *Effects of a food intake focused on protein promoting program in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis* (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Thailand. (in Thai)



- Salame C., Eaton, S., Grimble, G., & Davenport, A. (2018). Protein losses and urea nitrogen underestimate total nitrogen losses in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 28(5), 317–323. doi: 10.1053/j.jrn.2018.01.016
- Stark, S., Snetselaar, L., Hall, B., Stone, R. A., Kim, S., Piraino, B., ... Sevvick, M. A. (2011). Nutritional intake in adult hemodialysis patients. *Topics in Clinical Nutrition*, 26(1), 45-56. doi: 10.1097/TIN.0b013e3181faba4c
- Strategy and Planning Division Office of Permanent Secretary. (2017). *Reported illness in 2016*. Bureau of policy and strategy, office of the permanent secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Supasin, U. (2008). Nutrition in chronic renal failure patients receiving dialysis. In *Textbook of hemodialysis and renal dialysis* Kidney Foundation of Thailand. Bangkok: Bangkok Medical Journal. (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute. (2011). Self-management of hemodialysis for end stage renal disease. *Best Practice*, 15(8), 1-3.
- The Nephrology Society of Thailand. (2012). *Thailand renal replacement therapy registry report 2013*. Retrieved from <http://nephrothai.org/trt/trt-l.asp> (in Thai)
- United States Renal Data System. (2017). *Annual data report 2017 epidemiology of kidney disease in the United States*. Retrieved from https://www.usrds.org/2017/download/2017_Volume_2_ESRD_in_the_US.pdf
- Wilson, B., Fernandez-Madrid, A., Hayes, A., Hermann, K., Smith, J., & Wassell, A. (2001). Comparison of the effects of two early intervention strategies on the health outcomes of malnourished hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 11(3), 166-171. doi: 10.1053/jren.2001.24364



Effects of a Self-efficacy Enhancing Program on Disease Control Behaviors, Interdialytic Weight Gain, and Predialysis Blood Pressure in Persons Receiving Hemodialysis*

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ระหว่างรอบของการฟอกเลือดและความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด ในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*

ทิพย์	ลือชัย**	Tip	Luechai**
พิกุล	พรพิบูลย์***	Pikul	Phornphibil***
ชมพูนุท	ศรีรัตน์***	Chomphoonut	Srirat***

Abstract

Increased interdialytic weight gain (IDWG) is associated with increased predialysis blood pressure and mortality among hemodialytic patients. These conditions can be controlled by adopting regular healthy behavior. Promoting patients' beliefs about their capabilities to perform at designated levels in controlling the conditions of their illness is very important. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancing program on disease control behaviors, IDWG, and predialysis blood pressure among persons receiving hemodialysis. A purposive sample consisted of 36 hemodialysis patients receiving hemodialysis at Fort Kawila Hospital, Chiang Mai province. The participants were randomly assigned to be in either a control group (n = 18) or an experimental (n = 18) group. The control group received usual care, while the experimental group received the self-efficacy enhancing program from the researcher along with usual care. The research instruments were composed of the self-efficacy enhancing program, developed by the researcher; the disease control behavior assessment; and the IDWG and predialysis blood pressure record form. Data were collected before entering the program and at the twelfth week after the completion of the program. Data were analyzed using descriptive statistics, repeated measure ANOVA, and paired t-test.

The results of the study revealed the following:

1. The hemodialysis persons who received the self-efficacy enhancing program with usual care had statistically significant higher disease control behavior than those who only received usual care ($p < .001$).
2. The hemodialysis persons who received the self-efficacy enhancing program with usual care had statistically significant lower IDWG than those who received usual care ($p < .05$).
3. The hemodialysis persons who received the self-efficacy enhancing program with usual care had no statistically significant different predialysis blood pressure from those who received usual care.

The results of this study confirmed the effectiveness of the self-empowerment program. It can be used in hemodialysis units to promote healthy behavior and control IDWG among persons receiving hemodialysis. Long term study is recommended to follow up on the sustainability of these results.

Keywords: Enhancing self-efficacy program; Disease control behavior; Interdialytic weight gain; Predialysis blood pressure; Person receiving hemodialysis

* 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: tip@bcnc.ac.th

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

Received 31 July 2018; Revised 3 September 2018; Accepted 24 September 2018



บทคัดย่อ

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด และอัตราการเสียชีวิตของผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภาวะเหล่านี้สามารถควบคุมได้ด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่สม่ำเสมอ การส่งเสริมความเชื่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวในระดับที่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ เป็นเรื่องที่สำคัญมาก การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 36 ราย เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 18 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยผู้วิจัยร่วมกับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาโดยผู้วิจัย แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค แบบบันทึกน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และค่าความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด รวบรวมข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และในสัปดาห์ที่ 12 หลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ repeated measure ANOVA และสถิติ paired t-test.

ผลการศึกษาพบดังนี้

1. ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการดูแลตามปกติ มีพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการดูแลตามปกติมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรค และควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มระหว่างรอบของการฟอกเลือดของผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในครั้งต่อไปคือควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามความยั่งยืนของผลที่ได้รับ

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการควบคุมโรค น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด ความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: tip@bcnc.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากโดยเฉพาะเมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งพบอัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้น ในประเทศไทยพบอัตราป่วยของผู้ป่วยในด้วยโรคไตเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2556 - 2559 มีจำนวน 806.01, 813.95, 993.89 และ 1,092.81 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, 2016) และพบอัตราตายด้วยโรคไตเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2556 - 2559 มีจำนวน 25.4, 29.5, 31.5 และ 35.7 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (Social and Quality of Life Database System, 2017) จากสถิติที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโรคไตเรื้อรังพบอุบัติการณ์อัตราป่วย อัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDKD], 2006) และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิต (Puengchompoo, 2014) ซึ่งการฟอกเลือดด้วยไตเทียมเป็นการบำบัดทดแทนไตวิธีหนึ่งที่ทำให้ประสิทธิภาพสูง แต่ยังคงพบว่าเป็นการบำบัดทดแทนไตได้เพียงบางส่วน จึงไม่สามารถควบคุมระดับของเสีย น้ำ และเกลือแร่ในร่างกายได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้มีโอกาสเกิดการคั่งของของเสีย น้ำ และโซเดียมในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องให้ความร่วมมือในการรักษาและต้องมีพฤติกรรมการควบคุมโรคให้เหมาะสมร่วมด้วย เพื่อช่วยให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

พฤติกรรมการควบคุมโรค เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครอบคลุมพฤติกรรมหลายอย่าง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำ การควบคุมป้องกันอาการรุนแรงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลการขับถ่าย และการรับประทานยา ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะการจำกัดน้ำและโซเดียม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 33 - 50 (Tsay, 2003) และการศึกษาของ สาวิกา อร่ามเมือง (Arammuang, 2011) พบว่าพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้การศึกษาของ โมโลสัน และ ยาดริกซ์ (Molaison & Yadrick, 2003) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมการบริโภคน้ำและโซเดียมมากเกินไป และยังขาดการดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง อีกทั้งการจำกัดน้ำดื่มยังเป็นสิ่งที่น่าเบื่อและความเคยชินในการดื่มน้ำในปริมาณที่ไม่เหมาะสม (Khemkong, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความคิดที่ว่าเมื่อตนเองมีภาวะน้ำเกิน สามารถรักษาได้โดยการฟอกเลือด (Phunsai, 2012) จากพฤติกรรมการควบคุมโรคที่เหมาะสมดังกล่าว ส่งผลทำให้ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดภาวะน้ำเกิน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ภาวะน้ำเกิน เป็นภาวะที่ร่างกายมีการคั่งของน้ำในร่างกายมากกว่าปกติ จากความบกพร่องของไต ในการควบคุมสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ไตไม่สามารถขับน้ำและของเสียออกจากร่างกายได้ ทำให้เกิดอาการบวมตามร่างกาย หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ (Mathers, 2007) เกิดภาวะน้ำท่วมปอดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Tzanakaki et al., 2014) ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม การประเมินภาวะน้ำเกินสามารถประเมินได้จากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือด และความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด โดยพบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดเกินเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ ความดันโลหิตต่ำ ตะคริว คลื่นไส้



อาเจียน ปวดศีรษะ ใช้หนาวสั่น แขนหน้าอก และหัวใจเต้นผิดปกติ (Himmelfarb, 2005; Foote & Manley, 2008) ส่งผลให้ต้องหยุดการฟอกเลือดก่อนครบเวลาที่กำหนด และการได้รับการฟอกเลือดไม่เพียงพอ อาจต้องเพิ่มจำนวนครั้งในการฟอกเลือด ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา (Foote & Manley, 2008) นอกจากนี้ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดยังส่งผลให้การไหลเวียนเลือดในร่างกายเพิ่มขึ้น และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Nerbass et al., 2011) ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง (Mathers, 2007) หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เกิดหัวใจโต ผนังกล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ในที่สุดเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิต (Charra, 2007; Kalantar-Zadeh et al., 2009) ดังนั้นผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงต้องให้ความร่วมมือในการรักษาและต้องมีพฤติกรรมการควบคุมโรคให้เหมาะสมร่วมด้วย เพื่อช่วยให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาของ สาวิกา อร่ามเมือง (Arammuang, 2011) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ร้อยละ 43.2 และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำและเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการควบคุมโรค นอกจากนี้ พบว่ามีการนำแนวทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้ในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยวัดผลลัพธ์เป็นน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดก็พบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดลดลงได้ (Tsay, 2003; Aliasgharpour, Shomali, Moghaddam, & Faghihzadeh, 2012)

ผู้วิจัยจึงนำแนวทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) สภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ ความไม่สุขสบายต่าง ๆ และประเมินด้านอารมณ์จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การพูดคุย 2) การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการให้ชมวิดิทัศน์ตัวแบบพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคด้วยตนเอง และให้มีการสาธิตย้อนกลับ และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด โดยให้คำแนะนำ ชมเชย และให้กำลังใจ ร่วมกับการจัดบันทึกพฤติกรรมการควบคุมโรคด้วยตนเองเพื่อเป็นการติดตาม เตือนความจำ และกระตุ้นให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ วัตถุประสงค์ของการใช้โปรแกรมครั้งนี้ คือการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรค การควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด ผลจากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นแนวทางในการศึกษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการรักษาผู้ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำให้ประสิทธิภาพสูงสุด แต่ยังคงพบว่าเป็นการบำบัดทดแทนได้เพียงบางส่วน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อย คือ ภาวะน้ำเกิน โดยเกิดจากการมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ไม่เหมาะสม และขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงควรมีพฤติกรรมควบคุมโรคที่เหมาะสม ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำ การควบคุมป้องกันอาการรุนแรงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลการขับถ่าย และการรับประทานยา โดยให้ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน จากการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) สภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ 2) การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการให้ชม วิดีทัศน์ตัวแบบ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคด้วยตนเอง และ 4) การชักจูงด้วยคำพูดจากผู้วิจัย โดยคาดว่าเมื่อผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนแล้ว จะทำให้เกิดการรับรู้และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค และส่งผลให้น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบการฟอกเลือดลดลง และมีความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่เข้ารับบริการที่หน่วยไตเทียม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่เข้ารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 2\sigma^2}{\delta^2}$$

ผู้วิจัยนำค่าความแปรปรวนและผลต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรตามจากงานวิจัยก่อนหน้าที่มีความคล้ายคลึง ได้เท่ากับ 0.67 และ 0.7 ตามลำดับ มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 19 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 38 ราย หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มตามวันที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยสุ่มวันที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในวันจันทร์ พุธ และศุกร์เป็นกลุ่มควบคุม และในวันอังคาร พฤหัสบดี และเสาร์เป็นกลุ่มทดลอง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติการคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในระหว่างรอบของการฟอกเลือดนับตั้งแต่ครั้งสุดท้ายมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน 3) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 4) มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง 5) สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค 6) แพทย์ผู้รักษาเห็นชอบเข้าร่วมโปรแกรมได้ 7) มีสติสัมปชัญญะดีและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการเข้าร่วมวิจัย คือ 1) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะโลหิตจาง 2) เปลี่ยนวิธีการรักษาที่ไม่ใช่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



3) แสดงความจำนองขอออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม จำนวน 19 ราย และเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองอีก 19 ราย

ควบคุมตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยใช้เทคนิคการจับคู่ (pair matching) ในเรื่องเพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และจำนวนครั้งในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดำเนินการวิจัยไปพร้อมกันทั้งสองกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมสูญหาย 1 ราย เนื่องจากย้ายสถานที่ในการรักษา และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองสูญหาย 1 ราย เนื่องจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำท่วมปอด จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 36 ราย กลุ่มละ 18 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. สื่อวีดิทัศน์การเสนอตัวแบบพฤติกรรมการควบคุมโรคสำหรับผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. คู่มือแนวทางการควบคุมโรค
4. สมุดบันทึกพฤติกรรมการควบคุมโรค
5. แบบสำรวจรายการการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย พบว่าผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเข้าใจในเนื้อหา และสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของ สุชาสนี เรียมจันทร์ (Riamchan, 2011) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำ การควบคุมป้องกันอาการรุนแรงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลการขับถ่าย และการรับประทานยา โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.80 ในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบอีก และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้เท่ากับ 0.89

3. แบบบันทึกข้อมูลน้ำหนักตัว และความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด เนื่องจากเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนตามค่าที่เป็นจริง จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผ่านความเห็นจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างในการรับการบริการพยาบาลหรือการรักษาที่จะได้รับ ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งมอบหนังสือยินยอมให้กลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ทราบว่าขณะดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบกำหนดเวลา สามารถบอกเลิกได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ



การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไปพร้อมกันในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 45 – 60 นาที

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยไตเทียม ทำการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมโรคในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมทั้งบันทึกน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และค่าความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดครั้งล่าสุดของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ในสัปดาห์ที่ 1 และ 12 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วยไตเทียม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 - 4 ชั่วโมง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ใช้ระยะเวลาครั้งละ 45 – 60 นาที พบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยไตเทียม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มตามรอบของการฟอกเลือด กลุ่มละ 9 ราย ทำการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมโรคในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมทั้งบันทึกน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และค่าความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดครั้งล่าสุดของกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนเวชระเบียน หลังจากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

1. สภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยประเมินสัญญาณชีพ ความไม่สุขสบายต่าง ๆ การสังเกตสีหน้า ท่าทาง และการพูดคุย
2. การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการให้ชมวิดิทัศน์ตัวแบบพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยลงมือปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคด้วยตนเอง และให้มีการสาธิตย้อนกลับ
4. การชักจูงด้วยคำพูด โดยให้คำแนะนำ ชมเชย และให้กำลังใจ เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ร่วมกับการจดบันทึกพฤติกรรมควบคุมโรคด้วยตนเอง เพื่อเป็นการติดตาม เตือนความจำ และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3 และ 4 พบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยไตเทียม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำ การควบคุมป้องกันอาการรุนแรงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลการขับถ่าย และการรับประทานยา และประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคจากสมุดบันทึกพฤติกรรมควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาและข้อสงสัย ผู้วิจัยรับฟังปัญหาและข้อสงสัยพร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไข และในสัปดาห์ที่ 4 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสำรวจรายการการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนให้แก่กลุ่มตัวอย่างอีก 2 สัปดาห์ โดยปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1-2 สำหรับในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกคนมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 5 – 12 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนด้วยตนเองที่บ้าน ในระหว่างนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อสงสัยได้ขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ทางโทรศัพท์ และในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือด



ด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมทั้งบันทึกน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดและความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดครั้งสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนเวชระเบียน และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย สำหรับในการศึกษานี้ ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square test และสถิติ Fisher's exact test เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรค น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA และภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีเพศชายและเพศหญิงในจำนวนเท่ากัน คือ เพศชาย กลุ่มละ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 เพศหญิงกลุ่มละ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.6 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62.72 ปี (SD = 7.54) ส่วนในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 62.56 (SD = 8.35) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 94.44 และ 83.30 ตามลำดับ และมีระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 88.9 และ 77.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความถี่ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 100 มีการเจ็บป่วยที่มีโรคร่วม ซึ่งพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือโรคไขมันในเลือดสูง โดยพบในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.33 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคล

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการควบคุมโรค น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA พบว่า คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการฟอกเลือดของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) และความดันไดแอสโตลิกก่อนการฟอกเลือดของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรค น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n = 18)		กลุ่มทดลอง (n = 18)		F	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรค	92.67	5.46	107	7.17	37.69	< .001
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด	2.71	0.88	1.17	0.56	12.75	.001
ความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด						
ความดันโลหิตซิสโตลิก	156.33	10.02	127.89	15.02	10.06	.003
ความดันไดแอสโตลิก	76.28	11.99	69.61	7.87	3.51	.069



การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการดูแลตามปกติ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง และช่วยลดน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และลดความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบด้วย แหล่งสนับสนุนข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) สภาพร่างกายและอารมณ์ 2) การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด ร่วมกับการจดบันทึกพฤติกรรมการควบคุมโรคด้วยตนเอง เป็นการติดตามและเตือนความจำในการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคจากการดำเนินการในขั้นตอนดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองรับรู้และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคได้เช่นกัน และการได้ฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคด้วยตนเอง ร่วมกับผู้วิจัยได้ใช้การพูดชักจูง กระตุ้นและให้กำลังใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และน้ำ การควบคุมป้องกันอาการรุนแรงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลการขับถ่าย และการรับประทานยา ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ทำให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค

เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคที่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ ร่วมกับการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม มีการชั่งน้ำหนัก และสังเกตอาการบวมตามร่างกายเพื่อเป็นการประเมินน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดภายหลังการได้รับโปรแกรมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เซย์ (Tsay, 2003) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือด และการศึกษาของ แอลิสกราร์ฟว์ และคณะ (Aliasgharpour et al., 2012) ที่ศึกษาผลของกระบวนการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงระหว่างรอบของการฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบว่าการได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนส่งผลให้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบของการฟอกเลือดลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดภายหลังการได้รับโปรแกรมลดลง

การศึกษานี้พบว่าความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการบริการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ที่ดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยทางด้านอายุซึ่งกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นอยู่วัยผู้สูงอายุทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือด (Singh, Shankar & Singh, 2017) ทำให้การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตลดลงค่อนข้างน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรในการทำความเข้าใจและพัฒนาทักษะในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนให้เกิดความชำนาญก่อนนำไปใช้จริง



2. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนไปพัฒนาระบบการบริการพยาบาลที่สามารถมอบหมายงานในลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้ ดำเนินการในทุกขั้นตอนของโปรแกรม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินการ และดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านภาวะสุขภาพ จิตใจ และสังคม โดยดำเนินการเป็นกลุ่ม อาจแบ่งตามรอบของการเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะมีหน้าที่ในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน และติดตามผู้ป่วยในกลุ่มของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาระยะยาวเพื่อดูความยั่งยืนของการใช้โปรแกรมและผลที่ได้รับทั้งด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรค การควบคุมน้ำหนักตัวและความดันโลหิตระหว่างการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

References

- Aliasgharpour, M., Shomali, M., Moghaddam, M. Z., & Faghihzadeh, S. (2012). Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis. *Journal of Renal Care*, 38(3), 155-161.
- Arammuang, S. (2011). *Factors predicting fluid control behavior in chronic kidney disease patients receiving hemodialysis* (Master's thesis). Mahidol University, Thailand. (in Thai)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Charra, B. (2007). Fluid balance, dry weight, and blood pressure in dialysis. *Hemodialysis International*, 11(1), 21-31.
- Foot, E. F., & Manley, H. J. (2008). *Hemodialysis and peritoneal dialysis*. Retrieved from http://highered.mheducation.com/sites/dl/free/007147899x/603552/Pharmacotherapy_chap048.pdf
- Himmelfarb, J. (2005). Hemodialysis complication. *American Journal of Kidney Diseases*, 45(6), 1122-1131.
- Kalantar-Zadeh, K., Regidor, D. L., Kovesdy, C. P., Van Wyck, D., Bunnapradist, S., Horwich, T. B., & Fonarow, G. C. (2009). Fluid retention is associated with cardiovascular mortality in patients undergoing long-term hemodialysis. *Circulation*, 119(5), 671-679.
- Khemkong, K. (2007). *Health beliefs and food consumption behavior among patients with chronic renal failure at Sukhothai hospital* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Mathers, R. T. (2007). Nursing management: Acute renal failure and chronic kidney disease in S. L. Lewis, M. M. Heitkenper, S. R. Dirksen, P. G. O'Brien, & L. Bucher (Eds.), *Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems* (7th ed.). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Molaison, E. F., & Yadrick, M. K. (2003). Stages of change and fluid intake in dialysis patients. *Patient Education and Counseling*, 24(5), 221-227.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDKD]. (2006). *Treatment methods for kidney failure hemodialysis*. Retrieved from http://www.niddk.nih.gov/healthinformation/healthtopics/kidneydisease/hemodialysis/Documents/hemodialysis_508.pdf



- Nerbass, F. B., Morais, J. G., Santoe, R. G., Kruger, T. S., Koene, T. T., & Filho, H. A. L. (2011). Factors related to interdialytic weight gain in hemodialysis patients. *Journal Brasileiro de Nefrologia*, 33(3), 300-305.
- Phunsai, Y. (2012) *Clinical situational analysis of fluid overload management among chronic kidney disease patients receiving hemodialysis, Lampang hospital* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Puengchompoo, W., (2014). Situation of palliative care in Thai elderly patients with end stage renal disease. *Nursing Journal*, 41(4), 166-177. (in Thai)
- Riamchan, S. (2011). *Effects of the self-efficacy and social support enhancement program on disease control behaviors and serum creatinine level among the elderly with end stage renal disease receiving hemodialysis* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Singh, S., Shankar, R., & Singh, G. P. (2017). Prevalence and associated risk factors of hypertension: A cross-sectional study in Urban Varanasi. *International Journal of Hypertension*, 2017, 1-10. doi: 10.1155/2017/5491838
- Social and Quality of Life Database System. (2017). *Cause-specific death rate per 100,000 person-year in 1998-2016*. Retrieved from http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=441&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=15
- Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. (2016). *Summary report of illness in 2016*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand.
- Tsay, S. L. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 370-375.
- Tzanakaki, E., Boudouri, V., Stavropoulou, A., Stylianou, K., Michael, R., & Zidianakis, Z. (2014). Causes and complications of chronic kidney disease in patients on dialysis. *Health Science Journal*, 8(3), 343-349.



Factors Related to the Choice of Treatment Methods Among Persons with Pre-dialysis Chronic Kidney Disease*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต*

ปนัดดา	สวัสดี**	Panadda	Sawasdee**
นัทธมน	วุทธนันท์***	Nuttamon	Vuttanon***
ประทุม	สร้อยวงศ์****	Pratum	Soivong****

Abstract

For patients with chronic kidney disease, the proper choice of treatment is essential in attempting to control symptoms, reduce complications, and delay the progression of the disease. This descriptive correlational study aimed to examine the choice of treatment methods, and to explore the correlation between knowledge of chronic kidney disease and its treatments, family support, and the choice of treatment methods among persons with pre-dialysis chronic kidney disease. The purposive sampling included 85 participants who were diagnosed with stage 4 or 5 chronic kidney disease and received treatment at the outpatient clinic at Lampang Hospital. Research instruments consisted of: the Knowledge of Chronic Kidney Disease and Treatment Methods Questionnaire, the Family Support Questionnaire, and the Choice of Treatment Methods Questionnaire. The content validity was approved by six experts. The reliability of the Knowledge of Chronic Kidney Disease and Treatment Methods Questionnaire as well as the Family Support Questionnaire was determined, using Cronbach alpha coefficients, to be 0.88 and 0.79, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and multinomial logistic regression.

The results of this study were as follows:

1. The most common choice of treatment method among participants was palliative care (45.90%), followed by continuous peritoneal dialysis, kidney transplant, and hemodialysis (23.50%, 18.80%, and 11.80%, respectively).
2. Knowledge of chronic kidney disease and treatment methods, and family support were not related to the choice of treatment method.

These findings could be used as a basis for further studies on the other factors related to the choice of treatment methods in pre-dialysis chronic kidney disease patients.

Keywords: Choice of treatment methods; Persons with pre-dialysis chronic kidney disease

* 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

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: nuttamon.v@cmu.ac.th

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

Received 27 December 2018; Revised 18 February 2019; Accepted 11 March 2019



บทคัดย่อ

ผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยควบคุมอาการ ลดภาวะแทรกซ้อนและชะลอการลุกลามของโรค การวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเลือกวิธีการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว กับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต กลุ่มตัวอย่างคือผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5 ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามการเลือกวิธีการรักษา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ได้ค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.88 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multinomial logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างเลือกการรักษาแบบประคับประคองมากที่สุด ร้อยละ 45.90 รองลงมาคือ การล้างไตช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การปลูกถ่ายไต และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 23.50, 18.80, และ 11.80 ตามลำดับ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาในอนาคตเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

คำสำคัญ: การเลือกวิธีการรักษา ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nuttamon.v@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีภาวะผิดปกติในโครงสร้างหรือการทำงานของไต แบ่งการดำเนินโรคโดยใช้ อัตราการกรองของไตเป็นมาตรฐานการคัดกรองได้เป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อม การทำหน้าที่ของไตยังใกล้เคียงกับภาวะปกติโดยมีอัตราการกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ขณะที่ระยะที่ 2, 3, 4 เป็นระยะไตเสื่อม การทำหน้าที่ของไตเริ่มลดลงโดยอัตราการกรองน้อยกว่า 90, 60, 30 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ตามลำดับ และระยะที่ 5 เป็นระยะสุดท้าย โดยมีอัตราการกรองเหลือน้อยกว่าร้อยละ 15 การทำงานของไตลดลงจนสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร (Kidney Disease Association of Thailand, 2017) ทั้งนี้เมื่อการดำเนินโรคเริ่มเข้าสู่ระยะที่ 4 ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังจะได้รับคำแนะนำให้เตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไต ซึ่งประกอบด้วย 1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) 2) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) และ 3) การปลูกถ่ายไต (kidney transplantation: KT) โดยจะได้รับคำแนะนำข้อดี ข้อด้อยในแต่ละวิธี รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่พึงได้จากรัฐหรือหน่วยงานอื่น (Kidney Disease Association of Thailand, 2017) เพื่อให้ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังได้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตัวเองร่วมกับแพทย์ ขณะเดียวกันหากไม่ประสงค์จะรับการบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่งดังกล่าว ยังมีอีกทางเลือกคือ การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care: PC) ซึ่งเน้นการรักษาทางยาเพื่อแก้ไขอาการผิดปกติทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น รวมถึงดูแลทางจิตใจ สังคม ความเชื่อและจิตวิญญาณ (Pungchompoo, 2014)

สำหรับข้อมูลการเลือกใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังชาวไทยที่ผ่านมาพบว่า การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ถูกเลือกมากที่สุดโดยพบเป็น 628.5 รายต่อล้านประชากร ขณะที่การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการปลูกถ่ายไต พบเป็น 188.5 และ 90.5 รายต่อล้านประชากร ตามลำดับ (Thanakitjaru, 2015) ขณะที่การรักษาแบบประคับประคองยังไม่มีตัวเลขที่ชัดเจน แต่จากการศึกษาของ อำนวยพร แดงสีบัว, อัจฉรวรรณ โตภาคนาม, สัจจะ ตติยานุพันธ์, และ จุฬารณณ์ ลิ้มวัฒนา-นนท์ (Daengsribua, Topark-ngarm, Tatiyanupanwong, & Limwattananon, 2015) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะเลือกการรักษาแบบประคับประคอง แสดงให้เห็นว่าเมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังจะเลือกวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationships) 2) การคงไว้ซึ่งสุขภาวะ ความเป็นปกติและคุณภาพชีวิต (preservation of current well-being, normality and quality of life) 3) ความต้องการควบคุม (need for control) และ 4) ความเป็นปัจเจกบุคคลในการรับรู้ประโยชน์และความเสี่ยง (personal weightings for benefit/risk ratios) (Murray et al., 2009) ขณะที่การศึกษาเชิงคุณภาพของ เวิร์ท และคณะ (Wuerth et al., 2002) พบว่า ปัจจัยที่ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังเลือกการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านเวลา เนื่องจากช่วยให้สามารถวางแผนการทำงานได้ชัดเจน และ 2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยต้องการให้มีผู้ดูแล เช่น พยาบาล เป็นต้น ขณะที่ผู้เลือกการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีปัจจัยเกี่ยวข้อง คือ 1) ปัจจัยด้านเวลา โดยสามารถบริหารจัดการเวลาในการล้างไตได้ด้วยตนเอง 2) ปัจจัยด้านความสะดวก โดยสามารถล้างไตได้ที่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ผู้รักษา คู่สมรส หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการ



รักษาด้วย สำหรับการศึกษการเลือกวิธีการรักษาแบบการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังในประเทศได้พบว่า เหลียง และคณะ (Liang et al., 2011) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ วิถีชีวิต และข้อจำกัดของการฟอกไตแต่ละวิธีเป็นเหตุผลสำคัญในการเลือกวิธีการรักษา นอกจากนี้การศึกษาเชิงคุณภาพของ มอร์ตัน และคณะ (Morton et al., 2012) พบว่าความต้องการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และความพร้อมของการเดินทางไปฟอกเลือดเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังเลือกการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลตนเอง และข้อจำกัดส่วนบุคคลเช่น อายุ ความรุนแรงของโรคร่วมอื่น ๆ ความร่วมมือในการรักษาจากครอบครัว เป็นเหตุผลที่เลือกรับการรักษาแบบประคับประคอง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยยังพบน้อย และเป็นการศึกษาที่ยังไม่ครอบคลุมการเลือกวิธีการรักษาทุกวิธีของการรักษาโรคไตเรื้อรัง โดยพบการศึกษาในผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง ดังเช่น การศึกษาของ อำนวยพร แดงสีบัว และคณะ (Daengsribua et al., 2015) ศึกษาติดตามผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกรับการรักษาแบบประคับประคอง พบเหตุผลที่เลือกการรักษาดังกล่าวคือ ไม่มีผู้ดูแล ไม่ต้องการฟอกไตซึ่งเกี่ยวข้องกับทัศนคติและความเชื่อ เช่น อายุมาก กลัวการฟอกไต หรือยังไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องฟอกไต และเหตุผลด้านค่าใช้จ่าย เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังกล่าวได้ว่ามีปัจจัย ที่เกี่ยวข้องหลายประการ แบ่งได้เป็น 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ (Daengsribua et al., 2015; Chanouzas, Ng, Fallouh, & Baharani, 2011) เพศ การศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ วิถีชีวิต ลักษณะของครอบครัว (Liang et al., 2011) และ 2) ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ประโยชน์และความเสี่ยง คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเอง (Liang et al., 2011; Murray et al., 2009) โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังนำมาใช้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของตนโดยปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังพบว่ามีเพิ่มมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย แม้สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย จะกำหนดแนวทางสำหรับการรักษาผู้เป็นโรคไตเรื้อรังไว้ แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกกำหนดให้เลือกการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นทางเลือกแรก (PD First Policy) เพื่อให้สามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ตามนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Sawasdiwan, 2014) เนื่องจากมีข้อจำกัดของศูนย์ฟอกไตเทียม รวมทั้งแพทย์และพยาบาลที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกวิธีการรักษาได้โดยอิสระ แต่สิทธิของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องคำนึงถึง เพราะบริการสุขภาพที่จำเป็น ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการเข้าถึงการรักษา แต่ต้องคงสิทธิการเลือกรับบริการรักษาที่ดีและเหมาะสมให้กับผู้ป่วย (National Health Security Office, 2012)

การศึกษาถึงการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังมีความสำคัญและจำเป็น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาตามแนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ การให้คำแนะนำและสนับสนุนเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับผู้เป็นโรคไตเรื้อรังแต่ละรายให้ตรงกับความต้องการของผู้เป็นโรคไตมากที่สุดต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต กับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและวิธีการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัว

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง โดยวิธีการรักษาประกอบด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา (Liang et al., 2011) และการสนับสนุนจากครอบครัว (Murray et al., 2009) ทั้งนี้ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษาอย่างเพียงพอ จะมีความสามารถในการจัดการตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ สำหรับการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า โดยเมื่อผู้เป็นโรคไตเรื้อรังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดี จะรับรู้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากครอบครัวไม่ว่าจะเลือกการเลือกวิธีการรักษาใด ทำให้ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังมีความมั่นใจในการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และมารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และมารับการตรวจตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (level of significant) ที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และกำหนดอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (effect size) ที่ .30 (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มีอัตราการกรองของไต ต่ำกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย คือ ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังที่มีประวัติการใช้ยาทางด้านจิตเวช หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 30 ข้อ คำตอบเป็น 2 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ กำหนดเกณฑ์แบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น (Kannasoot, 1999) คะแนน 21-30 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาในระดับสูง คะแนน 11-20 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาในระดับปานกลาง และคะแนน 0-10 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาในระดับต่ำ



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) มีข้อคำถาม 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 3 หมายถึง เห็นด้วยที่สุด กำหนดเกณฑ์แบ่งระดับคะแนน จากการหาอันตรภาคชั้น (Kannasoot, 1999) คะแนน 27-36 หมายถึง มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง คะแนน 13-26 หมายถึง มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 0-12 หมายถึง มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเลือกวิธีการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถาม 1 ข้อ 4 ตัวเลือก คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การผ่าตัดเปลี่ยนไต และการรักษาแบบประคับประคอง โดยให้ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และคำถามปลายเปิดให้ระบุเหตุผลที่เลือกวิธีการรักษานั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ 0.97 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษาโดยใช้สูตร Kuder-Richardson-20 ได้เท่ากับ 0.88 และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวโดยใช้สูตร Cronbach alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.79 สำหรับแบบสอบถามการเลือกวิธีการรักษา ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (intra-rater reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง จังหวัดลำปาง เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม สำหรับการรายงานผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ และข้อมูลในแบบสอบถามจะเก็บไว้ในที่ปลอดภัยและจะทำลายโดยผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากยื่นบัตรคิวรับการตรวจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้เชิญกลุ่มตัวอย่างมายังห้องที่จัดเตรียมไว้ แจกแบบสอบถามพร้อมปากกา ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว และการเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัว กับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ multinomial logistic regression



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.50 มีอายุตั้งแต่ 27-72 ปี อายุเฉลี่ย 61.14 (SD = 8.51) โดยกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 40-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 60.00 มากกว่าสามในสี่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.50 มีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 77.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.90 และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอจากรายได้ ร้อยละ 52.90 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-6 คน ร้อยละ 50.60 และอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มากที่สุดร้อยละ 49.40 สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.20 มากกว่าครึ่งหนึ่ง ใช้สิทธิบัตรทอง ไม่ชำระ 30 บาท ร้อยละ 52.90

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและแหล่งของข้อมูลที่ได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 81.20 และแหล่งความรู้ที่ได้รับมากที่สุดคือ จากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ร้อยละ 74.01 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของตนเองอยู่ในระดับดี (7-10 คะแนน) ร้อยละ 72.94 สำหรับข้อมูลการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในปัจจุบันพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน ตามโรคประจำตัว และกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 54.10

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษาอยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 56.50 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.80 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 21.34 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

3. การสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 74.10 รองลงมาคือ มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.90

4. การเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกการรักษาแบบประคับประคองมากที่สุด ร้อยละ 45.90 รองลงมาคือ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 23.50 การปลูกถ่ายไต ร้อยละ 18.80 ขณะที่เลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 11.80 สำหรับเหตุผลในการเลือกวิธีการรักษาแต่ละวิธี พบว่าเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง คือ อายุมาก ไม่มีอาการของโรค และกลัว ตามลำดับ ส่วนเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกการรักษาแบบการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คือ ไม่มีเงินฟอกเลือด อายุมาก ไม่มีผู้ดูแล ไม่สะดวกเดินทาง ตามลำดับ เหตุผลของการเลือกการรักษาแบบการปลูกถ่ายไต คือ กลัวทรมานและกลัวเสียชีวิต ไม่มีอาการของโรค คิดว่าเป็นการรักษาที่ดีที่สุดที่จะทำให้มีชีวิตรอดยาว ตามลำดับ ขณะที่เหตุผลของการเลือกการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ กลัวการติดเชื้อ ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีอาการของโรค และรักษาตามสิทธิ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของเหตุผลประกอบการเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

การเลือกวิธีการรักษา / เหตุผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรักษาแบบประคับประคอง	39	45.90
เหตุผล		
อายุมาก	30	25.50
ไม่มีอาการของโรค	19	16.15
กลัว	17	14.45
การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง	20	23.50
เหตุผล		
ไม่มีเงินพอกเลือด	6	5.10
อายุมาก	5	4.25
ไม่มีผู้ดูแล	3	2.55
บ้านไกลไม่สะดวกเดินทาง	3	2.55
การปลูกถ่ายไต	16	18.80
เหตุผล		
กลัวทรมานและกลัวเสียชีวิต	10	8.50
ไม่มีอาการของโรค	3	2.55
คิดว่าเป็นการรักษาที่ดีที่สุดที่จะทำให้ชีวิตยืนยาว	3	2.55
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	10	11.80
เหตุผล		
กลัวการติดเชื้อ	3	3.52
ไม่มีผู้ดูแล	2	1.70
ไม่มีอาการของโรค	2	1.70
ใช้สิทธิ์เบิกได้	1	0.85

หมายเหตุ* กลุ่มตัวอย่าง 1 คน ตอบได้มากกว่า 1 เหตุผล

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการทดสอบค่า Chi-Square พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ($\chi^2 = 4.70, p = .20$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ($\chi^2 = 4.30, p = .23$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว กับการเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

ปัจจัย	การเลือกวิธีการรักษา								χ^2	p
	HD (n = 10)		PD (n = 20)		KT (n = 16)		PC (n = 39)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา										
สูง	8	9.40	8	9.40	10	11.80	22	25.90	4.70	.20
ต่ำถึงปานกลาง	2	2.40	12	14.10	6	7.10	17	20.00		
การสนับสนุนจากครอบครัว										
สูง	8	2.36	14	16.45	9	10.57	32	37.66	4.30	.23
ปานกลาง	2	9.43	6	7.05	7	8.24	7	8.24		

หมายเหตุ* HD หมายถึง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, PD หมายถึง การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง, KT หมายถึง การปลูกถ่ายไต, PC หมายถึง การรักษาแบบประคับประคอง

การอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

กลุ่มตัวอย่างเลือกการรักษาแบบประคับประคองมากที่สุด ร้อยละ 45.90 รองลงมาคือ การล้างไตช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การปลูกถ่ายไต และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 23.50, 18.80, 11.80 ตามลำดับ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกการรักษาแบบประคับประคองอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (ร้อยละ 54.10) ที่ไม่มีอาการของโรคที่รุนแรง ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 72.94) คือ แข็งแรงดี ไม่มีอาการ และช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และเมื่อพิจารณาเหตุผลของการเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลประกอบการเลือกวิธีการรักษา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง ให้เหตุผลประกอบการเลือกวิธีการรักษา คือ อายุมาก และไม่มีอาการของโรค สอดคล้องกับการศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตในผู้เป็นโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลด่านขุนทด พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุมาก ไม่มีอาการของโรคที่รุนแรง

กลุ่มตัวอย่างที่เลือกการรักษาแบบการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้เหตุผล คือ ไม่มีเงินฟอกเลือด อายุมาก ไม่มีผู้ดูแล และบ้านไกลไม่สะดวกเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มอร์ตัน และคณะ (Morton et al., 2012) ที่พบว่า การเพิ่มจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และข้อจำกัดในการเดินทาง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังปฏิเสธการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทศสิงคโปร์ที่พบว่าปัจจัยด้านการเดินทาง คือระยะทางในการเดินทางและความยากลำบากในการเดินทางไปศูนย์ไตเทียมเป็นเหตุผลที่ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังไม่เลือกรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Griva, Li, Lai, Choong, & Foo, 2013)

กลุ่มตัวอย่างที่เลือกการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต ให้เหตุผลประกอบการเลือกวิธีการรักษา คือ กลัวทรมาน และกลัวเสียชีวิต ไม่มีอาการของโรค และคิดว่าเป็นการรักษาที่ดีที่สุดที่จะทำให้มีชีวิตยืนยาว ซึ่งเหตุผลเหล่านี้อยู่บนพื้นฐานว่าในปัจจุบันการปลูกถ่ายไตได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด ทำให้ มีคุณภาพชีวิตและอัตราการ



รอดชีวิตดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง โดยไตใหม่จะทำหน้าที่ทดแทนไตเดิม (Kansarn, 2015)

กลุ่มตัวอย่างที่เลือกการเลือกการรักษาแบบการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เหตุผลประกอบการเลือกการรักษา คือ กลัวการติดเชื้อ ไม่มีผู้ดูแล การไม่มีอาการของโรค และใช้สิทธิ์เบิกได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต ในประเทศสิงคโปร์ที่พบว่าเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไม่เลือกการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องคือ กลัวการติดเชื้อ (Griva et al., 2013)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต กับ ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและวิธีการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและวิธีการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังตัดสินใจเลือกวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง คือการมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง และการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษาแต่ละวิธีอย่างเพียงพอ (Chanouzas et al., 2011; Liang et al., 2011; Morton et al., 2012; Winterbottom, Bekker, Conner, & Mooney, 2014) ผลการศึกษานี้ยังอธิบายได้ว่า การเลือกวิธีการรักษาอาจจะไม่ได้เกิดจากปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่มีปัจจัยอื่นประกอบด้วย อาทิเช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของตนเอง การไม่มีอาการของโรค อายุ รวมถึงการมีโรคร่วม ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับดี ถึงร้อยละ 72.94 เนื่องจากไม่มีอาการแสดงของกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ หรือยังไม่พบอาการของโรคที่รบกวนความสบาย เช่น อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (Thaiwong, 2016) นอกจากนี้อายุและการมีโรคร่วมยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษา โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.14 ซึ่งเป็นวัยสูงอายุและส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงร่วม จึงทำให้เลือกการรักษาแบบประคับประคองเป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชาโนซัส และคณะ (Chanouzas et al., 2011) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูงอายุและมีโรคร่วมมักเลือกการรักษาแบบประคับประคอง กล่าวโดยสรุปคือ ยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องอื่นกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ไม่เฉพาะปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา ทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

การสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต ดังเช่น การศึกษาของ อาฮมาดี, จาลาลิ, และ จาลาลิ (Ahmadi, Jalali, & Jalali, 2018) พบว่าการได้รับสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การได้รับการช่วยเหลือขณะล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้เลือกการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง และการศึกษาเชิงคุณภาพของ เวิร์ท และคณะ (Wuerth et al., 2002) ที่ศึกษาปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าคู่สมรสหรือบุคคลสำคัญในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการรักษา ซึ่งที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศที่มีลักษณะของครอบครัวแตกต่างจากบริบทของประเทศไทย การที่การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 50.60) มีลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวใหญ่ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-6 คน นอกจากนี้เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.40) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรสและบุตรหลาน ซึ่งตามบริบทของสังคมไทยที่เป็นสังคมของการพึ่งพา เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยจึงเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลกันและกันเพื่อเป็น



การทดแทนบุญคุณ เป็นหน้าที่ของลูกหลานที่ต้องปฏิบัติต่อบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือผู้มีพระคุณ (Sawatphon, Pengpinit, Sananikorn, & Srisuraphon 2017) และให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านต่าง ๆ ตามบรรทัดฐานของสังคม (Pasri, 2014) ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระ ยินดีและเต็มใจในการให้การดูแลและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเสมอ จึงทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แม้ว่าผลการศึกษาจะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัวกับการเลือกวิธีการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง แต่สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ในการกำหนดแนวทางการให้คำแนะนำการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคดังกล่าว โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายเหตุผลของการเลือกวิธีการรักษาแต่ละวิธี และกลุ่มประชากรที่เลือกการรักษาแต่ละวิธีควรมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

References

- Ahmadi, S. M., Jalali, A., & Jalali, R. (2018). Factors associated with the choice of peritoneal dialysis in Iran: Qualitative study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(7), 1253-1259.
- Chanouzas, D., Ng, K. P., Fallouh, B., & Baharani, J. (2011). What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(4), 1542-1547.
- Daengsribua, A., Topark-ngarm, A., Tatiyanupanwong, S., & Limwattananon, C. (2015). Following up of stage 5 chronic kidney disease patients managed with non-dialytic treatment. *Journal of Nursing Science & Health*, 9(2), 181-192. (in Thai)
- Griva, K., Li, Z. H., Lai, A. Y., Choong, M. C., & Foo, M. W. Y. (2013). Perspectives of patients, families, and health care professionals on decision-making about dialysis modality-the good, the bad, and the misunderstandings. *Peritoneal Dialysis International*, 33(3), 280-289.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Philippines: Addison-Wesley.
- Kansarn, N. (2015). Nursing care for patients with end stage renal disease (ESRD) having peritonitis form continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD): A case study 2 case. *Mahasarakham Hospital Journal*, 12(2), 81-91. (in Thai)



- Kannasoot, P. (1999). *Statistics for behavioral research*. Bangkok: Faculty of Education, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Kidney Disease Association of Thailand. (2017). *Clinical practice recommendation for comprehensive conservative care in chronic kidney disease 2017*. Bangkok: Text and Journal Publications. (in Thai)
- Liang, C. H., Yang, C. Y., Lu, K. C., Chu, P., Chen, C. H., Chang, Y. S., ... & Chou, K. R. (2011). Factors affecting peritoneal dialysis selection in Taiwanese patients with chronic kidney disease. *International Nursing Review*, 58(4), 463-469.
- Morton, R. L., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., Johnson, D. W., & Howard, K. (2012). Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *Canadian Medical Association Journal*, 184(5), 277-283.
- Murray, M. A., Brunier, G., Chung, J. O., Craig, L. A., Mills, C., Thomas, A., & Stacey, D. (2009). A systematic review of factors influencing decision-making in adults living with chronic kidney disease. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 149-158.
- National Health Security Office. (2012). *National health security fund management handbook, fiscal year 2013, volume 3, service budget management for chronic kidney disease*. Bangkok: Srimuang. (in Thai)
- Pasri, T. (2014). *Family's perspectives and support needs in caring for end-stage cancer patients* (Master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pungchompoo, W. (2014). Situation of palliative care in Thai elderly patients with end stage renal disease. *Nursing Journal*, 41(4). 166-177. (in Thai)
- Sawasdiwan, W. (2014). 7th PD First policy for patients and Thai society. *New Pace Journal, Joint Ideas, Building Together, Developing Health Security*, 36(7), 2-6. (in Thai)
- Sawatphol, C., Pengpinit, T., Sananikorn, A., & Srisuraphol, W. (2017). Care for elderly dependents in the Northeast of Thailand. *Journal of MCU Peace Studies*, 5(Special issue), 387-405. (in Thai)
- Thaiwong, A. (2016). *Relationship between unpleasant symptom clusters and quality of life among patients with chronic kidney disease* (Master's thesis). Mahidol University, Thailand. (in Thai)
- Thanakitjaru, P. (2015). Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *Department of Medical Services*, 40(5), 5-18. (in Thai)
- Winterbottom, A., Bekker, H. L., Conner, M., & Mooney, A. (2014). Choosing dialysis modality: decision making in a chronic illness context. *Health Expectations*, 17(5), 710-723.
- Wuerth, D. B., Finkelstein, S. H., Schwetz, O., Carey, H., Klinger, A. S., & Finkelstein, F. O. (2002). Patients' descriptions of specific factors leading to modality selection of chronic peritoneal dialysis or hemodialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 22(2), 184-190.



Empowering Caregivers of Persons with Spinal Cord Injury: A Case Study*

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง: กรณีศึกษา*

ัญลักษณ์	จิตประเสริฐ**	Tanyalak	Jitprasert**
พิกุล	พรพิบูลย์***	Pikul	Pjornphibul***
จันทร์ฉาย	โยธาใหญ่****	Chanchai	Yothayai****

Abstract

A spinal cord injury (SCI) often causes permanent changes in body functions below the site of the injury. Family caregivers must provide continuity of care when the patient is discharged from the hospital. The burdens of caregiving may include not only physical tasks but also socioemotional demands. At the same time, caregivers must balance caregiving with their own life activities. This case study research aimed to describe the process and outcomes of empowering caregivers of persons with SCI. The purposive sample consisted of five caregivers of persons with SCI with serious disabilities who received medical services at a university hospital in Chiang Mai province. All participants were empowered for 8 weeks to gain a sense of mastery in caregiving roles and in managing their own life situations using the family caregiver empowerment manual developed by the researcher. The researcher took notes on important activities for each step of the empowerment process and collected data using the questionnaires before and after entering the empowerment process. The research instruments were composed of the empowerment protocol for caregivers of persons with SCI, developed by the researcher, and a handout for the caregivers. The instruments for data collection were composed of the sense of mastery in caregiving roles questionnaire and the sense of mastery in life situations of caregivers' questionnaire. Qualitative data were content analyzed to describe the strategies used in the empowerment process. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The results of this study were as follows:

1. There were eleven strategies used in the empowerment process among caregivers of persons with SCI: Creating an appropriate atmosphere and environment; establishing and maintaining a good relationship; respecting individuals; reflective questioning; supporting knowledge and information; offering possible alternative options; counselling; offering examples of best practices; training for new caring tasks; providing positive feedback; and summarizing the key issues.
2. After participating in the empowerment process, all the caregivers had a higher sense of mastery in the role of caregiver of persons with SCI than before entering the process.
3. After participating in the empowerment process, all caregivers of persons with SCI had a higher sense of mastery in managing their own life situations than before entering the process.

The findings of this study can be used in developing the ability of caregivers of persons with SCI who have serious disabilities and the empowerment process should be continued from hospital to home. An experimental design with a larger sample size was recommended for further research to ascertain the effectiveness of family caregiver empowerment on their health outcomes as well as the health outcomes among persons with SCI.

Keywords: Empowerment; Sense of mastery; Caregivers; Persons with spinal cord injury

* 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: sairong@outlook.co.th

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

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

Received 27 September 2018; Revised 1 November 2018; Accepted 22 November 2018



บทคัดย่อ

การบาดเจ็บไขสันหลังมักเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายบริเวณที่อยู่ต่ำกว่าบริเวณบาดเจ็บอย่างถาวร ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การดูแลไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังต้องครอบคลุมไปถึงการดูแลตามความต้องการด้านอารมณ์และสังคม ในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ต้องรักษาสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับการจัดการกิจกรรมในชีวิตของตนเองด้วย การวิจัยแบบกรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายกระบวนการและผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่างเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 5 ราย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีความพิการรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการจัดการในบทบาทการดูแล และการจัดการสถานการณ์ชีวิตของตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตามคู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยทำการบันทึกกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังสำหรับผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และแบบประเมินความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์จัดหมวดหมู่เพื่ออธิบายกลยุทธ์ที่ใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีทั้งหมด 11 กลยุทธ์ ได้แก่ การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี การยอมรับในความเป็นบุคคล การใช้คำถามสะท้อนคิด การสนับสนุนด้านความรู้และข้อมูล การเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ การให้คำปรึกษา การเสนอกรณีตัวอย่าง การสนับสนุนด้านการปฏิบัติ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และการสรุปประเด็น
2. ภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทุกรายมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการ
3. ภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทุกรายมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาแบบทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อผลลัพธ์สุขภาพทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถในการจัดการ ผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sairong@outlook.co.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) เป็นสภาวะที่เนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทไขสันหลังรวมถึงรากประสาทที่อยู่ในโพรงของกระดูกสันหลังได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บ ซึ่งผลจากการบาดเจ็บทำให้มีภาวะสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึก และการควบคุมการทำงานของลำไส้และกระเพาะปัสสาวะ รวมถึงปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นการทำงานร่วมกันของเซลล์ประสาท (reflexes) ซึ่งเป็นปัญหาของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยมีรายงานในสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2556 พบประมาณ 40-80 ล้านคน (Bickenbach, Alana Shakespeare, von Groote, World Health Organization, & International Spinal Cord Society, 2013) พบอุบัติการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.2 เป็นร้อยละ 22.5 ในช่วงปี พ.ศ. 2515-2522 ถึง พ.ศ. 2553-2558 และในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.9 เป็นร้อยละ 1.8 ในช่วงปี พ.ศ. 2515-2522 ถึง พ.ศ. 2553-2558 (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2015) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานสถิติการบาดเจ็บไขสันหลังอย่างเป็นทางการ แต่พบรายงานสถิติในระดับโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีจำนวนผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2558 จำนวน 48, 51, 35, 26 และ 20 ราย (Medical record and statistics unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2011-2015) การบาดเจ็บไขสันหลังที่รุนแรงนี้ถือเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพ และมีผลกระทบต่อทั้งบุคคลที่บาดเจ็บและครอบครัว

การบาดเจ็บที่ไขสันหลังมีผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ที่ประสบ ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Post, Adriaansen, Charlifue, Biering-Sorensen, & van Asbeck, 2016) การพร่องความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์จิตใจ ทำให้เกิดความเครียด และมีอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่คงที่ (Mueanchoo, Keeratiyutawong, & Wachirawut, 2016) อีกทั้งยังกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป (Nogueira, Rabeh, Caliri, & Dantas, 2016) ผู้บาดเจ็บไขสันหลังจึงกลายเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีความจำเป็นและต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือ และเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างเรื้อรัง (Vagharseyyedin & Molazem, 2013)

ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม สิ่งแวดล้อม ด้านร่างกายผู้ดูแลมีบทบาทช่วยดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการช่วยเหลือเคลื่อนไหวในอิริยาบถต่าง ๆ การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (Zandrow, 2015) ด้านจิตใจ อารมณ์ ผู้ดูแลต้องรับมือกับความรู้สึกที่ไม่มั่นคงของผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่เป็นผลมาจากภาวะเครียดภายหลังการเจ็บป่วย และพร่องความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง รวมถึงการปรับตัวทางสังคม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Nogueira et al., 2016) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีบทบาทในการดูแลทุก ๆ ด้านในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และมักเกิดความรู้สึกถึงการมีภาระที่หนักเกินความสามารถของตนเอง (Nogueira et al., 2016) ซึ่งในบริบทครอบครัวไทย สมาชิกในครอบครัวมักจะทำให้ความสำคัญ ทุ่มเท และเอาใจใส่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวตนเองเป็นอย่างมากจากสายใยความห่วงใย ความรักความผูกพันในครอบครัว รวมถึงความคาดหวังทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จึงทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในหลาย ๆ เรื่องที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลเองตามมา

ภาระที่เกิดจากการดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Mueanchoo et al., 2016) ด้านร่างกายจากการใช้เวลาหลายชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน อาจมีสุขภาพทรุดโทรมลง มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ (Graca, Nascimento, Lavado, & Garanhan, 2013) ด้านอารมณ์ จิตใจ ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับอารมณ์ที่ไม่คงที่ของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และมี



ความกังวลเรื่องการดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ วิตกกังวล และแสดงออกถึงอารมณ์โกรธ ไม่พึงพอใจ (Ebrahimzadeh et al., 2014) ด้านสังคมความเป็นอยู่ การทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมักทำให้มีเวลาสำหรับกิจกรรมทางสังคมลดลง อาจมีสัมพันธภาพทางสังคมกับบุคคลรอบข้างหรือเพื่อนฝูงลดลง มีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจลดลง และขาดการเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง (Mueanchoo et al., 2016) ด้านเศรษฐกิจการเงิน การที่สมาชิกในครอบครัวมีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ขาดรายได้ และกระทบต่อการเงินของครอบครัว (Ma, Chan, & Carruthers, 2014) ปัญหาดังกล่าวของผู้ดูแลจะรุนแรงมากขึ้น ถ้าผู้ดูแลมีศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังไม่เพียงพอ หรือมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องไม่เพียงพอ ส่งผลให้รู้สึกไร้ความสามารถ ขาดความมั่นใจในตนเอง และสูญเสียอำนาจในการควบคุม หรือการจัดการในฐานะผู้ดูแล (Lude, Kennedy, Elfstrom, & Ballert, 2014) การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญยิ่งสำหรับระบบบริการสุขภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่เกิดจากการเรียนรู้ และการจัดการอย่างมีวิจารณญาณกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาตนเอง (self-development) เกิดความรู้สึกถึงอำนาจในการควบคุม (sense of control) และความสามารถในการจัดการ (mastery) ซึ่งเป็นผลดีสำหรับผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล สำหรับผลที่เกิดขึ้นมาที่เห็นได้ถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมคือ ความสามารถในการจัดการ ช่วยเหลือสนับสนุนผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งความสามารถในการจัดการช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสามารถและการปรับตัว ตลอดจนสร้างความรู้สึกรับรู้เชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ทั้งในการดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และการดูแลตนเอง (Nogueira et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งเป็นการศึกษาวิธีการช่วยเหลือเฉพาะเรื่อง มีการวัดผลเฉพาะด้านซึ่งมีความหลากหลาย และเน้นเฉพาะบทบาทด้านการดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังของผู้ดูแลเท่านั้น ยังไม่พบรายงานการศึกษาที่ครอบคลุมในทุกมิติของการดูแลผู้ป่วย และการจัดการสถานการณ์ในชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการดูแลและสนับสนุนอย่างเป็นองค์รวม

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลที่ผ่านมา พบการศึกษาในผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1995) ในหลายกลุ่มโรค เช่น ในผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ครอบครัวผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นต้น ซึ่งพบว่าผลการศึกษาล้วนสามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจในตนเอง มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้น ช่วยลดความรู้สึกรับรู้ภาระของผู้ดูแล ลดการเกิดผลกระทบต่อนักดูแล และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Jaywan, Nantachaipan, & Thongchai, 2016) โดยมีการวัดผลลัพธ์ที่หลากหลาย ได้แก่ พลังอำนาจของผู้ดูแล พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ภาระของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และยังไม่พบรายงานการศึกษาลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านความสามารถในการจัดการตามบทบาทผู้ดูแล และการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังมาก่อน

ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง มีความบกพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Ratanapol, 2016) อีกทั้งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งกลยุทธ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Gibson, 1993) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังโดยใช้กรณีศึกษา และใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) มาเป็นกรอบในการศึกษา



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังใน 2 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และ 2) การรับรู้ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในการประเมินบริบทของเหตุการณ์ กระบวนการระหว่างการดำเนินการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อมุ่งประเมินความสำเร็จของการกระทำหรือกิจกรรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังแต่ละกรณี ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสิ่งที่เกิดขึ้นหรือกระบวนการที่เกิดขึ้น 2) การประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น และ 3) การประเมินความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) มาใช้ในการดำเนินการศึกษากลยุทธ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการทำกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และลงมือกระทำใน 4 ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และศึกษาผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และการจัดการสถานการณ์ชีวิตตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในรูปแบบกรณีศึกษาเพื่อประเมินผลของโปรแกรม (case study to evaluate the program)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับที่สามารถวิเคราะห์และสรุปประเด็นที่ศึกษาได้อย่างชัดเจนในการศึกษารายกรณี คือ จำนวน 5 ราย (Creswell, 2013)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทั้งที่อยู๋โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นค่าตอบแทนในการดูแล 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 4) มีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่อยู๋ในความดูแล ที่มีสาเหตุเกิดจากการบาดเจ็บที่ได้รับแรงกระทำจากภายนอก (traumatic) และที่เกิดจากโรคหรือความผิดปกติของไขสันหลัง (non-traumatic) ไม่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือมีความสามารถในระดับต่ำ คือ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-45 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งได้จากการประเมินตามแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Barthel's Activity Daily Living index) ที่สร้างโดย มาร์โฮนี และ บาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) และอยู่ในระยะพักฟื้น โดยแพทย์มีแผนการรักษาในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังสำหรับผู้ดูแล



3. สมุดบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 3 ราย พบว่ามีความเป็นไปได้ในการทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบประเมินความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 19 ข้อ โดยสอบถามการรับรู้ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อข้อความนั้นในแต่ละข้อตั้งแต่ 0 คะแนน คือ มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด ไปจนถึง 10 คะแนน คือ มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด พร้อมทั้งการเขียนอธิบายความรู้สึกของผู้ดูแลในแต่ละข้อ

3. แบบประเมินความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 7 ข้อ โดยสอบถามการรับรู้ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อข้อความนั้นในแต่ละข้อตั้งแต่ 0 คะแนน คือ มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด ไปจนถึง 10 คะแนน คือ มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด พร้อมทั้งการเขียนอธิบายความรู้สึกของผู้ดูแลในแต่ละข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย และแบบประเมินได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.91 และ 1 ตามลำดับ และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.93 และ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย วิธีรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมในการวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล นำเสนอในภาพรวม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ตามคู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง 4 ขั้นตอน เป็นรายบุคคล โดยอาศัยวิธีการหรือกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

1. พบกลุ่มตัวอย่างตามแผนกิจกรรมตลอดโครงการ โดยนัดหมายพบทุก 1 สัปดาห์ ในเดือนแรกของการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน สำหรับการทำกิจกรรมครั้งที่ 1-4 และครั้งที่ 5-6 โดยติดตามเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ในเดือนที่ 2 เพื่อติดตามประเมินผลและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ซึ่งแต่ละครั้งที่พบกรณีศึกษาใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง)

2. ประเมินผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจครบ 4 ขั้นตอน ในครั้งที่ 6 โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ



ไขสันหลัง และแบบประเมินความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และสรุปประเด็นผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง 2 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และ 2) การรับรู้ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและผู้บาดเจ็บไขสันหลัง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และการรับรู้ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังเป็นเพศหญิง จำนวน 3 ราย เพศชาย จำนวน 2 ราย ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ($\bar{X} = 56.6$, $SD = 12.85$) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายและมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายไม่เหลือเก็บ เท่ากัน ร้อยละ 40 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60 และมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ร้อยละ 40 ส่วนผู้บาดเจ็บไขสันหลัง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย ร้อยละ 40 มีอายุอยู่ในช่วง 30-60 ปี ($\bar{X} = 47$, $SD = 7.31$) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ เท่ากัน ร้อยละ 40 มีระดับศึกษาอยู่ในช่วงปริญญาตรี ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 40 และส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติงานประจำวันได้เลย

ส่วนที่ 2 กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

การดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง 4 ขั้นตอน ในครั้งที่ 1-4 ตามลำดับขั้นตอน โดยใช้กลยุทธ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในการดำเนินการ พบว่ากลยุทธ์ที่นำมาใช้ในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง	ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ	ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม	ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
- การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	- การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	- การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	- การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม
- การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี	- การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี	- การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี	- การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี
- การยอมรับในความเป็นบุคคล	- การยอมรับในความเป็นบุคคล	- การยอมรับในความเป็นบุคคล	- การยอมรับในความเป็นบุคคล



ตารางที่ 1 กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (ต่อ)

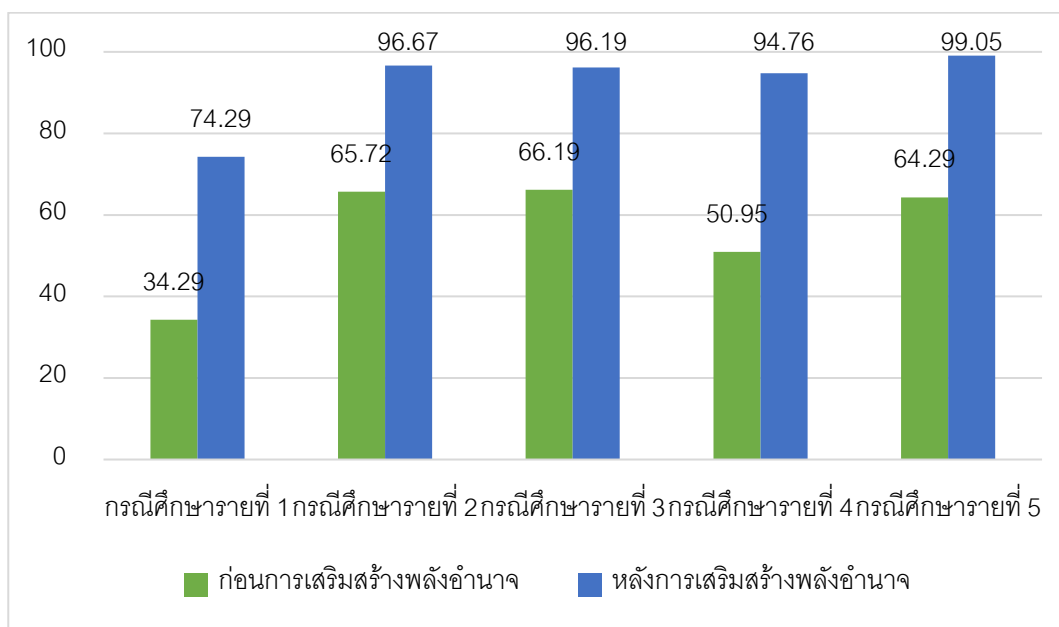
ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์ จริง	ขั้นตอนที่ 2 การ สะท้อนคิดอย่างมี วิจารณญาณ	ขั้นตอนที่ 3 การ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ที่เหมาะสม	ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง
- การใช้คำถามสะท้อน คิด	- การใช้คำถามสะท้อน คิด	- การใช้คำถามสะท้อน คิด	- การใช้คำถามสะท้อน คิด
- การสนับสนุนด้าน ความรู้และข้อมูล	- การเสนอทางเลือกที่ เป็นไปได้	- การเสนอกรณีตัวอย่าง	- การให้ข้อมูลสะท้อน กลับ
- การสรุปประเด็น	- การให้คำปรึกษา	- การสนับสนุนด้านการ ปฏิบัติ	- การสรุปประเด็น

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจครบ 4 ขั้นตอนแล้ว เกิดผลลัพธ์ที่ตามมา 2 ด้าน ดังนี้

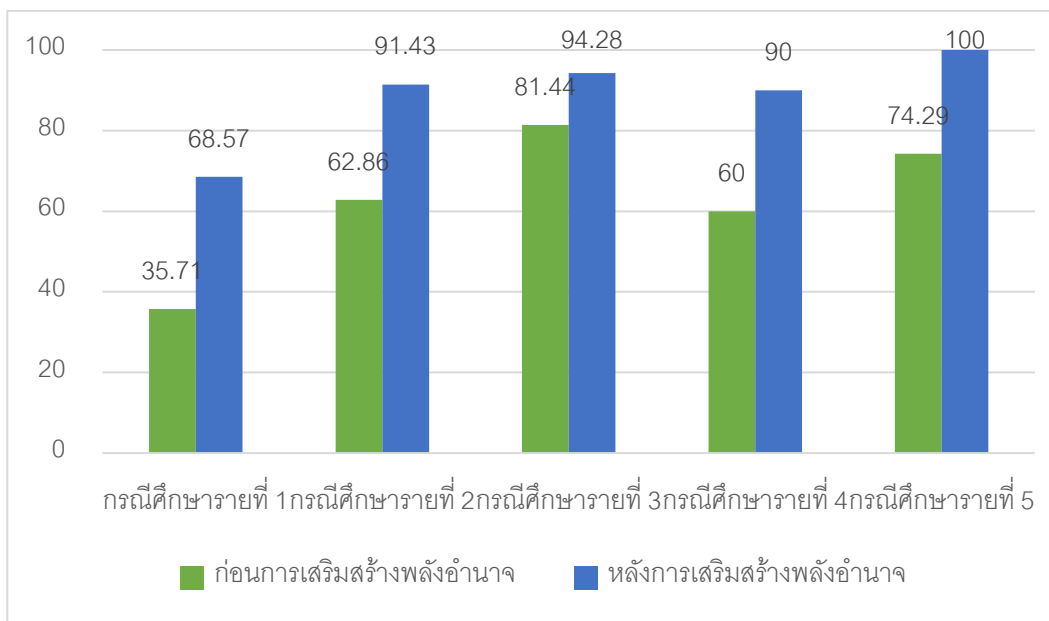
1. การรับรู้ความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการทุกราย ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กราฟแสดงการเปรียบเทียบร้อยละของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ



2. การรับรู้ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการทุกราย ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กราฟแสดงการเปรียบเทียบร้อยละของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิต ของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ



การอภิปรายผล

ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์ที่ได้ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละขั้นตอน และผลลัพธ์ที่ได้จากการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง มีกลยุทธ์ที่นำมาใช้ทั้งสิ้น 11 กลยุทธ์ อภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัว เงียบ สงบ และปราศจากการรบกวนในขณะที่สนทนา ซึ่งความเงียบสงบปราศจากการถูกรบกวนจากสิ่งต่าง ๆ ภายนอก ทำให้บุคคลมีสมาธิในการสะท้อนคิด วิเคราะห์ ทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (Hawks, 1992) นอกจากนี้การมีความเป็นส่วนตัว จะทำให้บุคคลกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวตามความเป็นจริง ส่งผลให้มีบรรยากาศที่ดีต่อการมีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกัน เอื้อให้สามารถเรียนรู้และลงมือกระทำในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจดำเนินไปได้บรรลุผลสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ (Janejob, 1999) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่เอื้อให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนต่าง ๆ ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องเป็นอย่างดี

1.2 การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และในการเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น มีความเป็นกันเอง ซึ่งเป็นจุดกำเนิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับนับถือ และส่งผลให้บุคคลนั้นกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเองตามความเป็นจริง และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Bakhshi, Shojaeizadeh, Sadeghi, Taghdisi, & Nedjat, 2017) ช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจดำเนินไปได้จนบรรลุผลสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ (Janejob, 1999) และ การศึกษาของ อัมพวรรณ ถากาศ (Takad, 2005) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจ



ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกสุขภาพจิต พบว่ามีการนำวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีมาใช้ในการทุกขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและไว้วางใจผู้วิจัย

1.3 การยอมรับในความเป็นบุคคล เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยความรู้สึกความคิดของตนเองอย่างเต็มที่ รวมถึงการยอมรับในความสามารถ ซึ่งการได้รับการยอมรับจากผู้อื่นจะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเสริมสร้างให้มีความมั่นใจในการกระทำต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุม และส่งผลให้มีความสามารถในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ คาเนียน, กัฟฟารี, อลิพอร์ และ โฟโทเคียน (Khanian, Ghaffari, Alipoor, & Fotokian, 2020) ศึกษาการออกแบบและตรวจสอบระดับของการมีพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายบุคคล พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถใช้ในการดูแลสุขภาพและให้การรักษาน่าผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) และจัดการกับโรคประจำตัวของตนเองได้ และสิ่งสำคัญคือ บุคลากรทางสุขภาพต้องเข้าใจและยอมรับในความเป็นบุคคลและความสามารถส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดำเนินไปได้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย และการศึกษาของ เมธิณี จันติยะ (Jantiya, 2002) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการยอมรับในความเป็นบุคคลช่วยให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละขั้นตอนประสบผลสำเร็จ

1.4 การใช้คำถามสะท้อนคิด เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 1 ช่วยให้เห็นถึงสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นได้ ขั้นตอนที่ 2 ช่วยให้เห็นทางเลือกทางเลือกวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาได้ ขั้นตอนที่ 3 ช่วยให้เกิดการคิดทบทวน วิเคราะห์ เปรียบเทียบทางเลือกที่มีอยู่ในการปรับปรุงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองได้ และขั้นตอนที่ 4 ช่วยให้เกิดการคิด วิเคราะห์ ประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติของตนเอง เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีและประโยชน์จากการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความตระหนักและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติต่อไปได้ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ใช้กระบวนการคิดเชิงเหตุและผล วิเคราะห์ ทบทวนเกี่ยวกับเรื่องราว สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ ช่วยให้ได้อธิบายสรุปร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ และสามารถเจาะลึกในประเด็นสำคัญ ๆ ได้ (Higginbotham, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพวรรณ ธากาศ (Takad, 2005) ที่พบว่าการใช้คำถามในการสะท้อนความคิดความรู้สึกของผู้ดูแลในการสนทนาเรื่องต่าง ๆ และการกระตุ้นถามซ้ำช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการเสริมสร้างพลังอำนาจแต่ละขั้นตอนได้

1.5 การสนับสนุนด้านความรู้และข้อมูล เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริง ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้และมีความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ (Hanucharoenkul, Konggumnerd, & Tantayotai, 2000) รวมทั้งการมีข้อมูลที่ถูกต้องในประเด็นต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในตนเองที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองได้ทั้งในการดูแลผู้ป่วยไขสันหลังและการจัดการกับสถานการณ์ชีวิตของตนเอง (Gibson, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ พนาร์ตัน เจนจบ (Janejob, 1999) ที่พบว่าการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความรู้ของตนเอง และสามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้

1.6 การเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดมุมมองใหม่ ๆ ในทางเลือกที่จะปรับปรุงคุณภาพในการจัดการหรือแก้ปัญหาสิ่งต่าง ๆ ซึ่งช่วยให้มีแนวทางในการจัดการทั้งต่อการดูแลผู้ป่วยและต่อชีวิตผู้ดูแลเอง การเสนอทางเลือกจึงเป็นการนำเสนอความคิดเห็นระหว่างกันเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา (Blaak, Openjuru, & Zeelen, 2013) ช่วยให้บุคคลมีการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบถึงทางเลือกต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง เกิดมุมมองใหม่และทำให้มี



ทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ (Gibson, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ พนาร์ตัน เจนจบ (Janejob, 1999) ที่พบว่ามีการใช้วิธีการเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ในการร่วมกันหาแนวทางเลือกที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหา โดยสามารถช่วยสนับสนุนให้บุคคลค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการจัดการแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี

1.7 การให้คำปรึกษา เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 2 ให้คำปรึกษาโดยเน้นเกี่ยวกับทางเลือกที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ซึ่งบุคคลเมื่อได้รับคำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ และเกิดมีความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นมีทางออก ทำให้บุคคลมีทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ และช่วยให้เกิดการพัฒนาดตนเอง นำไปสู่การตัดสินใจสรรหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจในทางเลือกที่ช่วยให้มีข้อมูลในการคิดวิเคราะห์และใช้เหตุผลในการตัดสินใจเลือกที่จะเรียนรู้และจดจำวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดกับตนเอง (Gibson, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ อิกกินส์, ดาวนิส, วาเลย์, โดเฮอร์ตี, และ เอลเลียตต์ (Higgins, Downes, Varley, Doherty, & Elliott, 2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนและเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคลมชักในพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก โดยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชัก พบว่าการให้คำปรึกษาเป็นกิจกรรมหนึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้ที่นำไปสู่การมีความมั่นใจในการจัดการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง สามารถวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง และยังช่วยในการจัดการให้มีสุขภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วยเองอีกด้วย และการศึกษาของ โรดริเกส, พาริสต์, บาร์-รอส และ สแลนเทอร์รา (Rodrigues, Parisod, Barros, & Salantera, 2021) ที่ศึกษาการวัดผลการให้คำปรึกษาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพพื้นฐานเบื้องต้นกับคุณสมบัติทางจิตวิทยาของการปรับภาษาโปรตุเกสต่อระดับการพูดเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ในพยาบาลเจ้าของไข้ที่ให้การดูแลเด็กและครอบครัวผู้ดูแล พบว่าการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีพลังอำนาจ สามารถจัดการดูแลบุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลเองได้นั้น ผู้ที่ทำการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องได้รับการฝึกพูดและมีทักษะในการพูดให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้อื่นมีพลังอำนาจที่เป็นคุณสมบัติทางจิตวิทยา ให้บุคคลนั้น ๆ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการช่วยให้บุคคลมีพลังอำนาจและมีความมั่นใจในการจัดการดูแลบุคคลในครอบครัวของตนเองได้เป็นอย่างดี

1.8 การเสนอกรณีตัวอย่าง เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นตอนที่ 3 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกในแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ เป็นการกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์วิจารณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการของกรณีตัวอย่าง ทำให้เกิดมุมมองใหม่และมีแนวทางในการเลือกปฏิบัติต่าง ๆ มีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง (Hanucharoenkul et al., 2000) มีกำลังใจและความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ให้ดีขึ้น และสนับสนุนความเป็นไปได้ในการปรับปรุงให้สถานการณ์ดีขึ้น (Gibson, 1993) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พนาร์ตัน เจนจบ (Janejob, 1999) และ การศึกษาของ อัมพวรรณ ธากาศ (Takad, 2005) ที่พบว่า การเสนอกรณีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการปรับปรุงสถานการณ์ของตนเองมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปรับปรุงสถานการณ์ของตนเองได้เป็นอย่างดี

1.9 การสนับสนุนด้านการปฏิบัติ เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นตอนที่ 3 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่จะต้องมีการลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ได้ตัดสินใจเลือก โดยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งการยกตัวอย่าง หรือการแสดงบทบาทสมมติ และการให้มีส่วนร่วมในการกระทำ จะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจมากขึ้นและสามารถลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือกได้ (Takad, 2005) นอกจากนี้การกำกับติดตาม เป็นการช่วยให้บุคคลมีการสังเกตประเมินตนเอง และรับรู้ถึงความสามารถในการ



ปฏิบัติของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของตนเอง และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีการเพิ่มความรู้ความสามารถด้วยตนเอง เกิดการเรียนรู้วิธีปฏิบัติที่ดีเพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Judy, 1989) สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ (Janejob, 1999) และการศึกษาของ ลาลิน เจริญจิตต์ (Charoenchit, 2016) ที่พบว่ามีการใช้วิธีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ และการกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง ในการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการลงมือปฏิบัติ

1.10 การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้ข้อมูลสะท้อนกลับการปฏิบัติที่ได้กระทำจะช่วยให้บุคคลเห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีและมีประโยชน์จากการปฏิบัติของตนเองอย่างแท้จริง ทำให้บุคคลมีความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง และช่วยให้เกิดความตระหนักในสิ่งที่ควรปฏิบัติ มีแรงจูงใจและกำลังใจที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการปรับปรุงสถานการณ์นั้น ๆ ในครั้งต่อไปได้ (Gibson, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ (Janejob, 1999) และ การศึกษาของ ลาลิน เจริญจิตต์ (Charoenchit, 2016) ที่พบว่ามีการใช้วิธีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับในการประเมินผลย้อนกลับเชิงบวกจากการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ที่สามารถช่วยเป็นแรงผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง

1.11 การสรุปประเด็น เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 1 เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ ขั้นตอนที่ 2 เกี่ยวกับทางเลือก ขั้นตอนที่ 3 เกี่ยวกับทางเลือกที่เลือกปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 การเน้นการสรุปการปฏิบัติที่ได้ผลดีและสรุปบทเรียนที่ได้รับจากการปฏิบัติหรือการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการสรุปประเด็นร่วมกันภายหลังจากมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกในเรื่องต่าง ๆ แล้ว จะช่วยให้มีข้อสรุปที่ชัดเจนมากขึ้นในประเด็นต่าง ๆ ของแต่ละขั้นตอน เกิดความเข้าใจในสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง และสามารถตอบสนองความต้องการหรือแก้ไขสถานการณ์ของบุคคลนั้นได้ (Gibson, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพวรรณ ธาภาศ (Takad, 2005) ที่พบว่ามีการใช้วิธีการสรุปประเด็นในการพิจารณาร่วมกันในประเด็นปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนมากขึ้น สามารถช่วยให้เกิดขั้นตอนของการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมได้เป็นอย่างดี

จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่บุคคลจะผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแต่ละขั้นตอนได้ ต้องอาศัยกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน เพื่อให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุม ส่งผลให้มีความรู้สึกตระหนักว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ และเกิดการรับรู้ความรู้สึกมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ตามมา

2. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยไขสันหลัง

การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นตามที่อธิบายไว้โดย กิบสัน (Gibson, 1993) คือ เมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์ และได้มีการลงมือปฏิบัติและพบทวนหรือสะท้อนผลของการปฏิบัติ จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงอำนาจในการควบคุมมากขึ้น คือ เกิดความตระหนักว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการจัดการ ซึ่งสามารถนำมาอธิบายผลของการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไขสันหลังที่มีการปรับเปลี่ยนบทบาทการดูแลและการจัดการกับชีวิตส่วนตัวของตนเองแล้ว เมื่อมีการสะท้อนคิดและสรุปบทเรียนที่ได้รับ ย่อมก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแล และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการชีวิตตนเองของผู้ดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นทุกด้านอีกด้วย



การประเมินความสามารถในการจัดการดังกล่าว สามารถวัดประเมินผลได้หลายวิธี ทั้งจากการสังเกต พฤติกรรม การสอบถามจากบุคคล และการตอบแบบสอบถาม ผ่านการรายงานการรับรู้ความรู้สึกของแต่ละบุคคล (Infurna, Gerstorf, & Zarit, 2013) ซึ่งมีวิธีการแตกต่างกันไปตามลักษณะที่ทำการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการประเมินผลลัพท์ โดยใช้วิธีการสอบถามและให้ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังรายงานการรับรู้ความรู้สึกถึงความสามารถในการจัดการของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้ความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ประเมินผลได้จากการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ส่วนการจัดการสถานการณ์ชีวิตของตนเองของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจทางการเงิน

ความเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการตามบทบาทของผู้ดูแล ยังเห็นได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมา แม้ว่าจะไม่ใช่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังโดยตรง แต่ก็เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่มีความบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่ เช่น การศึกษาของ สมคิด ปุณณะศิริ, จินต์จุฑา รอดพาล, สมคิด ตรีราณี, และ วิราวรรณ จันทมูล (Punasiri, Rodphal, Treerapee, & Chanthamul, 2009) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่พร่องความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและต้องมีการปรับพฤติกรรม พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ กิบสัน สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ สนับสนุนว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยในความดูแลได้

การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการชีวิตตนเองของผู้ดูแล เป็นผลลัพธ์ที่ดีอีกด้านที่เป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนเองได้ ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเห็นได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมา ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เช่น การศึกษาของ โบเล และคณะ (Boele et al., 2013) ที่ศึกษาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสามารถในการจัดการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีเนื้องอกไกลิโอมา (glioma) ระยะรุนแรง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่พร่องความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และการปรับตัวในการใช้ชีวิตในขณะที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแล พบว่าการช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถในการจัดการ สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยได้และช่วยให้ผู้ดูแลยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวจัดการกับชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวของตนเองได้ สนับสนุนว่าการมีความสามารถในการจัดการสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการชีวิตของตนเองได้

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการควบคุม จัดการสถานการณ์ตามบทบาทของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และความสามารถในการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังได้ โดยอาศัยการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ควรมีการอบรมและพัฒนาทักษะของพยาบาลในการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนดำเนินการใช้
2. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังไปใช้กับระบบการพยาบาลที่มีการมอบหมายงานในลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้ เนื่องจากต้องใช้พยาบาลคนเดิมหรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี



(Nurse case manager) ในการติดตามเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลทุกขั้นตอนของกระบวนการ ซึ่งต้องอาศัยความต่อเนื่องของพยาบาลคนเดิมในการสื่อสารและความเข้าใจผู้ดูแลในการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจแต่ละขั้นตอน โดยไม่สามารถแยกส่วนให้ผู้อื่นดำเนินการแทนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบทดลองโดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมเพื่อยืนยันความตรงภายในและภายนอกของผลการวิจัยมากขึ้น
2. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามเพื่อประเมินความยั่งยืนของการรับรู้ความสามารถในการจัดการในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังระยะยาวต่อไป
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในด้านผลลัพธ์สุขภาพของทั้งผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

References

- Bakhshi, F., Shojaeizadeh, D., Sadeghi, R., Taghdisi, M. H., & Nedjat, S. (2017). The relationship between individual empowerment and health-promoting lifestyle among women NGOs in Northern Iran. *Electronic Physician*, 9(2), 3690-3698. doi: 10.19082/3690
- Bickenbach, J., Alana Shakespeare, T., von Groote, P., World Health Organization, & International Spinal Cord Society. (2013). *International perspectives on spinal cord injury*. Malta: World Health Organization.
- Blaak, M., Openjuru, G. L., & Zeelen, J. (2013). Non-formal vocational education in Uganda: Practical empowerment through a workable alternative. *International Journal of Educational Development*, 33(1), 88-97.
- Boele, F. W., Hoebe, W., Hilverda, K., Lenting, J., Calis, A-L., Sizoo, E. M., ... Klein, M. (2013). Enhancing quality of life and mastery of informal caregivers of high-grade glioma patients: A randomized controlled trial. *Journal of Neuro-Oncology*, 111(3), 303-311. doi: 10.1007/s11060-012-1012-3
- Charoenchit, L. (2016). *Empowerment in persons undergone coronary artery bypass grafting: A case study* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (6th ed.). Los Angeles: SAGE.
- Ebrahimzadeh, M. H., Shojae, B. S., Golhasani, F., Moharari, F., Kachooei, A. R., & Fattahi, A. S. (2014). Depression, anxiety and quality of life in caregiver spouses of veterans with chronic spinal cord injury. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(3), 133-136.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mother of chronically ill children* (Unpublished doctoral dissertation). Boston College, USA.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.



- Graca, A., Nascimento, M. A., Lavado, E. L., & Garanhani, M. R. (2013). Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 79-83.
- Hanucharoenkul, S., Konggumnerd, R., & Tantayotai, V. (2000). *Health promotion: Concept, theory and nursing practice*. Nakhon Si Thammarat: Walailak University. (in Thai)
- Hawks, J. H. (1992). Empowerment in nursing education: Concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Advanced Nursing*, 17(5), 609-618.
- Higginbotham, J. (2015). *Using reflective questions to empower parents-a table talk Wednesday recap*. Retrieved from <http://www.eiexcellence.org/using-reflective-questions-to-empower-parents-a-table-talk-wednesday-recap/>
- Higgins, A., Downes, C., Varley, J., Doherty, C., & Elliott, N. (2019). Supporting and empowering people with epilepsy: Contribution of the epilepsy specialist nurses. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 71(2019), 42-49.
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Zarit, S. H. (2013). Substantial changes in mastery perceptions of dementia caregivers with the placement of a care recipient. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(2), 202-214.
doi: 10.1093/geronb/gbs063
- Janejob, P. (1999). *Empowerment in patient with rheumatoid arthritis*. (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Jantiya, M. (2002). *Effect of empowerment program on health behaviors among persons with chronic obstructive pulmonary disease*. (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Jaywan, P., Nantachaipan, P., & Thongchai, C. (2016). Effects of empowerment on perceived caring capabilities among caregivers of patients with traumatic brain injury. *Nursing Journal*, 43(1), 95-106.
- Judy, K. (1989). Self-observation: An empowerment strategy in assessment. *Social Casework*, 70(5), 276-284. doi: 10.1177/104438948907000503
- Khanian, Z. S., Ghaffari, F., Alipoor, Z. J., & Fotokian, Z. (2020). Designing and validating the empowerment scale for the older individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Heliyon*, 6(5), 1-11.
- Lude, P., Kennedy, P., Elfstrom, M. L., & Ballert, C. S. (2014). Quality of life in and after spinal cord injury rehabilitation: A longitudinal multicenter study. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 197-207. doi: 10.1310/sci2003-197
- Ma, V. Y., Chan, L., & Carruthers, K. J. (2014). Incidence, prevalence, costs, and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the United States: Stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, limb loss, and back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(5), 986-995. doi: 10.1016/j.apmr.2013.10.032



- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Medical Record and Statistics Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2011-2015). *Persons with spinal cord injury annual report*. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (in Thai)
- Mueanchoo, S., Keeratiyutawong, P., & Wachirawut, W. (2016). Predictive factors in stress-coping ability of caregivers of spinal cord injury patients. *The Journal of Nursing Council*, 31(1), 124-136. (in Thai)
- National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2015). *Spinal cord injury model systems annual statistical report - complete public version*. Birmingham, AL: Author.
- Nogueira, P. C., Rabeh, S. A., Caliri, M. H. L., & Dantas, R. A. (2016). Health-related quality of life among caregivers of individuals with spinal cord injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(1), 28-34. doi: 10.1097/JNN.0000000000000177
- Post, M. W. M., Adriaansen, J. J. E., Charlifue, S., Biering-Sorensen, F., & van Asbeck, F. W. A. (2016). Good validity of the international spinal cord injury quality of life basic data set. *Spinal Cord*, 54(4), 314-318. doi: 10.1038/sc.2015.99
- Punasiri, S., Rodphal, J., Treerapee, S., & Chanthamul, V. (2009). Effect of empowerment program on ability to care of caregivers of persons with stroke. *Journal of Nursing Division*, 36(3), 47-57. (in Thai)
- Ratanapol, A. (2016). *Spinal cord injury rehabilitation*. Retrieved from http://mis.nkp-hospital.go.th/institute/admInstitute/nFile/sID2016-06-20_090929.docx (in Thai)
- Rodrigues, S. B., Parisod, H., Barros, L., & Salantera, S. (2021). Measuring empowerment counselling in routine primary health care: Psychometric properties of a Portuguese adaptation of the empowering speech practice scale. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 79-86.
- Takad, A. (2005). *Empowerment of caregivers of schizophrenic persons admitted to Mental Clinic of Mae Tha Hospital* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Vagharseyyedin, S. A., & Molazem, Z. (2013). Burden, resilience, and happiness in family caregivers of spinal cord injured patients. *Middle East Journal of Psychiatry and Alzheimers*, 4(1), 29-35. doi: 10.5742/MEJPA.2013.41181
- Zandrow. (2015). *Advice for caregivers of spinal cord injury*. Retrieved from <http://wiki.legalexaminer.com/help-center/articles/legal-issues-and-spinal-cord-injuries.aspx>



The Effect of the Laparotomy Patient Care Program on Postoperative Recovery*

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง
ต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด*

สโรชา	สุภาธาดา**	Sarocho	Supathada**
สุภารัตน์	วังศรีคุณ***	Suparat	Wangsrikhun***
อัจฉรา	สุคนธ์สรรพ****	Achara	Sukonthasarn****

Abstract

Enhancing postoperative recovery can decrease a patient's length of stay in a hospital and the cost of treatment. This quasi-experimental two-group posttest-design study aimed to examine the effect of the laparotomy patient care program on postoperative recovery. The participants included 28 patients receiving a laparotomy. The purposive samples were assigned to an experimental or a control group by matched pairs according to gender, age, and the location of the operation wound. There were 14 subjects in each group. The research instrument was the laparotomy patient care program developed by the researcher based on the Enhanced Recovery After Surgery Guidelines and a review of the related evidence. The data collection instruments were the Demographic Record Form and the Postoperative Quality of Recovery Questionnaire (QoR-40), Thai version. The QoR-40 was tested for reliability and yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.95. Descriptive statistics and the Mann-Whitney U-test were used for data analysis.

The results revealed that the postoperative quality of recovery scores of the experimental group at the 1st day (mean 186.79, SD = 5.56) and 3rd day after the operation (mean 192.93, SD = 4.16) were statistically significantly higher than the scores of the control group at the 1st day (mean 177.93, SD = 12.34) and 3rd day (mean 182.50, SD = 11.65) after the operation.

The results of this study reveal that the laparotomy patient care program can promote postoperative recovery for abdominal surgery patients.

Keywords: Postoperative recovery; Enhancing postoperative recovery; Laparotomy patient

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; email: suparat.w@cmu.ac.th

**** Associate Professor, School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management

Received 1 September 2022; Revised 2 November 2022; Accepted 3 November 2022



บทคัดย่อ

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจะช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษา การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียวหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องจำนวน 28 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 14 คน โดยการจับคู่เพศ อายุ และตำแหน่งแผลผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery Guidelines) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QoR-40) ฉบับภาษาไทย ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 1 (mean 186.79, SD = 5.56) และวันที่ 3 หลังผ่าตัด (mean 192.93, SD = 4.16) ของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 (mean 177.93, SD = 12.34) และวันที่ 3 หลังผ่าตัด (mean 182.50, SD = 11.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องสามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดทางหน้าท้องได้

คำสำคัญ: การฟื้นตัวหลังผ่าตัด การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email: suparat.w@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง (laparotomy) เป็นวิธีการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องผ่านผนังหน้าท้อง ชั้นกล้ามเนื้อและเยื่อช่องท้อง เพื่อวินิจฉัยและรักษาพยาธิสภาพของอวัยวะในช่องท้อง (Fuller, 2005) ซึ่งเป็นการรักษาที่พบบ่อยในผู้ที่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร เช่น มะเร็งของระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลาย นิ่วในถุงน้ำดี เป็นต้น การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องก่อให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย ซึ่งไปกระตุ้นกลไกการตอบสนองต่อความเครียด (stress response) ทั้งร่างกาย มีการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต เช่น คอร์ติซอล (cortisol) และแคทีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก มีการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของพลังงาน คาร์โบไฮเดรต อินซูลิน กลูโคส และโปรตีน ส่งผลให้ร่างกายผู้ป่วยอยู่ในภาวะคาตาบอลิซึม (catabolism) เพื่อให้ร่างกายมีพลังงานเพียงพอต่อความต้องการ (Desborough, 2000) รวมทั้งร่างกายจะมีภาวะดื้ออินซูลิน โดยมีระดับกลูโคสในเลือดเพิ่มขึ้น แต่เซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ (Kehlet, 2009)

การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง นอกจากร่างกายเกิดการบาดเจ็บจากการผ่าตัดแล้ว ปัจจัยที่ทำให้ร่างกายผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเกิดการตอบสนองต่อความเครียดในร่างกายเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความปวด การไม่เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงาน (paralytic ileus) (Altman et al., 2019; Kehlet, 2009; Vaughn, Wichowski, & Bosworth, 2007) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยผ่าตัดต้องได้รับการจัดการกับปัจจัยที่กระตุ้นให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดเพิ่มขึ้น หากจัดการให้ผู้ป่วยสามารถลดความกลัว ความวิตกกังวล ควบคุมความปวดให้อยู่ในระดับที่ไม่รบกวนการปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงาน จะช่วยให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดในระดับที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง สภาวะที่ร่างกายและจิตใจปรับหน้าที่เข้าสู่สภาวะปกติหรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกายเท่าที่จะเป็นไปได้ภายหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำหน้าที่ได้ตามปกติ (Allvin, Berg, Idvall, & Nilsson, 2007) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้สู่สภาพปกติโดยเร็วและเหมาะสม จะมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง จากการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง 2.5 วัน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Adamina, Kehlet, Tomlinson, Senagore, & Delaney, 2011) การฟื้นตัวผ่าตัดที่ล่าช้าทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Goldstein et al., 2007)

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลายปัจจัย ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น เพศ อายุ โรคร่วม (Jeong, Ryu, & Park, 2016; Trang, Thosingha, & Chanruangvanich, 2017) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความวิตกกังวล อาการปวด และระยะเวลาการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (Trang et al., 2017; Vaughn et al., 2007; Wang et al., 2011) ซึ่งหากมีการเฝ้าระวังและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัดได้

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต้องมีการจัดการเพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อความเครียดในระดับที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งกลไกทางสรีรวิทยาปกติของร่างกาย (Altman et al., 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมพบ แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (enhanced recovery after surgery: ERAS) ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการจัดการที่หลากหลายตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด

ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีได้ (Greco et al., 2013) หลักการของแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด (stress response) และเน้นการส่งเสริมการกลับไปทำหน้าที่ตามปกติของร่างกายผู้ป่วย (Fearon et al., 2005)

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญและเกี่ยวข้องในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การจัดการตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาล ได้แก่ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วย การควบคุมความปวด และการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ ในระยะก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความกลัว ความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ เช่น ความปวดหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นต้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเกิดความคาดหวังกับสภาวะหลังผ่าตัดของตนเองได้สอดคล้องกับความเป็นจริง (Iqbal et al., 2019) ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม การควบคุมความปวดอย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมความสบายด้านร่างกาย ส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด (early ambulation) ได้ดีขึ้น (Rivas et al., 2022) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี (Ministry of Health, Social Services, and Equality, 2016) นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องควรได้รับการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงาน (paralytic ileus) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย และส่งผลทำให้เกิดความล่าช้าในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย (Adamina et al., 2011)

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ควรมีการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงระยะหลังผ่าตัด (Greco et al., 2013) โดยใช้วิธีการที่หลากหลายจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (multimodal, evidence-based interventions) (Adamina et al., 2011) งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักจะพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวโดยใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Wongruang, Vuttanon, & Udomkhamsuk, 2020) หรือจัดการกับปัจจัยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัด (Sritan, 2017) หรือหลังผ่าตัดเท่านั้น (Wongruang et al., 2020; Sangkhawatana, 2012; Thamaphan, 2015) การศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อจัดการกับปัจจัยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัดมีค่อนข้างจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบเพียง 1 การศึกษาซึ่งเป็นการศึกษาในบริบทต่างประเทศ (Wang et al., 2011) นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวข้างต้นมีการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นผลลัพธ์ และประเมินจากระยะเวลาการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ (Thamaphan, 2015; Wang et al., 2011; Wongruang et al., 2020) ซึ่งเป็นการประเมินที่ครอบคลุมเฉพาะการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านร่างกายเท่านั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง โดยประยุกต์แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS) (Altman et al., 2019; Kehlet, 2009) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การควบคุมความปวด และการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง และทำการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยเครื่องมือที่ครอบคลุมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดแบบเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (enhanced recovery after surgery: ERAS) (Altman et al., 2019; Kehlet, 2009) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นกรอบแนวคิด ผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องจะมีการบาดเจ็บของร่างกาย ซึ่งไปกระตุ้นกลไกการตอบสนองต่อความเครียด (stress response) ทั่วร่างกาย หากร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดในระดับที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ล่าช้า การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นกระบวนการกลับเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกาย โดยที่ร่างกายและจิตใจปรับหน้าที่เข้าสู่สภาวะปกติ หรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกายเท่าที่จะเป็นไปได้ (Allvin et al., 2007) ดังนั้นการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต้องจัดการกับปัจจัยที่ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกิดการตอบสนองต่อความเครียด และส่งเสริมการกลับไปทำหน้าที่ตามปกติของร่างกายผู้ป่วย (Fearon et al., 2005)

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องครอบคลุมการจัดการในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และการจัดการในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การควบคุมความปวด และการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลที่เป็นปัจจัยกระตุ้นการตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย การควบคุมความปวดซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกาย อย่างมีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมความสบายด้านร่างกาย ส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ที่ดี และทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น และการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ ซึ่งประกอบไปด้วยการเคี้ยวหมากฝรั่งและการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด ช่วยป้องกันการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงาน นอกจากนี้การเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดยังช่วยป้องกันการสูญเสียมวลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติของผู้ป่วย การจัดการตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง ที่จัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด จะช่วยลดหรือควบคุมการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียวหลังการทดลอง (quasi-experiment two groups posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่ ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยการจับคู่เพศและอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีคุณสมบัติเหมือนกันและเป็นอิสระต่อกัน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. อายุมากกว่า 18 ปี
2. แพทย์มีแผนการรักษาผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องของระบบทางเดินอาหารโดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
3. มีระยะเวลาการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน
4. สามารถถูกเดินได้เป็นปกติก่อนการผ่าตัด
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต และ/หรือไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากอำนาจการทำนาย (power analysis) = .80 กำลังทดสอบ (level of significance) = .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) = .70 ซึ่งได้จากการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของ นุชจรี ธรรมพันธ์ (Thamaphan, 2015) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 ราย (Polit & Beck, 2012) ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 14 ราย รวมทั้งสิ้น 28 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS) (Altman et al., 2019; Kehlet, 2009) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยการจัดการในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และการจัดการในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การควบคุมความปวด และการส่งเสริมการทำงานของลำไส้

การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญก่อน ขณะและหลังผ่าตัด รวมทั้งการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การควบคุมความปวดครอบคลุมการให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด การประเมินความปวด และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมก่อนและหลังการทำการกิจกรรม และการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ ประกอบด้วย การเคี้ยวหมากฝรั่ง และการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด

1.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นสื่อการสอนและเป็นเอกสารสำหรับการทบทวนความรู้ของผู้ป่วย มีลักษณะเป็นเอกสารที่มีคำบรรยาย พร้อมรูปภาพประกอบ ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญก่อน ขณะและหลังผ่าตัด รวมทั้งการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QoR-40) ซึ่งพัฒนาโดย ไมล์, ฮันท์, และ โมโลเน (Myles, Hunt, & Moloney, 2000) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สิริมนต์ คำริห์ (Damri, 2010) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 18 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 22 ข้อ ครอบคลุมคำถามเกี่ยวกับสถานะด้านอารมณ์ (emotional state) จำนวน 9 ข้อ ความสุขสบายด้านร่างกาย (physical comfort) จำนวน 12 ข้อ การสนับสนุนด้านจิตใจ (psychological support) จำนวน 7 ข้อ ความอิสระทางกาย (physical independence) จำนวน 5 ข้อ และความปวด (pain) จำนวน 7 ข้อ คำตอบของแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 ในข้อคำถามเชิงบวก 1 หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย และ 5 หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดเวลา ในข้อคำถามเชิงลบ คะแนน 1 หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดเวลา และคะแนน 5 หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 40-200 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ คะแนนสูง หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง และคู่มือสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วยศัลยแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางศัลยกรรม 2 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอย่างน้อย 10 ปี 1 ท่าน หลังจากนำเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับแก้ไขโปรแกรมและคู่มือแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมและคู่มือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย พบว่า โปรแกรมและคู่มือมีความชัดเจน และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลฝางที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโครงการ IRB no. 099/2564 และโรงพยาบาลฝาง หมายเลขโครงการ COA no. 04/2564 ผู้วิจัยนำเอกสารข้อมูลโครงการวิจัยและความยินยอมของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาและการบริการที่ได้รับ และชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 14 คน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ครอบคลุมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยการชี้แจงเป็นสื่อในการให้ความรู้ และการดูแลหลังผ่าตัด ได้แก่ การให้ยาเพื่อควบคุมความปวดตามแผนการรักษา และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามความสามารถซึ่งปฏิบัติตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล และผู้วิจัยทำการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในช่วงเช้าวันที่ 1 หลังผ่าตัด และครั้งที่ 2 ช่วงเช้าวันที่ 3 หลังผ่าตัด โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถาม

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดพร้อมทั้งแจกคู่มือสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง
2. เย็นวันผ่าตัด ผู้วิจัยทำกิจกรรมควบคุมความปวด กิจกรรมการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเคี้ยวหมากฝรั่ง 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที จากนั้นประเมินความพร้อมในการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดโดยการประเมินสัญญาณชีพและความปวด ผู้วิจัยทำการจัดการความปวดโดยใช้ยาร่วมกับไมใช่ยาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดมากกว่า 4 จำนวน 12 ราย ก่อนทำกิจกรรมพลิกตะแคงตัว และกระตุ้นให้ลูกนั่งห้อยขาลงข้างเตียง พร้อมแกว่งเท้าไปมา 10-15 นาที ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่พลิกตะแคงตัวและลูกนั่ง จำนวน 5 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ทำการพลิกตะแคงตัวอย่างเดียว 9 ราย

3. วันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยทำการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดครั้งที่ 1 ในช่วงเช้า จากนั้นทำกิจกรรมส่งเสริมการทำงานของลำไส้โดยให้กลุ่มตัวอย่างเคี้ยวหมากฝรั่ง 1 ชิ้น เป็นเวลา 15 นาที ช่วงเช้าและกลางวัน



กิจกรรมควบคุมความปวดและการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด โดยให้กลุ่มตัวอย่างเดิน 1 รอบ ๆ ละประมาณ 15 เมตรในช่วงเช้าและช่วงเย็น กลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถลุกเดินได้ตามโปรแกรมหลังจากได้รับการควบคุมความปวดให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4

4. วันที่ 2 หลังผ่าตัด ทำกิจกรรมควบคุมความปวดและการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด โดยช่วงเช้าให้ลุกเดิน 2 รอบ ๆ ละประมาณ 60 เมตร และช่วงเย็น ลุกเดิน 3 รอบ ๆ ละประมาณ 60 เมตร กลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถลุกเดินได้ตามโปรแกรมหลังจากได้รับการควบคุมความปวดให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4

5. วันที่ 3 หลังผ่าตัด ช่วงเช้าผู้วิจัยทำการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา
2. วิเคราะห์การแจกแจงของข้อมูลคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยสถิติ Shapiro-wilk พบข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 14 คน ในระหว่างการดำเนินการวิจัยไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวหรือต้องยุติการวิจัย กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นเพศหญิง 9 คน เพศชาย 5 คน โดยมีแผลผ่าตัดบริเวณกลางหน้าท้อง 10 คน และได้ชายโครงขวา (right subcostal) 4 คน รายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างปรากฏดังตารางที่ 1 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ เพศ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ตำแหน่งของแผลผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด และความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดเฉลี่ย 186.79 (SD = 5.56) และวันที่ 3 หลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ย 192.93 (SD = 4.16) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดเฉลี่ย 177.93 (SD = 12.34) และวันที่ 3 หลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ย 182.50 (SD = 11.65) (ตารางที่ 2) เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทั้งวันที่ 1 และ 3 หลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 28)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 14) จำนวน (คน)	กลุ่มทดลอง (n = 14) จำนวน (คน)
อายุ ^a	$\bar{X}$ 65.57, SD 10.96 range 43-86	$\bar{X}$ 65.57, SD 9.87 range 48-82
< 60 ปี	2	2
≥ 60 ปี	12	12
ระดับการศึกษา ^b		
ไม่ได้ศึกษา	9	4
ได้รับการศึกษา	5	10
ประถมศึกษา	5	9
อนุปริญญา	0	1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 28) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 14) จำนวน (คน)	กลุ่มทดลอง (n = 14) จำนวน (คน)
การวินิจฉัยโรค ^b		
มะเร็ง	5	4
โรคอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง	9	10
การผ่าตัด ^b		
ผ่าตัดกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็ก	5	6
ผ่าตัดลำไส้ใหญ่	5	4
ผ่าตัดถุงน้ำดี	4	4
ความยาวของแผลผ่าตัด (เซนติเมตร) ^a	$\bar{X}$ 14.64, SD 3.03 range 10-19	$\bar{X}$ 16.57, SD 2.90 range 13-22
< 15 เซนติเมตร	7	5
≥ 15 เซนติเมตร	7	9
ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ^b		
< 15% ของปริมาณเลือดในร่างกาย	14	13
≥ 15% ของปริมาณเลือดในร่างกาย	0	1
ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงหลังผ่าตัด ^b		
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	13	13
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	1	1

หมายเหตุ ^a สถิติ Mann-Whitney U test ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

^b สถิติ Fisher-exact test ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 1 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด

วันที่หลัง ผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n = 14)		กลุ่มทดลอง (n = 14)	
	Mean (SD)	Median	Mean (SD)	Median
วันที่ 1*	177.93 (12.34)	179.00	186.79 (5.56)	188.00
วันที่ 3**	182.50 (11.65)	184.00	192.93 (4.16)	193.50

หมายเหตุ ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test *Z = -2.163, U = 51.00, p < .05,

** Z = -2.855, U = 36.00, p < .01

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทั้งในวันที่ 1 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้นของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ น่าจะเกิดจากผลของการปฏิบัติกิจกรรมทุกกิจกรรมตามองค์ประกอบของโปรแกรมทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ได้รับประกอบไปด้วย การจัดการในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และการจัดการในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การควบคุม ความปวด และการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ ครอบคลุมการเคี้ยวหมากฝรั่ง และการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด ซึ่งจะเห็นได้ว่า โปรแกรมดังกล่าวมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและ หลังผ่าตัด มีการจัดการโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย เพื่อลดปัจจัยที่กระตุ้นการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อ ความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย (Kehlet, 2009) ตามหลักการของแนวทางการส่งเสริม การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Altman et al., 2019; Kehlet, 2009)

การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Gustafsson et al., 2013; Kehlet, 2009) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการ ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องทุกรายได้รับข้อมูลโดยการสอนตัวต่อตัว ร่วมกับการให้คู่มือประกอบในวัน ก่อนผ่าตัด ข้อมูลที่ให้ครอบคลุมการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะ ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกาย ได้ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองจำนวน 14 เรื่อง พบว่า การ สอนหรือการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Alanazi, 2014) นอกจากนี้การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดที่เฉพาะเจาะจงสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการ ฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น (Ministry of Health, Social Services, and Equality, 2016) เนื่องจากผู้ป่วยมีความ กลัวและความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเรื่องวิธีการและบทบาทของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับโปรแกรมทุกรายให้ความร่วมมือเป็น อย่างดีในกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยทุกรายสามารถแจ้งพยาบาลและผู้วิจัยเมื่อมีความปวดในระดับ ปานกลางหรือมาก ร้องขอยาบรรเทาปวดเมื่อจำเป็น (prn) ตามแผนการรักษา เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการ เคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดได้ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายเริ่มปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดโดยการพลิก ตะแคงตัว และ/หรือ นั่งบนเตียงตั้งแต่เย็นวันผ่าตัด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถลุกจากเตียงลงเดินตั้งแต่วินาที 1 หลังผ่าตัด แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งน่าจะเกิดจากความ เข้าใจถึงบทบาทของตนเองจากการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดตามโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด มีจำนวนครั้งของการลุกเดินหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่ม ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sritan, 2017)

ในระยะหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้รับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความปวดที่ นอกเหนือจากการปฏิบัติตามปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลแผนการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความ ปวด ซึ่งการได้รับข้อมูลดังกล่าวช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการจัดการความ ปวดของตนเองโดยการสื่อสารกับพยาบาลและร้องขอยาแก้ปวดอย่างเหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุม ความปวดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพของตนเอง ดังเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมทุกรายทั้งในเย็นวันผ่าตัด วันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด เมื่อได้รับการ จัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ยาให้อยู่ในระดับที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการ เคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดได้ตามเป้าหมาย

กิจกรรมการเคี้ยวหมากฝรั่งซึ่งเป็นส่วนหนึ่งโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกิจกรรมที่ช่วยป้องกันภาวะ ลำไส้หยุดทำงาน (paralytic ileus) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ร่างกายผู้ได้รับการผ่าตัดเกิดการตอบสนองต่อ ความเครียดในร่างกายเพิ่มขึ้นและส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ล่าช้า (Kehlet, 2009) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้

กลุ่มตัวอย่างเคียวหมากฝรั่งตั้งแต่วันผ่าตัดจนครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เป็นจำนวน 3 ครั้ง การเคียวหมากฝรั่งเป็นการให้อาหารหลอกเพื่อกระตุ้นการหลั่งเพปไทด์ ฮอร์โมนต่าง ๆ ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินอาหารให้เกิดการบีบตัวและคลายตัว (Ge, Chen, & Ding, 2015) การเคียวหมากฝรั่งช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 15 เรื่อง พบว่า การเคียวหมากฝรั่งสามารถช่วยลดระยะเวลาในการพาลมครั้งแรกหลังผ่าตัด ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น (Li et al., 2013) สอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศไทยซึ่งพบว่า การเคียวหมากฝรั่งช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด และลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ (Sila, Toskulchai, & Leelahakul, 2018; Wongruang et al., 2020)

กิจกรรมการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดในโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS) ที่แนะนำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการเคลื่อนไหวร่างกายทันทีที่จะสามารถทำได้ (Kehlet, 2009) การไม่เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ล่าช้า (Altman et al., 2019; Kehlet, 2009; Vaughn et al., 2007) การไม่เคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบ ภาวะดื้ออินซูลิน และกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Gustafsson et al., 2013) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมในงานวิจัยนี้ ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดตั้งแต่วันผ่าตัด โดยในวันผ่าตัดกลุ่มตัวอย่าง 9 ราย มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการพลิกตะแคงตัว และ 5 ราย สามารถลุกนั่งบนเตียงได้ วันที่ 1 หลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการลุกจากเตียงลงเดินอย่างน้อย 2 รอบ ๆ ละ 15 เมตร และในวันที่ 2 หลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถเพิ่มจำนวนรอบและระยะทางการลุกจากเตียงลงเดินตามโปรแกรม

การเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ สามารถปฏิบัติได้น่าจะเกิดจากผลของการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของตนเองในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งผลของกิจกรรมการควบคุมความปวดในโปรแกรม การเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดช่วยส่งเสริมการทำงานของลำไส้ จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดบ่อยมีการพาลมครั้งแรกหลังผ่าตัดเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sindell et al., 2012) นอกจากนั้นการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการพึ่งพาตนเองทางกายของผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลี, คันทา-เนียน, โจชิ, มา, และ เครเวนสเทน (Le, Khankhanian, Joshi, Maa, & Crevensten, 2014) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกเดินทันทีหลังผ่าตัดในระยะทางเดินเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถเดินได้ มีคะแนนการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาพรณ์ สังข์วัฒน์ (Sangkhawatana, 2012) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกาย เคลื่อนไหวร่างกายภายใน 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และลุกเดินภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ น่าจะเกิดจากการปฏิบัติทุกองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องซึ่งออกแบบเพื่อลดปัจจัยที่กระตุ้นให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียด และส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความปวด การไม่เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงาน (Altman et al., 2019; Kehlet, 2009; Vaughn et al., 2007) โดยกิจกรรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดน่าจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วย กิจกรรมการควบคุมความปวดน่าจะช่วยลดความปวด กิจกรรมการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ทั้งการเคียวหมากฝรั่งและการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดน่าจะช่วยป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำงาน และกิจกรรมการเคลื่อนไหวเร็วหลัง

ผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์เฉพาะการ

ฟื้นตัวหลังผ่าตัดเท่านั้น และไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ของแต่ละกิจกรรม เช่น ความวิตกกังวล การทำงานของลำไส้ หลังจากผ่าตัด จึงมีข้อจำกัดในการพิสูจน์หรืออธิบายถึงกลไกที่ทำให้แต่ละกิจกรรมส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้จริง การประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ไปสู่การปฏิบัติในบริบทสถานการณ์จริงควรปฏิบัติตามทุกองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อสามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในระหว่างการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่พบการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกด้านลบที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือเกิดการพลัดตกหกล้มขณะที่มีการลุกเดินของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้น โดยไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง โปรแกรมดังกล่าวจึงน่าจะเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้องหึ่งเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้องหึ่งตามบริบทของหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องหึ่งมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์อื่นนอกจากการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เช่น ความวิตกกังวล ความปวด การทำงานของลำไส้ เป็นต้น
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องในระยะยาว
3. ควรศึกษาผลของการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มอื่น

References

- Adamina, M., Kehlet, H., Tomlinson, G. A., Senagore, A. J., & Delaney, C. P. (2011). Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. *Surgery*, 149(6), 830–840.
- Alanazi, A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: A systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(7), 387-393.
- Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 552-558.
- Altman, A. D., Helpman, L., McGee, J., Samouëlian, V., Auclair, M. H., Brar, H., ... Society of Gynecologic Oncology of Canada's Communities of Practice in ERAS and Venous Thromboembolism (2019). Enhanced recovery after surgery: Implementing a new standard of surgical care. *Canadian Medical Association Journal*, 191(17), E469–E475.
- Damri, S. (2010). *Effects of a recovery promoting program on self-efficacy and the quality of recovery among patients with emergency abdominal surgery (Research report)*. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University. (in Thai)



- Desborough, J. P. (2000). The stress response to trauma and surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 85(1), 109–117.
- Fearon, K. C., Ljungqvist, O., Von Meyenfeldt, M., Revhaug, A., Dejong, C. H., Lassen, K., ... Kehlet, H. (2005). Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 24(3), 466–477. doi: 10.1016/j.clnu.2005.02.002
- Fuller, J. K. (2005). *Surgical technology principles and practice*. Philadelphia, PA: Elsevier.
- Ge, W., Chen, G., & Ding, Y. T. (2015). Effect of chewing gum on the postoperative recovery of gastrointestinal function. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(8), 11936–11942.
- Goldstein, J. L., Matoszewski, K. A., Delaney, C. P., Senagore, A., Chiao, E. F., Shah, M., ... Bramley, T. (2007). Inpatient economic burden of postoperative ileus associated with abdominal surgery in the United States. *Pharmacy and Therapeutics*, 32, 82–90.
- Greco, M., Capretti, G., Beretta, L., Gemma, M., Pecorelli, N., & Braga, M. (2013). Enhanced recovery program in colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Journal of Surgery*, 38(6), 1531–1541.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N., ... Ljungqvist, O. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations. *World Journal of Surgery*, 37(2), 259–284.
- Iqbal, U., Green, J. B., Patel, S., Tong, Y., Zebrower, M., Kaye, A. D., ... Liu, H. (2019). Preoperative patient preparation in enhanced recovery pathways. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, 35(Suppl. 1), S14–S23.
- Jeong, O., Ryu, S. Y., & Park, Y. K. (2016). Postoperative functional recovery after gastrectomy in patients undergoing enhanced recovery after surgery. *Medicine*, 95(14), e3140. doi: 10.1097/md.0000000000003140
- Kehlet, H. (2009). Multimodal approach to postoperative recovery. *Current Opinion in Critical Care*, 15(4), 355–358.
- Le, H., Khankhanian, P., Joshi, N., Maa, J., & Crevensten, H. (2014). Patient recovering from abdominal surgery who walked with volunteers had improved postoperative recovery profiles during their hospitalization. *World Journal of Surgery*, 38(8), 1961–1965.
- Li, S., Liu, Y., Peng, Q., Xie, L., Wang, J., & Qin, X. (2013). Chewing gum reduces postoperative ileus following abdominal surgery: A meta-analysis of 17 randomized controlled trials. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 28(7), 1122–1132.
- Ministry of Health, Social Services, and Equality. (2016). *Clinical practice guideline on perioperative care in major abdominal surgery*. Aragon: Health Sciences Institute in Aragon (IACS).



- Myles, P. S, Hunt, J. O., & Moloney, J. T. (2000). Postoperative minor complication comparison between men and woman. *Anaesthesia*, 52, 300-306.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Rivas, E., Cohen, B., Pu, X., Xiang, L., Saasouh, W., Mao, G., ... Turan, A. (2022). Pain and opioid consumption and mobilization after surgery: Post hoc analysis of two randomized trials. *Anesthesiology*, 136(1), 115-126.
- Sangkawatana, S. (2012). Effects of the 72 hours postoperative nursing care in urgent abdominal surgery on postoperative gut obstruction recovery. *Udon Thani Hospital Medical Journal*, 20(1-3), 186-195. (in Thai)
- Sila, W., Toskulkao, T., & Leelahakul, V. (2018). The effects of symptom management program of gynecological patients after abdominal surgery on postoperative pain and abdominal distension at a tertiary level hospital. *Christian University of Thailand Journal*, 24(2), 204-214. (in Thai)
- Sindell, S., Causey, M. W., Bradley, T., Poss, M., Moonka, R., & Thirlby, R. (2012). Expediting return of bowel function after colorectal surgery. *The American Journal of Surgery*, 203(5), 644-648.
- Sritan, S. (2017). Effect of pre-operative preparing program on recovery in post abdominal surgery patients. *HCU Journal of Health Science*, 20(40), 101-113. (in Thai)
- Thamaphan, N. (2015). The effects of program improving post-operative ileus in open appendectomy patients. *Vajira Nursing Journal*, 17(2), 31-42. (in Thai)
- Trang, N. T. T., Thosingha, O., & Chanruangvanich, W. (2017). Factors associated with recovery among patients after abdominal surgery. *Nursing Science Journal of Thailand*, 35(3), 4-12.
- Vaughn, F., Wichowski, H., & Bosworth, G. (2007). Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN Journal*, 85(3), 589-604.
- Wang, G., Jiang, Z. W., Xu, J., Gong, J. F., Bao, Y., Xie, L. F., & Li, J. S. (2011). Fast-track rehabilitation program vs conventional care after colorectal resection: A randomized clinical trial. *World Journal of Gastroenterology*, 17(5), 671-767.
- Wongruang, W., Vuttanon, N., & Udomkamsuk, W. (2020). Effect of gum chewing on bowel function recovery in post abdominal surgery patients. *Nursing Journal*, 47(3), 157-167. (in Thai)



Critical Care Knowledge of Nurses Working in Surgical Intensive Care Units in the 4th Public Health Region*

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4*

วรารณ์ สมบัติ**

Waraporn Sombat**

เยาวรัตน์ มัชฌิม***

Yaowarat Matchim***

บวรลักษณ์ ทองทวี****

Borwarnluck Thongthawee****

บุญทริกา ชาตรีวัฒนกุล****

Buntarika Chatreewatanakul****

Abstract

Surgical intensive care unit nurses must have sufficient knowledge of critical care patients as well as the capacity to make correct decisions and provide nursing care so that patients receive accurate and timely treatment. This descriptive research aimed to study nurses' knowledge in caring for critically ill patients. The samples consisted of 182 ICU nurses who had at least six months' experience, or more, working in an intensive care unit in nine hospitals in the 4th Public Health Region. The data collection instruments consisted of 1) a demographic data form, and 2) the Knowledge Regarding Critical Care Nursing (QKCCN) questionnaire. The QKCCN has 12 sub-scales, which were developed from a review of the relevant literature by applying the Basic Knowledge Assessment Tool (BKAT-3) with a study of the university's nursing curriculum on critical care defined by the Nursing Council. The QKCCN was validated by a panel of 5 experts and exhibited validity by CVI (0.99) and reliability coefficient by KR-20 (0.72). The data were analyzed using descriptive statistics.

The study discovered that ICU nurses had a moderate level of knowledge in caring for critically ill patients. The average percentage of correct answers of the participants was 79.96%. Considering the average percentage of participants' correct answers for each aspect, it was found that the first three aspects of critical care knowledge for which the participants had the least knowledge were: 1) caring for trauma, burns, and scalds (71.0%); 2) caring for hemodynamic monitoring lines (72.75%); and 3) caring for the respiratory system (72.80%).

The results of this study can be used as basic information to promote and develop specific knowledge for nurses in intensive care units in order to have sufficient knowledge and be able to take care of patients more effectively.

Keywords: Surgical intensive care unit; Critical care knowledge; Intensive care unit nurses

* 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: yaowarat.m@gmail.com

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

Received 1 September 2022; Revised 17 November 2022; Accepted 13 December 2022



บทคัดย่อ

พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีความสามารถในการตัดสินใจและให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลาที่ การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ใน 9 โรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 182 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 12 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการประยุกต์ใช้หัวข้อรายด้านความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของ ทอร์ธ (the Basic Knowledge Assessment Tool: BKAT-3) ร่วมกับหัวข้อเนื้อหาที่มีการเรียนการสอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของมหาวิทยาลัยตามที่สภาการพยาบาลกำหนดเพิ่มเติม แบบประเมินผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.99 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคำตอบที่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 79.6 หากพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนคำตอบที่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละในรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 71.0) 2) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 72.75) และ 3) การดูแลระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 72.80)

จากผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและพัฒนาความรู้เฉพาะด้านให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้มีความรู้เพียงพอและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทางที่มุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางด้านศัลยกรรม ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงผู้ป่วยที่ภาวะระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวที่มีความรุนแรงจนคุกคามต่อชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการดูแลรักษา (Basar & Cilingir, 2019) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี สาเหตุหลักมาจากการได้รับการผ่าตัดใหญ่ ร้อยละ 41.90 ร่วมกับมีภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงของโรคร่วม ร้อยละ 31.10 (Uzman et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบหรือบาดเจ็บรุนแรงเป็นอีกสาเหตุสำคัญที่ต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเช่นเดียวกัน (Papadimitriou-Olivgeris et al., 2021) ซึ่งหากผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะผู้ที่มีการบาดเจ็บหลายระบบและมีอาการช็อคจากการขาดน้ำหรือสูญเสียเลือดไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญถูกทำลายและทำงานล้มเหลว และนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวรได้ (Yoosook, 2017) สำหรับเขตพื้นที่สุขภาพที่ 4 จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุบนถนนในช่วง พ.ศ. 2563 -2565 พบผู้บาดเจ็บสะสมรวมจากอุบัติเหตุบนถนนมากกว่า 210,000 ราย (Thai strive road safety culture for road safety citizens, 2022) จากสถิติสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้บาดเจ็บที่อาจต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในแต่ละระบบ (Liu et al., 2019) เพื่อลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต หรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (Bloomer et al., 2019)

การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เป็นสิ่งท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องประเมินอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา รวมถึงต้องตัดสินใจและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินภายใต้บริบทและมาตรฐานของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตควรมีความรู้ครอบคลุม 12 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) ด้านระบบทางเดินหายใจ 3) ด้านระบบประสาท 4) ด้านระบบต่อมไร้ท่อ 5) ด้านระบบทางเดินอาหารและการได้รับสารอาหาร 6) ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ 7) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง 8) ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก 9) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ 10) ด้านการบริหารยาและสารน้ำ 11) ด้านนโยบายและระบบบริการสุขภาพ และ 12) ด้านจิตวิญญาณ (Toth, 1986) พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดต้องมีความรู้อย่างเพียงพอเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ช่วยลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต หรือการสูญเสียอวัยวะและทุพพลภาพ

พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และมีความรุนแรงของโรค รวมถึงผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่หรือบาดเจ็บที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง ตลอดจนมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และเครื่องมือแบบประเมินในการรักษา ทำให้พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานที่ครอบคลุมการดูแลระบบต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแล และให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และปลอดภัย ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่อาจสะท้อนคุณภาพการดูแล และความต้องการพัฒนาเพื่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีคุณภาพต่อไปจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัดในภาคกลาง โดยใช้แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้



เหมาะสมกับการศึกษาในบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาความรู้เฉพาะด้านให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต และอาจเป็นแนวทางการทำวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้หัวข้อรายด้านของเครื่องมือประเมินความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (the Basic Knowledge Assessment Tool: BKAT-3) ที่พัฒนาโดย ทอร์ธ (Toth, 1986) ร่วมกับหัวข้อเนื้อหาที่มีการเรียนการสอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของมหาวิทยาลัยตามที่สภาการพยาบาลกำหนดเพิ่มเติม (Kuakarun Faculty of Nursing, 2021) ได้ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 12 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) ด้านระบบทางเดินหายใจ 3) ด้านระบบประสาท 4) ด้านระบบต่อมไร้ท่อ 5) ด้านระบบทางเดินอาหารและการได้รับสารอาหาร 6) ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ 7) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง 8) ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก 9) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ 10) ด้านการบริหารยาและสารน้ำ 11) ด้านนโยบายและระบบบริการสุขภาพ และ 12) ด้านจิตวิญญาณ หากพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถตัดสินใจและให้การพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพทันทั่วถึง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม/หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หรือหอผู้ป่วยวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม/หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หรือหอผู้ป่วยวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ (A) จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 2 แห่ง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม/วิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หรือหอผู้ป่วยวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

การศึกษานี้ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรเป้าหมายจากการสำรวจมีจำนวนทั้งหมด 190 ราย ซึ่งเป็นประชากรขนาดเล็ก และการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในประชากรเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก และยินดีเข้าร่วมการวิจัย แทนการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง (Srisatidnarakul, 2010) มีผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามส่งคืนครบสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 182 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.79 ของจำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามมี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย วิกฤต ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาทำงาน ในวิชาชีพพยาบาล ตำแหน่งปัจจุบัน การได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแล ผู้บาดเจ็บหลายระบบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตรายด้านของ ทอร์ธ (the Basic Knowledge Assessment Tool: BKAT-3) (Toth, 1986) ร่วมกับศึกษาหัวข้อเนื้อหาที่มีการเรียนการสอนใน หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของมหาวิทยาลัยตามที่สภาการพยาบาลกำหนดเพิ่มเติม (Kuakarun Faculty of Nursing, 2021) เพื่อประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่จำเป็นวิกฤต 12 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านระบบทางเดินหายใจ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านระบบประสาท จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านระบบต่อมไร้ท่อ จำนวน 3 ข้อ 5) ด้านระบบทางเดินอาหารและการ ได้รับสารอาหาร จำนวน 5 ข้อ 6) ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 5 ข้อ 7) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง จำนวน 4 ข้อ 8) ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จำนวน 7 ข้อ 9) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 4 ข้อ 10) ด้านการบริหารยาและสารน้ำ จำนวน 5 ข้อ 11) ด้านนโยบายและระบบบริการสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ และ 12) ด้าน จิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ รวมมีข้อ คำถามทั้งหมด 56 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 46 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกถ้าตอบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่และไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน และ คำถามเชิงลบ ถ้าตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบใช่และไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-56 คะแนน เกณฑ์การประเมินผลคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตประยุกต์คะแนน อิงเกณฑ์จากหลักเกณฑ์ของ บลูม (Bloom, 1956) แบ่งระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะ วิกฤต ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระดับสูง คะแนนร้อยละ 60 -79 หมายถึง มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระดับต่ำ

แบบประเมินความรู้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์แพทย์ที่มีความ เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรม จำนวน 2 ท่าน 3) พยาบาลชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 2 ท่าน มีค่าความ ตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.99 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยวิกฤตไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณโดยใช้สูตร Kuder Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ โดยได้รับการรับรองรหัสโครงการวิจัย 029/2565 และดำเนินการขอ ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 9 โรงพยาบาล ก่อน ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาล



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ต้องได้รับความยินยอมโดยสมัครใจ หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามเพิ่มเติม อาสาสมัครวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรงตลอดเวลาตามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้วิจัยแจ้งไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ และภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้รับผิดชอบประสานงานวิจัย ประจำแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลนำแบบสอบถามแจกให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า โดยกำหนดระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 2 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดผู้วิจัยจึงประสานงานเพื่อรับแบบสอบถามคืนจากผู้ประสานงานวิจัยด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ รายด้านด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อโดยใช้ร้อยละ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.9 สถานภาพโสด ร้อยละ 68.1 ส่วนใหญ่ มีช่วงอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 51.1 ปี อายุเฉลี่ย 34 ปี (SD = 10.36) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ร้อยละ 44.5 รองลงมา คือ หอผู้ป่วยวิกฤตรวม (ICU รวม) ร้อยละ 28.6 ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 36.8 อายุงานเฉลี่ย 11 ปี ร้อยละ 45.6 มีระยะเวลาทำงานในวิชาชีพพยาบาล มากกว่า 10 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการ ร้อยละ 62.6 และ ร้อยละ 79.1 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม		(N = 182)	
		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	2	1.1
	หญิง	180	98.9
สถานภาพ	โสด	124	68.1
	คู่	55	30.2
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	1.1
	หม้าย	1	0.6



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม	(N = 182)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ		
21 – 30 ปี	93	51.1
31 – 40 ปี	35	19.2
41 – 50 ปี	38	20.9
51 – 60 ปี	16	8.8
ศาสนา		
พุทธ	175	96.2
อิสลาม	6	3.3
อื่น ๆ (ไม่นับถือศาสนา)	1	0.5
การศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	179	98.4
ปริญญาโท	3	1.6
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	81	44.5
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ	17	9.3
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท	18	9.9
หอผู้ป่วยวิกฤตไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	14	7.7
หอผู้ป่วยวิกฤตรวม (ICU รวม)	52	28.6
ประสบการณ์ปฏิบัติงานใน ICU ปัจจุบัน		
6 เดือน – 1 ปี	17	9.4
1.1 – 3 ปี	37	20.3
3.1 – 5 ปี	32	17.6
5.1 – 10 ปี	29	15.9
> 10 ปี	67	36.8
ระยะเวลาทำงานในวิชาชีพพยาบาล		
6 เดือน – 1 ปี	12	6.6
1.1 – 3 ปี	40	22.0
3.1 – 5 ปี	32	17.6
5.1 – 10 ปี	15	8.2
> 10 ปี	83	45.6
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	114	62.6
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	64	35.2



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม	(N = 182)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการพิเศษ	3	1.6
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)	1	0.6
การได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมภายหลังการจบ การศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลายระบบ		
ไม่เคย	144	79.1
เคย	38	20.9

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม/วิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หรือหอผู้ป่วยวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยหลายระบบ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 182 คน มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสรุปรวมทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งประเมินจากค่าเฉลี่ยของคะแนนคิดเป็นร้อยละ 79.96 (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตรายด้าน ซึ่งประเมินจากค่าเฉลี่ยของคะแนนคิดเป็นร้อยละ พบว่า ด้านที่มีความรู้ในระดับสูง ได้แก่ ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 87.50) ด้านระบบต่อมไร้ท่อ (ร้อยละ 93.33) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 88.25) ด้านการบริหารยาและสารน้ำ (ร้อยละ 88.0) และด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ 97.67) ส่วนด้านที่มีความรู้ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 72.80) ด้านระบบประสาท (ร้อยละ 74.17) ด้านระบบทางเดินอาหารและการได้รับสารอาหาร (ร้อยละ 74.80) ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 77.60) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 72.75) ด้านการดูแลผู้ป่วยและแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 71.0) และด้านนโยบายและระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 75.33) (ตารางที่ 2)

หากพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนคิดเป็นร้อยละ พบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตรายด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ด้านการดูแลผู้ป่วยและแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 71.0) 2) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 72.75) และ 3) ด้านระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 72.80) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละค่าเฉลี่ยของการตอบคำถามถูกต้อง และระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแต่ละด้านของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 (N = 182)

แบบวัดความรู้ในการดูแล ผู้ป่วย วิกฤต 12 ด้าน	Score Range	Min-Max	Mean	SD	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนคิดเป็น ร้อยละ	Level
1. ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด	0-6	1-6	5.25	0.87	87.50	สูง
2. ด้านระบบทางเดินหายใจ	0-5	1-5	3.64	1.08	72.80	ปานกลาง
3. ด้านระบบประสาท	0- 6	1-6	4.45	1.22	74.17	ปานกลาง



ตารางที่ 2 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละค่าเฉลี่ยของการตอบคำถามถูกต้อง และระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแต่ละด้านของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 (N = 182) (ต่อ)

แบบวัดความรู้ในการดูแล ผู้ป่วย วิกฤต 12 ด้าน	Score Range	Min-Max	Mean	SD	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนคิดเป็น ร้อยละ	Level
4. ด้านระบบต่อมไร้ท่อ	0-3	0-3	2.80	0.49	93.33	สูง
5. ด้านระบบทางเดินอาหารและ การได้รับสารอาหาร	0-5	0-5	3.74	1.03	74.80	ปานกลาง
6. ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ	0-5	1-5	3.88	1.17	77.60	ปานกลาง
7. ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ สายสวนสำหรับประเมินและ ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง	0-4	0-4	2.91	0.88	72.75	ปานกลาง
8. ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผล ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	0-7	0-7	4.97	1.43	71.0	ปานกลาง
9. ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	0-4	1-4	3.53	0.75	88.25	สูง
10. ด้านการบริหารยาและสารน้ำ	0-5	2-5	4.40	0.81	88.00	สูง
11. ด้านนโยบายและระบบบริการ สุขภาพ	0-3	0-3	2.26	0.67	75.33	ปานกลาง
12. ด้านจิตวิญญาณ	0-3	0-3	2.93	0.33	97.67	สูง
สรุปรวมทุกด้าน	0-56	26-54	44.78	5.41	79.96	ปานกลาง

ผลการศึกษาพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก จากทั้งหมด 56 ข้อ ซึ่งประเมินจากค่าเฉลี่ยของคะแนนคิดเป็นร้อยละ ที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณขากรรไกรบนชนิด Le Fort I (ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก) (ร้อยละ 38.5) 2) การประเมินและการแปลผล Pulse pressure variation (ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง) (ร้อยละ 39.6) และ 3) การประเมิน Cullen's sign หรือรอยฟกช้ำสีม่วงคล้ำรอบสะดือในผู้ป่วยบาดเจ็บ (ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก) (ร้อยละ 44.5) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้น้อยที่สุด 3 อันดับแรก (N = 182)

ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้น้อยที่สุด 3 อันดับแรก (ทั้งหมด 56 ข้อ)	ตอบคำถามถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณขากรรไกรบนชนิด Le Fort I (ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก)	70	38.5

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้น้อยที่สุด 3 อันดับแรก (N = 182) (ต่อ)

ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้น้อยที่สุด 3 อันดับแรก (ทั้งหมด 56 ข้อ)	ตอบคำถามถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
2. การประเมินและการแปลผล Pulse pressure variation (ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและ ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง)	72	39.6
3. การประเมิน Cullen's sign หรือรอยฟกช้ำสีม่วงคล้ำรอบสะดือ ในผู้ป่วยเจ็บ (ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก)	81	44.5

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม/ วิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หรือหอผู้ป่วยวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยหลายระบบมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสรุปรวมทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งประเมินจากค่าเฉลี่ยของคะแนนคิดเป็นร้อยละ 79.96 จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ อัลลาสทาลอ, ซัลมินเนน, วาห์ลเบิร์ก, และ เลย์โนคิลปี (Alastalo, Salminen, Vahlberg, & LeinoKilpi, 2020) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเทศฟินแลนด์ พบว่าระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ คือ การได้รับการอบรมศึกษาเฉพาะทางเพิ่มเติม และประสบการณ์ทำงาน ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้ สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ยังคงต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้มีความรู้อย่างเพียงพอและเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ซึ่งประเมินจากค่าเฉลี่ยของคะแนนคิดเป็นร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 71.0) 2) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 72.75) และ 3) ด้านระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 72.80)

ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จากผลการศึกษาพบว่ามีข้อคำถาม 2 ข้อ ที่จัดอยู่ใน 3 อันดับแรกของข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณขากรรไกรบนชนิด Le Fort I และ 2) การประเมิน Cullen's sign หรือรอยฟกช้ำสีม่วงคล้ำรอบสะดือในผู้ป่วยเจ็บ ผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะเป็นการบาดเจ็บหลายระบบ ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เพียงพอเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมทุกระบบ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บ เช่น การได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ หากพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการฝึกอบรม หรือศึกษาเพิ่มเติมด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ จะทำให้มีความรู้และดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น ในการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ของ อัลมาฮาบี, คอร์นิช และ ลี (Almarhabi, Cornish, & Lee, 2021) พบว่าโปรแกรมการศึกษาและการอบรมเพิ่มเติมด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ทำให้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้ สามารถจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาวนฮิลรี, อัลมาฮาบี, วาร์จีช และ ลีเนน (Chowdhury, Almarhabi, Varghese, & Leenen, 2022) พบว่า พยาบาลหลังได้รับการฝึกอบรมการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บ มีความรู้และช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้



ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก น้อยที่สุดเป็นอันดับที่ 1 จากทั้งหมด 12 ด้านในการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.1 ยังไม่ได้รับการศึกษาเพิ่มเติมด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ อาจส่งผลให้มีความรู้ไม่เพียงพอในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นควรมีการจัดฝึกอบรมหรือส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับการศึกษาอบรมเพิ่มเติมด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ อาจช่วยพัฒนาความรู้และเพิ่มศักยภาพของบุคลากรให้สามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกระบบและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง จากผลการศึกษาพบว่ามีข้อคำถาม 1 ข้อในด้านนี้ ที่จัดอยู่ในอันดับที่ 2 จาก 3 อันดับแรกของข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง น้อยที่สุด คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมิน Pulse pressure variation ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยประเมินสารน้ำในร่างกายเบื้องต้น จากการศึกษาของ มาลี คำคง, ปฐมมา มาศ โชติบับ, และ ธิดารัตน์ สิงห์ศรี (Kumkong, Chotibun, & Singsri, 2020) พบว่า พยาบาลต้องมีความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น ความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีเครื่องมือหรือแบบประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ซึ่งการประเมิน Pulse pressure variation เป็นหนึ่งในวิธีการประเมินสารน้ำในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านเทคโนโลยีและอุปกรณ์ในการประเมินผู้ป่วย จากการศึกษาของ แอสฟอร์ (Asfour, 2016) พบว่า ความรู้ของพยาบาลในการดูแลภาวะสมดุลสารน้ำของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ ได้แก่ การบริหารเวลา ภาระงาน ขาดทักษะและการฝึกอบรม สำหรับการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังพ่องความรู้เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนสำหรับประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง อาจเนื่องมาจากยังไม่ได้รับการฝึกอบรมหรือขาดประสบการณ์ในการประเมินและความรู้เกี่ยวกับใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ร่วมรักษา รวมถึงแบบประเมินต่าง ๆ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ดังนั้นจึงควรมีการจัดอบรมและให้ความรู้พื้นฐานในการประเมินผู้ป่วยและการใช้เทคโนโลยีในการรักษาที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะพยาบาลผู้เริ่มปฏิบัติงาน (novice) เพื่อพัฒนาความรู้และเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้น

ด้านระบบทางเดินหายใจ จากผลการศึกษาพบว่า ข้อคำถามความรู้ด้านระบบทางเดินหายใจที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องน้อยที่สุด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินและการวินิจฉัยการเกิดปอดอักเสบหลังใส่ท่อช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ อัลลาสทาลอ และคณะ (Alastalo et al., 2020) ที่พบว่าความรู้ในการประเมินผู้ป่วยวิกฤตด้านระบบทางเดินหายใจ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามผิดมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น นอกจากนี้ในการศึกษาของ โอเซ็น และ อามูทจุ (Ozen & Armutcu, 2018) พบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของ เอคิน คอร์เฮน, ฮาเวอร์ดีโอกู ยอนท์, พาร์ลา ไคลิค, และ ยูเซลไล (Akin Korhan, Hakverdioğlu Yönt, Parlar Kiliç, & Uzelli, 2014) พบว่า ความรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจ และได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เช่น ระดับการศึกษา การได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางเพิ่มเติม เป็นต้น จากการศึกษาของ เกตาฮัน และคณะ (Getahun et al., 2022) พบว่า พยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท หรือได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางเพิ่มเติม จะมีความรู้ในการดูแลและป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่าพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือต่ำกว่า หรือไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาของ แบงคานี, เอาท์วอเตอร์, แวน, และ ยิงลัน (Bankanie, Outwater, Wan, & Yinglan, 2021) ซึ่งพบว่า ระดับ



การศึกษาส่งผลต่อระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลปฏิบัติการ ร้อยละ 62.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.4 และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เน้นการดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรมเป็นหลัก อาจมีความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแต่ยังขาดความรู้เชิงลึกในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ หรือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับฝึกอบรมเฉพาะทาง ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจได้ ดังนั้นหน่วยงานจึงควรมีการส่งเสริมหรือจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ให้กับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อบุคลากรมีความรู้อย่างเพียงพอจะสามารถให้การพยาบาลหรือดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อส่งเสริมหรือพัฒนาความรู้ให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการหาแนวทางเพื่อพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้กับบุคลากรได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต
2. ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นเพิ่มเติม เพื่อสามารถเปรียบเทียบความเหมือนหรือแตกต่างด้านความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 2 สัปดาห์ อาจจะไม่สามารถวัดความรู้ที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากมีโอกาสค้นหาคำตอบ

References

- Akin Korhan, E., Hakverdioğlu Yönt, G., Parlar Kılıç, S., & Uzelli, D. (2014). Knowledge levels of intensive care nurses on prevention of ventilator associated pneumonia. *Nursing in Critical Care*, 19(1), 26-33.
- Alastalo, M., Salminen, L., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2020). Knowledge of patient observation among critical care nurses. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 341-351.
- Almarhabi, M., Cornish, J., & Lee, G. (2021). The effectiveness of educational interventions on trauma intensive care unit nurses' competence: A systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 64, 102931.
- Asfour, H. I. (2016). Fluid balance monitoring accuracy in intensive care units. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(4VI), 53-62.



- Bankanie, V., Outwater, A. H., Wan, L., & Yinglan, L. (2021). Assessment of knowledge and compliance to evidence-based guidelines for VAP prevention among ICU nurses in Tanzania. *BMC Nursing*, 20(1), 1-12.
- Basar, Z., & Cilingir, D. (2019). Evaluating ethical sensitivity in surgical intensive care nurses. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2384-2397.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay.
- Bloomer, M. J., Fulbrook, P., Goldsworthy, S., Livesay, S. L., Mitchell, M. L., Williams, G., & Friganovic, A. (2019). World federation of critical care nurses 2019 position statement: Provision of a critical care nursing workforce. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 13(1), 3-7.doi: 10.1891/1748-6254.13.1.3
- Chowdhury, S., Almarhabi, M., Varghese, B., & Leenen, L. (2022). Trauma resuscitation training: An evaluation of nurses' knowledge. *Journal of Trauma Nursing*, 29(4), 192-200.
- Getahun, A. B., Belsti, Y., Getnet, M., Bitew, D. A., Gela, Y. Y., Belay, D. G., ... Diress, M. (2022). Knowledge of intensive care nurses towards prevention of ventilator-associated pneumonia in North West Ethiopia Referral Hospitals, 2021: A multicenter, cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 78, 103895.
- Kuakarun Faculty of Nursing, N. U. (2021). *Program of nursing specialty in critical care nursing adult and elderly*. Retrieved from <https://www.kcn.ac.th/storage/app/media/document/curriculum/18.pdf>
- Kumkong, M., Chotibun, P., & Singsri, T. (2020). Registered nurses competencies in caring patents with quality and safety. *EAU Heritage Journal Social Science and Humanities*, 10(2), 183-193. (in Thai)
- Liu, S. I., Curren, J., Leahy, N. E., Sobocinski, K., Zambardino, D., Shikar, M. M., ... Winchell, R. J. (2019). Trauma response nurse: Bringing critical care experience and continuity to early trauma care. *Journal of Trauma Nursing*, 26(4), 215-220.
- Ozen, N., & Armutçu, B. (2018). Knowledge levels of critical care nurses on evidence-based practices for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine*, 9(3), 78-83.
- Papadimitriou-Olivgeris, M., Panteli, E., Koutsileou, K., Boulovana, M., Zotou, A., Marangos, M., & Fligou, F. (2021). Predictors of mortality of trauma patients admitted to the ICU: A retrospective observational study. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 71, 23-30.
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research*. Bangkok: U & I Intermedia. (in Thai)
- Thai strive road safety culture for road safety citizens. (2022). *Road accident statistics*. Retrieved from <http://www.thairsc.com/>



- Toth, J. C. (1986). The Basic Knowledge Assessment Tool (BKAT)—validity and reliability: A national study of critical care nursing knowledge. *Western Journal of Nursing Research*, 8(2), 181-196.
- Uzman, S., Yilmaz, Y., Toptas, M., Akkoc, I., Gul, Y., Daskaya, H., & Toptas, Y. (2016). A retrospective analysis of postoperative patients admitted to the intensive care unit. *Hippokratia*, 20(1), 38.
- Yoosook, S. (2017). Developing a model of care for the multiple trauma hypovolemic shock patients in Sawanpracharak Hospital. *Journal of Department of Health Service Support*, 13(2). (in Thai)



Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Gastrointestinal Cancer*

ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ
โรคมะเร็งทางเดินอาหาร*

ขมิสร่า	เจริญโสภาคกุล**	Kamissara	Chareonsopakun**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
ณัฐยานันท์	สุวรรณคฤหาสน์****	Nattaya	Suwankruhasn****

Abstract

Self-management among older persons with gastrointestinal cancer, to help them control symptoms and live with their disease, is influenced by various factors. This descriptive research aimed to study health literacy and self-management, and the relationship between health literacy and self-management in older persons with gastrointestinal cancer. The sample consisted of 88 older persons who were diagnosed with gastrointestinal cancer and registered at Phayao hospital. Data were collected using a questionnaire on the health literacy of elders with gastrointestinal cancer, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85, and a questionnaire on the self-management of elders with gastrointestinal cancer, with a content validity index of 0.94 and a Pearson's correlation coefficient of 0.89. The data were then analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results showed that older persons with gastrointestinal cancer had a high level of health literacy and a good level of self-management. It was also found that health literacy and self-management showed a moderate positive correlation at a significant level ($r = 0.352, p < .01$).

The findings of this study can be used by health personnel for planning to promote health literacy and self-management in older persons with gastrointestinal cancer.

Key words: Health literacy; Self-management; Older persons with gastrointestinal cancer

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

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

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail; siriratpanuthai@hotmail.com

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



บทคัดย่อ

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยด้านต่าง ๆ เพื่อควบคุมอาการของโรคและช่วยให้ดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลพะเยาจำนวน 88 ราย เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่นแบบความคงที่ ได้ค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's product-moment correlation coefficient.

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี โดยความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.352, p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผน ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 4 กรกฎาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 25 กรกฎาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 1 สิงหาคม 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งทางเดินอาหารเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก โดยเป็นทั้งสาเหตุการป่วยและสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทุกกลุ่มวัย รวมถึงประชากรสูงอายุ จากสถานการณ์การป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารในผู้สูงอายุมีอัตราที่สูง โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2017 ประชากรสูงอายุเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในอัตราส่วนสูงถึง 1 ใน 5 โดยมีมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับ 2 ของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ตามด้วยมะเร็งตับและตับอ่อน (American Cancer Society, 2020) สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในเพศชายป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 19.5 ลำดับที่ 2 คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 17.6 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-75 ปี (National Cancer Institute, 2020) โรคมะเร็งทางเดินอาหารเป็นโรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหาร แบ่งออกเป็น 5 ระยะ โดยในระยะเริ่มแรกยังไม่ปรากฏอาการแต่เป็นเซลล์ผิดปกติที่อาจจะกระจายไปยังเนื้อเยื่อปกติบริเวณนั้น จะแสดงอาการเมื่อมีการลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งทางเดินอาหารประกอบด้วย การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร่วมกับการฉายแสงและการผ่าตัด โดยผู้ป่วยอาจต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถจัดการความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดผลกระทบทั้งจากการเปลี่ยนแปลงจากโรคและผลกระทบจากการรักษา

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยมีเป้าหมายคือการควบคุมการเจ็บป่วย (Lorig & Holman, 2003) โดยเน้นที่การจัดการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษาหรือการจัดการทางการแพทย์ (medical management) โดยเป็นการจัดการที่สอดคล้องกับแผนการรักษาโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ได้แก่ การจัดการด้านการฉายแสงและเคมีบำบัด และการจัดการด้านยารักษาโรคอื่น ๆ การจัดการด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติและการจัดการอาการ และการมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ (role management) เป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทเดิม หรือสร้างบทบาทใหม่เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้สามารถผนวกแผนการรักษาเข้าไว้ในบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างดี 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เป็นการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทางเดินอาหาร เช่น ความโกรธ ความกลัว ความคับข้องใจ และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม

การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ (Syed et al., 2016) รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Wu, Howell, Fang, Chen, & Yuan, 2020) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Papadakos et al., 2018) การที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่จำเป็นในการเข้าถึง และทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ รวมถึงการสื่อสารเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์ด้านสุขภาพเพื่อนำประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (basic/functional health literacy) เป็นทักษะในการอ่านและเขียนเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ (communicative and interactive health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาขั้นสูงและทักษะในการอ่านเขียน และทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการเข้าร่วมในกิจกรรมประจำวัน การสกัดข้อมูลและการให้ความหมายกับรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลายและการประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาขั้นสูงร่วมกับทักษะทางสังคมในการ



วิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Nutbeam, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งของ ปาปาตากอส และคณะ (Papadakos et al., 2018) พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้วยการฉายรังสี ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการฉายรังสี ($r = 0.29, p = .044$)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง พบองค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ แต่ไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ดังการทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองในโรคมะเร็งของ ปาปาตากอส และคณะ (Papadakos et al., 2018) ที่พบว่ามีจำนวน 2 บทความที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมจัดการตนเอง แต่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวอาจไม่สามารถนำมาใช้เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารได้ เนื่องจากความแตกต่างด้านโรคและการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนการส่งเสริมจัดการตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร
2. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและการรักษา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานาน ซึ่งการจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยมีเป้าหมายเพื่อการควบคุมอาการเจ็บป่วย การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่เหมาะสมตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วย 1) การจัดการทางการแพทย์ 2) การจัดการบทบาท และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้านเป็นทักษะที่ต้องอาศัยทักษะพื้นฐานคือความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ด้านคือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นทักษะทางปัญญาระดับพื้นฐานคือการฟังพูด อ่านและเขียน 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะการสื่อสาร และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะทางปัญญาขั้นสูงคือการคิดวิเคราะห์ และทักษะทางสังคมขั้นสูงคือการต่อรอง โน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ข้อเท็จจริงของข้อมูลจนนำมาสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในทุกด้าน



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งของลำไส้เล็ก มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับอ่อน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลพะเยา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Polit & Beck, 2016) จากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดพะเยามา 4 อำเภอ และนำรายชื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลพะเยามาจัดกลุ่มตามอำเภอที่คัดเลือก และสุ่มแบบไม่แทนที่เพื่อให้ได้จำนวน 88 ราย โดยยึดตามสัดส่วนประชากรในแต่ละอำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ อำเภอเมือง 43 ราย อำเภอดอกคำใต้ 27 ราย อำเภอแม่ใจ 10 ราย และอำเภอภูกามยาว 8 ราย โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหารไม่ต่ำกว่า 3 เดือน 2) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนจากคัดกรองโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 8 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 4) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยมีคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 12 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 6) มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1.1 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไพร์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2018) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 -10 คะแนน

1.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) (Department of Health Ministry of Public Health, 2014) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในบ้าน ทั้งการอาบน้ำและการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด รับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การกลืนปัสสาวะ และการกลืนอุจจาระ ลักษณะคำตอบเป็นการทำได้เอง ทำได้บางส่วนแต่ต้องการความช่วยเหลือ หรือทำไม่ได้ด้วยตนเอง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ระยะของโรคมะเร็งทางเดินอาหาร และแหล่งข้อมูลสุขภาพ

2.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อิชิกาวา, ทาเคอุชิ, และ ยาโน (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำผลศิริ (Noppakroh, Cintanawat, & Khamphonsiri, 2020) โดยปรับคำว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง โดยมีการให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก เป็น 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนเป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14.00 – 56.00 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน 14.00 - 28.00 หมายถึง ระดับต่ำ, 28.01 - 42.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 42.01 - 56.00 หมายถึง ระดับสูง ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้ที่เป็นโรคตับแข็งของ สุพัตรา เรืองสวัสดิ์, ประทุม สร้อยวงศ์, และ เบญจมาศ สุขสถิตย์ (Ruangsawat, Soiwong, & Suksathit, 2020) โดยปรับคำว่าผู้ที่เป็นโรคตับแข็งเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร และปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับโรคมะเร็งทางเดินอาหาร และคงข้อคำถามเดิมทั้ง 33 ข้อ ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 26 ข้อ การจัดการด้านบทบาท จำนวน 4 ข้อ และการจัดการด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีตั้งแต่ 0-3 คะแนน คือ ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง (3 คะแนน) โดยคะแนนรวมพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่า 0 ถึง 99 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมรายด้าน การจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษามีค่า 0 ถึง 78 คะแนน การจัดการด้านบทบาท มีค่า 0 ถึง 12 คะแนน และการจัดการด้านอารมณ์ มีค่า 0 ถึง 9 คะแนน การแปลผลระดับของพฤติกรรมทั้งโดยรวม และรายด้าน แบ่งเป็น ระดับดี และระดับไม่ดี โดยพิจารณาคะแนนโดยรวม และรายด้านตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมในระดับดี ส่วนเกณฑ์รายด้านในระดับดี คือ คะแนน ≥ 62 , ≥ 10 และ ≥ 7 ในด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการจัดการด้านบทบาท และด้านการจัดการด้านอารมณ์ตามลำดับ สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยใช้คะแนนรวมมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 0.94 และตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบความคงที่ (stability) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ 0.89



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเอกสารข้อมูลการวิจัยเสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับเอกสารเลขที่ 079/2564 หลังได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ขออนุญาตเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด สิทธิในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการทำวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งมอบหนังสือเซ็นยินยอมให้กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจากการวิจัยทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ในระหว่างการสัมภาษณ์ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา จัดเตรียมอุปกรณ์ในการวัดอุณหภูมิร่างกาย และจัดเตรียมแอลกอฮอล์เจลไว้บริการ และมีการเว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพะเยา เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม หน่วยให้ยาเคมีบำบัดแบบไม่พักค้าง โรงพยาบาลพะเยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหาร อธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ของการทำวิจัย และสอบถามความสนใจและขอความยินยอมจากผู้สูงอายุ แล้วให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับบริการที่โรงพยาบาลพะเยา ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการพาไปยังบ้านกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการคัดกรองระดับสติปัญญาและการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเรียงลำดับเริ่มจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุตอบโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ทดสอบการแจกแจงคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนการจัดการตนเองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีค่า Asymp Sig (2-tailed) เท่ากับ 0.001 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามเกนท์ (Burns & Grove, 2009)



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหาร และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 88 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.10) เป็นเพศชาย และมีอายุเฉลี่ย 67.85 ปี (SD = 4.87) โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคืออายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 67.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.40) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.80) น้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 44.32) ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.50) มีรายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กันหลายคนในครอบครัว (ร้อยละ 97.70) เกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.70) มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.90) มีโรคประจำตัวร่วมอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งโรคพบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 58.00) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 35.20) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.40) กลุ่มตัวอย่างทุกคน (ร้อยละ 100.00) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.90) มีการใช้ยาเคมีบำบัด รองลงมาคือ การฉายรังสี (ร้อยละ 14.80) ประมาณสองในสาม (ร้อยละ 65.90) เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รองลงมาคือ โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 21.60) น้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 40.90) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งทางเดินอาหาร 3 เดือน มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.10) อยู่ระยะ 2 ของโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ทุกคนได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 100.00) มีส่วนน้อยที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 9.10) โทรศัพท์ (ร้อยละ 3.40) สื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 2.30) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 88)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	59.10
หญิง	36	40.90
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 67.85, SD = 4.87)		
60-69	59	67.00
70-79	27	30.70
≥ 80	2	2.30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	76	86.40
มัธยมศึกษา	8	9.10
ปริญญาตรี	4	4.50
สถานภาพสมรส		
คู่	72	81.80
หม้าย	13	14.80
โสด	2	2.30
หย่า	1	1.10
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่ร่วมกับบุคคลอื่น	86	97.70
อยู่เพียงลำพัง	2	2.30



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 88) (ต่อ)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก		
บุตร	42	47.70
ภรรยา	20	22.70
สามี	13	14.80
อื่น ๆ	13	14.80
ประวัติการรักษา**		
การผ่าตัด	88	100.00
ยาเคมีบำบัด	87	98.90
การฉายรังสี	13	14.80
ระยะของโรคมะเร็งทางเดินอาหาร		
ระยะ 2	52	59.10
ระยะ 3	34	38.60
ระยะ 4	2	2.30
แหล่งข้อมูลสุขภาพ**		
บุคลากรทางการแพทย์(แพทย์ พยาบาล)	88	100.00
อินเทอร์เน็ต	8	9.10
โทรทัศน์	3	3.40
สื่อสิ่งพิมพ์ (หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร)	2	2.30

หมายเหตุ. ** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด 26 คะแนน สูงสุด 54 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 43.51 คะแนน (SD = 6.30) อยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 3 ระดับ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงร้อยละ 54.50 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 43.20 และระดับต่ำร้อยละ 2.30

ข้อมูลการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนต่ำสุด 67 คะแนน สูงสุด 93 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมเท่ากับ 80.61 (SD = 5.28) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษามีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 64.85 (SD = 5.09) อยู่ในระดับดี ด้านบทบาท 8.91 (SD = 0.39) และด้านอารมณ์ 6.85 (SD = 1.18) อยู่ในระดับไม่ดี ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 คะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนที่ได้ $\bar{X}$ (SD)	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14.00-56.00	26.00-54.00	43.51 (6.3)	ระดับสูง	
ระดับต่ำ	14.00-28.00				2 (2.30)
ระดับปานกลาง	28.01-42.00				38 (43.20)
ระดับสูง	42.01-56.00				48 (54.50)
การจัดการตนเอง	00.00-99.00	67.00-93.00	80.61 (5.2)	ระดับดี	
ด้านการปฏิบัติ	00.00-78.00	51.00-77.00	64.85 (5.0)	ระดับดี	64 (72.70)
การรักษา					
ด้านบทบาท	00.00-12.00	07.00-09.00	8.91 (0.39)	ระดับไม่ดี	88 (100.00)
ด้านอารมณ์	00.00-09.00	02.00-09.00	6.85 (1.18)	ระดับไม่ดี	60 (68.20)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = 0.352$, $p < 0.01$)

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ และเลือกใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อการปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี ซึ่งอาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 67.00 (ตารางที่ 1) อายุ 60-69 ปี เป็นวัยที่ระบบประสาทสัมผัส ทั้งการมองเห็น การพูดและการฟัง การรับรส และการได้กลิ่น ยังทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน การตัดสินใจรับเคมีบำบัด และผลลัพธ์ในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบกลุ่มตัวอย่างอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 70 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ (adequate health literacy) (Busch, Martin, DeWalt, & Sandler, 2015) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาส่งผลให้สามารถอ่าน เขียน เอกสารของทางโรงพยาบาล เช่น ฉลากยา แผ่นพับ เอกสารนัดหมายต่าง ๆ ของโรงพยาบาล หรือ เอกสารให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ ร้อยละ 81.80 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 97.70 ได้อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว อธิบายได้ว่า การมีคู่สมรสจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งคนในครอบครัวมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 100 มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจึงเป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือเพื่อให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพิจารณาเลือกอย่างเหมาะสมกับโรคเรื้อรังของผู้ป่วยในแต่ละราย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นได้ นอกจากนั้นการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งไม่ได้

ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.32 แต่ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 95.50) ซึ่งการไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการมีเวลาในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ดังการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน การตัดสินใจรับเคมีบำบัดและผลลัพธ์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานไม่เพียงพอจะเป็นผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (Busch et al., 2015) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหารในช่วง 3-6 เดือนและอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยไม่นานผู้ป่วยยังมีความสนใจในความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้มีผลต่อการรับข้อมูลและความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ (Rattanawarang & Chantha, 2018) นำไปสู่การดูแลสุขภาพภาพของตนเองที่ดีได้

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีการจัดการตนเองด้านความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตของตนเองให้มีความถูกต้อง เหมาะสม ตามแผนการรักษาของโรค พบกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 67.00) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายไม่มาก ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมขึ้นกับหลายปัจจัย โดยปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง อายุที่มากขึ้นการจัดการตนเองจะดีขึ้น (Syed et al., 2016) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.80 มีสถานภาพสมรสคู่ (ตารางที่ 1) ซึ่งคู่สมรสจะมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน สร้างแรงจูงใจและกำลังใจ ทั้งการช่วยสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หรือการสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งต่าง ๆ และมีความเชื่อมั่นมากขึ้นในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ผลสำเร็จอีกทั้งเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารให้มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น (Sirirung, Puwarawuttipanit, & Koositamongkol, 2022) ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีการจัดการตนเองระดับดี เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารเพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทางเดินอาหาร ทำให้มีความสนใจสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเกิน 1 ปี (Al-Harithy & Wazqar, 2021)

3. ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในระดับปานกลาง ($r = 0.352$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีทักษะระดับพื้นฐาน สามารถในการอ่าน การเขียนหนังสือได้ มีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจ และนำมาปรับใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารจะมีการจัดการตนเองที่ดี ทั้งในด้านการจัดการกับบทบาทหน้าที่ การจัดการทางการแพทย์ และการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคมะเร็งทางเดินอาหาร การมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคมะเร็ง พบความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยการฉายรังสี (Papadakos et al., 2018) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูง และค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 2) และมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ



ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ตารางที่ 2) อาจเป็นผลมาจากมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนกลางร้อยละ 30.70 ผู้สูงอายุตอนปลาย ร้อยละ 2.30 เรียนระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.40 ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้เหล่านี้อาจเป็นข้อจำกัดในการสร้างทักษะการเรียนรู้ การเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหารสามารถจัดการตนเองในการควบคุมตัวโรคได้
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการส่งเสริม สนับสนุน จัดกิจกรรมเพื่อเสริม สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรู้สึกรู้สีก่อนในตนเอง เป็นต้น
2. ควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีรายได้ไม่เพียงพอ สถานภาพโสด เพื่อขยายผลของการศึกษา

References

- Al-Harithy, F. M., & Wazqar, D. Y. (2021). Factors associated with self-management practices and self-efficacy among adults with cancer under treatment in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing, 30*(21-22), 3301–3313. doi: 10.1111/jocn.15843
- American Cancer Society. (2020). *American cancer society guideline for colorectal cancer screening*. Retrieved from <https://www.cancer.org>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Busch, E. L., Martin, C., DeWalt, D. A., & Sandler, R. S. (2015). Functional health literacy, chemotherapy decisions, and outcomes among a colorectal cancer cohort. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center, 22*(1), 95-101. doi: 10.1177/107327481502200112
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly*. Retrieve from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197 (in Thai)
- Department of Health Ministry of Public Health. (2014). *Elderly screening/assessment manual*. Nonthaburi: Office of the publishing house of the war veteran organization. (in Thai)
- Department of Health Ministry of Public Health. (2017). *Conceptual model of health literacy*. Retrieve from http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_DataMarts/Change/HL.pdf (in Thai)
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care, 31*(5), 874-879.



- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- National Cancer Institute. (2020). *Report on cancer registration at the hospital Level 2019*. Retrieve from https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html (in Thai)
- Noppakroh, 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.
- Papadakos, J. K., Hasan, S. M., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadakos, C. J., ... Howell, D. (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer*, 124(21), 4202-4210. doi: 10.1002/cncr.31733
- 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. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rattanawarang, W., & Chantha, W. (2018). Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chai Nat Province. *The Journal of Baromarajonani College*, 24(2), 34-51. (in Thai)
- Ruangawat, S., Soivong, P., & Suksatit, B. (2020). Factors related to self-management behaviors among persons with cirrhosis. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 123-132. (in Thai)
- Srirung, W., Puwarawuttipanit, W., & Koositamongkol, S. (2022). Factors influencing self-management behavior among ischemic stroke patients. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(2), 108-123. (in Thai)
- Syed, I. A., Nathan, P. C., Barr, R., Rosenberg-Yunger, Z. R., D'Agostino, N. M., & Klassen, A. F. (2016). Examining factors associated with self-management skills in teenage survivors of cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 686-691. doi: 10.1007/s11764-016-0514-y
- Wu, F., Howell, D., Fang, Q., Chen, J., & Yuan, C. (2020). Trajectory patterns and factors influencing self-management behaviors in Chinese patients with breast cancer. *Cancer Nursing*, 43(2), e105-e112. doi: 10.1097/ncc.0000000000000681



The Effects of a Simulation-Based Learning Program on Knowledge and Communication Skills for Patient Safety

Among Perioperative Nurses*

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสาร
เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด*

นันทชนม์	เพชรประสิทธิ์**	Nantachon	Phetprasit**
ศศิธร	ลายเมฆ***	Sasithorn	Laimek***
ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา***	Pratyanan	Thiangchanya***

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of a simulation-based learning (SBL) program on knowledge and communication skills for patient safety among perioperative nurses. Twelve professional nurses working in the operating room at tertiary hospital were purposively recruited. The instruments used in the research were 1) an experimental instrument consisting of the SBL program to enhance knowledge and communication skills among perioperative nurses in three scenarios, validated by five experts; the program testing was conducted with two nurses who were not recruited for the study; and 2) the tools used to collect data, composed of demographic questionnaires, the Safety Communication Knowledge Assessment, and the behavioral observation record form. The safety communication knowledge assessment tool was validated by 5 experts; the content validity index (CVI) was 0.81 and 0.80, respectively. Reliability testing for the Safety Communication Knowledge Assessment by Kuder-Richardson 20 was 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Rank Test.

The results showed that the safety communication knowledge of perioperative nurses after participating in the SBL program significantly increased ($Z = -2.836$, $p = .005$). After using the SBL program for knowledge and communication skills related to patient safety, the post-test's median score ($Mdn = 12.5$, $IQR = 4.5$) was higher than the pre-test's median score ($Mdn = 11$, $IQR = 4.0$). After participating in the SBL program, the overall practice of communication skills for patient safety among perioperative nurses was 94.44%.

This finding shows that SBL programs can enhance the knowledge and skill of safety communication for perioperative nurses.

Keywords: Simulation-based learning program; Communication knowledge for patient safety; Communication skills for patient safety; Perioperative nurses

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; e-mail: mojipoo9@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Received 22 July 2022; Revised 29 October 2022; Accepted 1 November 2022



บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด 3 สถานการณ์ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน แล้วนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน และ 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย และแบบสังเกตทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ ทดสอบค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยด้วยสถิติ Kuder-Richardson 20 ได้เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.836, p = .005$) ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้หลังใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง ($Mdn = 12.5, IOR = 4.5$) มากกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($Mdn = 11, IOR = 4.0$) และผลการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองโดยรวมมีการปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 94.44

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองสามารถส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง ความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ e-mail: mojipoo9@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ความรู้ และทักษะความชำนาญเฉพาะทางในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาด้วยการผ่าตัด (Thai Perioperative nurses association, 2011) ควบคู่กับการมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน และมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ (Siwawut, Thiangchanya, & Thongsuk, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากความรู้หรือทักษะเทคนิค (technical skill) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การผ่าตัดเนื้องอกไขสันหลัง การผ่าตัดขนาดเล็ก (minimally-invasive surgery) แล้วยังเกิดจากความผิดพลาดจากทักษะไม่ใช่เทคนิค (non-technical skills) (Kang, Massey, & Gillespie, 2015) เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ การตัดสินใจ และการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะ ความผิดพลาดจากทักษะการสื่อสารขณะการปฏิบัติงานร่วมกัน ระหว่างศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด รวมถึงการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุต่าง ๆ จากการขาดความสามารถในการลำดับการสื่อสารอีกด้วย (Braaf, Riley, & Manias, 2015)

พยาบาลห้องผ่าตัดควรพัฒนาความรู้และทักษะการสื่อสารในขณะปฏิบัติงานทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (Braaf, Manis, Finch, Riley, & Munro, 2012) เพราะการสื่อสารในห้องผ่าตัดต้องมีความถูกต้องและครอบคลุมทั้งเรื่องการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง และการจัดการระหว่างทีมผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (Suwanaphum, Angkhanit, & Sornboon, 2020) เป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานด้านความปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกและเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Healthcare Accreditation: HA) ทั้งนี้ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อชีวิตเกิดความผิดพลาดได้สูงและอาจเกิดปัญหาเฉพาะหน้าได้ตลอดเวลา แม้จะมีการวางแผนหรือคาดการณ์การผ่าตัดไว้ล่วงหน้าแล้วก็ตาม (Braaf et al., 2012) จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทยย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2563 พบว่าการร้องเรียนจากการรักษาผิดพลาด ผ่าตัดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง การร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลการพยาบาลผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติจำนวน 6 ราย และพบความเสี่ยงจากการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งจำนวน 14 ราย (Anonymous, 2020) เช่นเดียวกับข้อมูลในต่างประเทศพบการร้องเรียนเกี่ยวกับระบบและกระบวนการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การสื่อสารไม่ชัดเจนร้อยละ 43 (Gawande, Michael, David, & Troyen, 2003) การสื่อสารคลาดเคลื่อน ไม่ครบถ้วน ล่าช้า และพบความผิดพลาดในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลของผู้ป่วยร้อยละ 90 (Aebbersold, Tschannen, & Sculli, 2013) ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียแก่ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล เกิดการร้องเรียนฟ้องร้องในประเด็นความผิดพลาดดังกล่าว

จากการทบทวนความผิดพลาดที่พบในห้องผ่าตัด พบว่ามีสาเหตุจากการจัดการบุคลากรไม่เหมาะสม การปฐมพยาบาลและฝึกอบรมไม่เพียงพอ มีผลให้การสื่อสารระหว่างวิชาชีพไม่เหมาะสม พยาบาลขาดความรู้ ขาดความชำนาญในการปฏิบัติงาน รวมถึงขาดความรู้การปฏิบัติงานด้านการสื่อสารเพื่อความปลอดภัย (Braaf et al., 2012) โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพใหม่ (novice) ปฏิบัติงานไม่เกิน 1 ปี ที่ยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหรือมีสมรรถนะไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งพยาบาลที่เริ่มมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (advanced beginner) มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 - 2 ปี สามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง บริหารจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกว่าที่สามารถเรียนรู้จดจำประสบการณ์ แต่ยังไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาได้ (Benner, 1984) ซึ่งการฝึกฝนในสถานการณ์จริงไม่อาจกระทำได้ด้วยข้อจำกัดของการทำงานที่ต้องการความรวดเร็วและปลอดภัยต่อผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้เรียนที่เป็นมือใหม่ (Grossman et al., 2009) การปฏิบัติงานของพยาบาล



จบใหม่ต้องมีการปรับตัวและหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย และความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วย จึงถูกคาดหวังในเรื่องของความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงาน แต่พยาบาลจบใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ขาดความชำนาญในการคิดวิเคราะห์และการวางแผนการพยาบาล ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน (Krittayapoositpot, 2021)

การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning: SBL) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วย ส่งเสริมการเรียนรู้ให้พยาบาลวิชาชีพใหม่มีประสบการณ์การทำงานและทักษะอย่างมีประสิทธิภาพ (Cook, 2014) เป็นการเรียนรู้แบบพหุทักษะที่เชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์ในภาคทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน ส่งผลต่อการเรียนรู้ (Brubacher, Powell, Skouteris, & Guadagno, 2015) ผู้เรียนได้รับความรู้จากการให้ข้อมูล ย้อนกลับทันทีโดยผ่านการสะท้อนคิด (Olga et al., 2020) หากนำมาใช้ในการส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพใหม่ จะทำให้มีทักษะการสื่อสารที่สามารถเพิ่มความปลอดภัยและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยได้

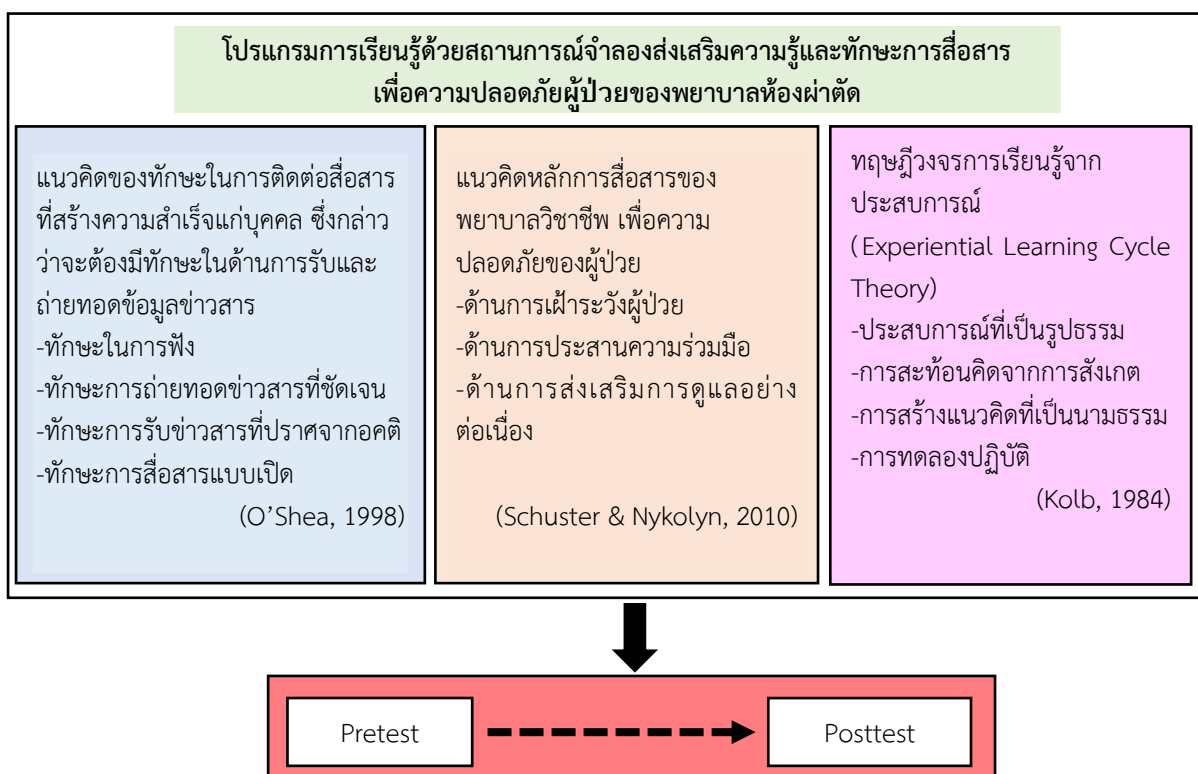
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้ทักษะการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยจนเกิดความเข้าใจ และไว้วางใจ ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมพยาบาล เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามมาตรฐานสากลของ Joint Communication International (JCI) โดยเฉพาะพยาบาลใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงาน จากการฝึกอบรมทักษะที่ไม่ใช่ด้านเทคนิคสำหรับห้องผ่าตัด โดยใช้การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง ที่จะช่วย ส่งเสริมศักยภาพในการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ป่วยในการพยาบาล ผ่าตัดได้อย่างครอบคลุม นำไปสู่การเป็นที่ยอมรับทั้งระดับวิชาชีพและองค์กร (Abildgren et al., 2022) ผู้วิจัยจึง เห็นความสำคัญของการส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้ ด้วยสถานการณ์จำลอง ซึ่งเป็นรูปแบบการสอนที่เน้นความรู้และทักษะการสื่อสารให้พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อเปิด โอกาสให้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และสามารถวิเคราะห์แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลสัมฤทธิ์ในการส่งเสริม ความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าการกรอบแนวคิดทักษะในการติดต่อสื่อสารที่สร้างความสำเร็จแก่บุคคลของ โอซี (O'Shea, 1998) หลักการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของ ชุสเตอร์ และ ไนโกลิน (Schuster & Nykolyn, 2010) และวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ด้วยสถานการณ์จำลองของ โคลบ (Kolb, 1984) ดังแสดงในภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดผล
ก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest -posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
แห่งหนึ่ง มีจำนวนพยาบาลทั้งสิ้น 41 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี กลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (nonprobability sampling) คัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มที่เลือกตาม
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดไม่เกิน 5 ปี มีจำนวน 12 คน จึงได้ขนาดกลุ่ม
ตัวอย่าง 12 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้อง
ผ่าตัด จำนวน 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด และ 3) ระยะการดูแลอย่างต่อเนื่องหลัง
ผ่าตัด โปรแกรมฯได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ภายหลังการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้
นำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลห้องผ่าตัด
และระดับการศึกษาสูงสุด

2.2 แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดหลักการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของ ชุสเตอร์ และ ไนโก-ลิน (Schuster & Nykoly, 2010) ทักษะในด้านการรับและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารของ โอชี (O'Shea, 1998) และทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ โคลบ (Kolb, 1984) ประเมินความรู้ใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด ข้อคำถามเป็นการเลือกตอบถูกและผิด จำนวน 16 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.81 และคำนวณหาค่าความคงที่ภายในด้วยการวิเคราะห์ Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

2.3 แบบสังเกตทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้วิจัยออกแบบโดยใช้รูปแบบรายการ checklist จำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย 11 ข้อ ด้านการประสานความร่วมมือ 6 ข้อ และด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ PSU IRB 2022-St- Nur 010 (Internal) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการทำวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และจะทำลายหลังจากที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 สร้างโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยออกแบบสถานการณ์จำลองฉุกเฉินซับซ้อนที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด 3 สถานการณ์ และปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ทดสอบความเป็นไปได้กับผู้ร่วมวิจัย 2 ท่าน

1.2 สร้างแบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด และสร้างแบบสังเกตทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด

1.3 นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา มาทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา เพื่อดูความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยผู้วิจัยบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมฯ และเครื่องมือวัดให้มีความเหมาะสมมากขึ้นก่อนเก็บข้อมูลจริง

1.4 การเตรียมผู้วิจัย

ก่อนนำโปรแกรมฯไปใช้ ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมในโครงการ How to teach non-technical skills ประจำปี 2564 ผ่านระบบ Webinar ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อฝึกทักษะเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม (facilitation) โดยมีการเตรียมความเข้าใจในเนื้อหาในการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลองส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ทำหน้าที่ชี้แจงบรรยายสถานการณ์ วางแผนการปฏิบัติสถานการณ์จำลอง สังเกตขณะดำเนินสถานการณ์จำลอง สะท้อนคิดการเรียนรู้หลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง และสังเกตทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังใช้สถานการณ์จำลอง

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้ช่วยในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลประจำการหน่วยงานห้องผ่าตัด 2 คน ที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมากกว่า 10 ปี โดยมีการเตรียมความเข้าใจในเนื้อหาในการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกับผู้วิจัย ทำหน้าที่โดยมีบทบาทในสถานการณ์จำลองแต่ละสถานการณ์ พุดกระตุ่นขณะกลุ่มตัวอย่างดำเนินการในสถานการณ์จำลอง ร่วมสะท้อนคิดการเรียนรู้หลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงรูปแบบการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลา 20 นาที

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการทดลอง (pre-test) ในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ก่อนใช้โปรแกรมฯ แล้วนำแบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดมาคืนผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์

2.3 กลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมฟังการบรรยายเกี่ยวกับโปรแกรมฯเป็นเวลา 10 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างเตรียมความพร้อมก่อนเข้าฝึกสถานการณ์จำลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน โดยการจับฉลากหมายเลข 1 และ 2 เข้ากลุ่มตามหมายเลขที่จับได้ แล้วแบ่งบทบาทต้องแสดง ได้แก่ พยาบาลช่วยรอบนอก 1 คน พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 1 คน ผู้สังเกตสถานการณ์ 4 คน โดยสังเกตสถานการณ์จำลองที่ดำเนินการทั้งหมด ตามความสนใจ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการเรียนรู้สถานการณ์จำลองทั้ง 3 สถานการณ์ ได้แก่ สถานการณ์ที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด สถานการณ์ที่ 2 ระยะผ่าตัด และสถานการณ์ที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด ซึ่งกลุ่มหมายเลข 1 ต้องเริ่มเข้าเรียนรู้ตามโปรแกรมครบ 3 สถานการณ์ทั้งหมดอย่างต่อเนื่องจนเสร็จสิ้นกลุ่มหมายเลข 2 จึงเข้าเรียนรู้ตามโปรแกรมฯ ตามลำดับ ใช้เวลา 30 นาที ในการดำเนินสถานการณ์จำลองพร้อมสะท้อนคิด (debriefing) ทำร่วมกันทั้ง 2 กลุ่มใช้เวลา 10 นาที

2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการทดลอง (post-test) ในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด หลังการฝึกสถานการณ์จำลองภายใน 1 สัปดาห์ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมฯใช้เวลา 10 นาที เพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อหน่วยงาน ปัญหาและอุปสรรค โดยร่วมสะท้อนคิด (debriefing)

2.5 สังเกตทักษะการปฏิบัติพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด หลังใช้โปรแกรมฯภายใน 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. ขั้นตอนวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์คะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารเป็นรายข้อ วิเคราะห์คะแนนความรู้หลังการใช้โปรแกรมฯ ต่อความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงจำนวนและร้อยละ และวิเคราะห์คะแนนสังเกตพฤติกรรมพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงคะแนนที่ได้ปฏิบัติและร้อยละ

2. ทดสอบการเปลี่ยนแปลง nonparametric statistics โดยเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนจากการทดสอบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 อยู่ในช่วงอายุ 22 - 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และอายุ 25 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25 ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100

2. ประสิทธิภาพหลังการใช้โปรแกรมฯ ผลการวิเคราะห์คะแนนพบว่า ความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.836$, $p = .005$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้การสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยด้วย Wilcoxon Signed Rank Test ($n = 12$)

	posttest - pretest
Z	-2.836
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

3. ผลคะแนนความรู้การสื่อสารในแต่ละด้านก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่าความรู้หลังใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง ($Mdn = 12.5$, $IQR = 4.5$) มากกว่าความรู้ก่อนใช้โปรแกรมฯ ($Mdn = 11$, $IQR = 4.0$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน (Mdn) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) และความสอดคล้องของผลความรู้การสื่อสารก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสถานการณ์จำลอง ($n = 12$)

	pretest			posttest		
	Mdn	IQR	สอดคล้อง	Mdn	IQR	สอดคล้อง
ความรู้การสื่อสาร	11	4.0	มากที่สุด	12.5	4.5	มากที่สุด
ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย 6 ข้อ	3	3	ปานกลาง	4	3	มาก
ด้านการประสานความร่วมมือ 5 ข้อ	4	2	มาก	5	2	มากที่สุด
ด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง 5 ข้อ	4.5	2	มาก	5	2	มากที่สุด

4. ผลการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวม และรายด้าน หลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีการใช้ทักษะการสื่อสารโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 94.44 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าร้อยละ ของการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง ($n = 12$)

	ปฏิบัติร้อยละ (percent)
ทักษะการสื่อสาร	94.44
ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย 11 ข้อ	100
ด้านการประสานความร่วมมือ 6 ข้อ	83.33
ด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4 ข้อ	100



การอภิปรายผล

โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด มีผลให้ความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายด้าน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้หลังใช้โปรแกรมฯ มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และผลการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมฯ โดยรวมมีการปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 94.44 ผลการวิจัยสามารถอภิปรายความรู้และทักษะการสื่อสารที่เพิ่มขึ้นในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ความรู้และทักษะการสื่อสารด้านการเฝ้าระวัง

หลังการใช้โปรแกรมฯ สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด ไม่เกิน 5 ปี มีความรู้และทักษะการสื่อสารด้านการเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัดร้อยละ 100 ได้แก่ 1) การระบุตัวผู้ป่วย การวินิจฉัย แพทย์ผ่าตัด ปัญหาและอาการสำคัญเป็นข้อมูลที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องทำให้เสร็จสิ้นก่อนการผ่าตัด และ 2) ห้องรับส่งผู้ป่วยผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับอย่างรวดเร็ว ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนผลการศึกษามากมายของ สาหรัย จันสา (Chansa, 2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมกับการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลแห่งหนึ่งกับผลการศึกษา และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.33$, $SD = 4$) แสดงถึงการสื่อสารด้านความปลอดภัยเป็นการส่งผ่านข้อมูลข่าวสารไปยังบุคลากรทุกระดับในองค์กร ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงเป้าหมายของงานสามารถนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับไปเชื่อมโยงและช่วยให้การดำเนินการปฏิบัติด้านความปลอดภัยเป็นไปในทางเดียวกัน

2. ความรู้และทักษะการสื่อสารด้านการประสานความร่วมมือ

หลังการใช้โปรแกรมฯ พบด้านที่มีคะแนนสูง ได้แก่ 1) ก่อนทำ time out พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์ผ่าตัด และร่วมตรวจนับกับพยาบาลช่วยรอบนอกทุกครั้ง 2) เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ลำดับแรกที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติคือการ sign in ร่วมกับทีมผ่าตัดทุกครั้ง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลัทธพรณ ชูทอง (Chuthong, 2018) ที่ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ พบว่าพยาบาลมีความรู้ในการประสานงานระหว่างทีม เข้าใจกฎระเบียบและขั้นตอนการประสานเป็นอย่างดี เนื่องจากการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาที่รวดเร็ว การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง ซึ่งสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องติดต่อกับบุคคลทั้งภายในทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) ขณะผ่าตัดเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น bleeding พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด มอบหมายให้พยาบาลช่วยรอบนอกเตรียมอุปกรณ์ทันที และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกขวัญ เผ่าทิพย์จันทร์, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (Phaothipchan, Pinchaliew, & Putthapitakphon, 2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสารขีดความสามารถด้านความปลอดภัยกับการความปลอดภัยของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ พบว่าลักษณะงานของพยาบาลจะต้องใช้การสื่อสารในการติดต่อประสานงานกับบุคคลหลายฝ่ายทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานตลอดเวลา ทำให้พยาบาลได้รับการพัฒนาฝึกฝนทักษะในการติดต่อสื่อสารในสถานการณ์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

3. ความรู้และทักษะการสื่อสารด้านส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

หลังการใช้โปรแกรมฯ พบความรู้ด้านที่มีคะแนนสูงได้แก่ 1) พยาบาลห้องผ่าตัดใช้ใบนัดผ่าตัด เป็นเอกสารสำคัญในการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2) กรณีผู้ป่วยไม่พร้อมรับฟังคำแนะนำ เนื่องจาก ปวดแผลผ่าตัด หรือหิว จึงควรแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไปกับญาติแทนที่เป็นอันดับแรก และ 3) ควรให้ใบคำแนะนำหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเท่านั้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลัทธพรธน ชูทอง (Chuthong, 2018) ที่พบว่าทำให้ข้อมูลสำคัญทางคลินิกของผู้ป่วยที่ย้ายไปต่างแผนกและให้เวลาพยาบาลต่างแผนกซักถาม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 4.29$, $SD = .66$) และการให้ความรู้ผู้ดูแลในการสังเกตอาการผิดปกติเพื่อนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัดหรือพบแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 4.29$, $SD = .70$) การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพต้องมีการเตรียมวางแผนตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อเกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ในการตอบสนองของบุคคลและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยทั้งทางด้านกาย จิต สังคม สามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

4. ทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลห้องผ่าตัด

หลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง 3 สถานการณ์ ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีการใช้ทักษะการสื่อสารด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย และด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกข้อปฏิบัติ (ร้อยละ 100) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โอดอนเนล, เด็คเกอร์, โฮเวิร์ด, ลีเวตต์-โจนส์ และ มิลเลอร์ (O'Donnell, Decker, Howard, Levett-Jones, & Miller, 2014) ที่ศึกษาทักษะที่แสดงออก (skills performance) ด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง สามารถพัฒนาทักษะที่ไม่ใช่เทคนิคทางการพยาบาลของผู้เรียนได้ (non - technical skills) เช่น การสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา รวมทั้งด้านการประสานความร่วมมือ และด้านการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากผลการศึกษาของ ธนพรธน กุณาละสิริ (Kunlasiri, 2015) ที่ศึกษาทักษะการติดต่อสื่อสารที่สร้างความสำเร็จแก่บุคคล พบองค์ประกอบของการสื่อสารดังนี้ 1) ผู้ส่งสาร (sender) 2) ผู้รับสาร (receiver) 3) สาร (message) และ 4) ช่องทางการสื่อสาร (channel) บุคคลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ทำหน้าที่ในการส่งและรับสารโดยมีการสลับบทบาทกันในกระบวนการสื่อสารกับทีมผ่าตัด เช่น ระยะก่อนผ่าตัด มีความสามารถในการรายงานข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นลำดับขั้นตอน แนวทางสื่อสารสภาวะผู้ป่วยใช้ ISBAR (Identify Situation Background Assessment and Recommendation) สำหรับ ข่าวสารที่ใช้ในห้องผ่าตัดคือ บันทึกส่งต่อ ได้แก่ (1) ใบ set case ผ่าตัด (2) แฟ้มประวัติผู้ป่วยผ่าตัด (3) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัด (4) ใบทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด (5) ใบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผ่าตัด (6) ป้ายชื่อมือชื่อผู้ป่วย (7) กระดานบันทึกผ่าตัด และ (8) ใบนัดหลังผ่าตัด

การสื่อสารข้อมูลในห้องผ่าตัดสามารถใช้ช่องทางการสื่อสารได้หลายรูปแบบ พยาบาลควรเลือกการส่งสารที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ เช่น การ set case ผ่าตัด ระหว่างพยาบาลวิสัญญีกับพยาบาลห้องฉุกเฉิน บันทึกข้อมูลผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษ การจัดทำผ่าตัด ลงใบ set case ผ่าตัด ส่งต่อพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อลงข้อมูลโดยผ่านระบบ HosXp ของโรงพยาบาล เป็นต้น สำหรับช่องทางการสื่อสารมีวิธีย่อยหลายดังนี้ (1) การสื่อสารโดยวาจาสื่อสารโดยตรงระหว่างบุคคลต่อบุคคล เพื่อแจ้งข้อมูลรายละเอียดการผ่าตัด นำข้อมูลไปใช้ในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและการส่งต่อข้อมูลในการส่งเวรของทีมงานพยาบาล (2) การสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ ใช้กรณีส่งสารและผู้รับสารไม่เผชิญหน้ากันโดยตรงในกรณีเร่งด่วน เพื่อต้องการสื่อสารเพิ่มเติมหรือเน้นย้ำข้อมูลที่มีความสำคัญ (3) การสื่อสารแบบเป็นลายลักษณ์อักษรที่มีการลงบันทึก โดยบุคลากรในทีมผ่าตัดเขียนบันทึกลงในเอกสารเวชระเบียน เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลผู้ป่วยและสื่อสารไปยังทีมผู้เกี่ยวข้องโดยการสื่อสารช่องทางนี้ใช้แจ้ง



เป็นข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมในการรักษาและการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด และ (4) การสื่อสารผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตโดยผ่านระบบ HosXp เครือข่ายภายในโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อให้ทีมหน่วยงานผ่าตัดรับทราบข้อมูลผู้ป่วยและการผ่าตัด โดยมีการกำหนดกลุ่มผู้ส่งสารและผู้รับสารเข้าถึงข้อมูล มีการตั้งรหัสเฉพาะในการเข้าถึงข้อมูล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบวิธีการสอนต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้กับบริบทพยาบาลปฏิบัติการ เช่น การสอนผ่านกรณีศึกษา การแสดงบทบาทสมมติ และการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้พยาบาลผู้เข้าอบรมได้พัฒนาตนเองมากขึ้น
2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ควรนำเสนอผู้บริหารถึงการใช้การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาและเตรียมพยาบาลผู้ปฏิบัติการ โดยเฉพาะพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ หรือยังมีประสบการณ์น้อย ให้เกิดความรู้และทักษะก่อนปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรปรับเนื้อหาโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองให้สอดคล้องกับทุกแผนกการผ่าตัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อองค์การในทุกด้านของการทำงานที่มีประสิทธิผลมากขึ้น เช่น การตระหนักสถานการณ์ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ เป็นต้น
2. ควรมีการออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ใช้การศึกษาชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ของแบบสังเกตทักษะการปฏิบัติพยาบาลห้องผ่าตัดต่อทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่มีรูปแบบรายการเป็น checklist ก่อนใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองได้ เนื่องจากช่วงดำเนินการวิจัยอยู่ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีข้อจำกัดในการใช้ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล ตามประกาศมาตรการรองรับกรณีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 19 ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่ซับซ้อนลดลง

References

- Abildgren, L., Lebahn-Hadidi, M., Mogensen, C. B., Toft, P., Nielsen, A. B., Frandsen, T. F., ... Hounsgaard, L. (2022). The effectiveness of improving healthcare teams' human factor skills using simulation-based training: A systematic review. *Advances in Simulation*, 7(12), 1-18. doi: 10.1186/s41077-022-00207
- Aebersold, M., Tschannen, D., & Sculli, G. (2013). Improving nursing student s' communication skills using crew resource management strategies. *Journal of Nursing Education*, 52(3), 125-130.
- Anonymous. (2020). *Annual Risk Report Statistics 2016 - 2020*. Author. (in Thai)
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. California, NY: Addison-Wesley.



- Braaf, S., Manis, E., Finch, S., Riley, R., & Munro, F. (2012). Communication failure across the perioperative pathway. *International Journal of Person-Centered Medicine*, 2(4), 698-706.
- Braaf, S., Riley, R., & Manias, E. (2015). Failures in communication through documents and documentation across the perioperative pathway. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1874-1884.
- Brubacher, S. P., Powell, M., Skouteris, H., & Guadagno, B. (2015). The effect of e-simulation interview training on teachers' use of open-ended questions. *Child Abuse & Neglect*, 43, 95-103. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.004
- Chansa, S. (2017). The effects of effective communication and teamwork on patient safety management of staff nurses at one government hospital in Bangkok metropolis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Suppl.), 299-307.
- Chuthong, L. (2018). *Registered nurses' competencies in communication for patient safety in tertiary hospitals, Southern Thailand*. Songkhla: Prince of Songkla University.
- Cook, D. A. (2014). How much evidence does it take? A cumulative meta-analysis of outcomes of simulation-based education. *Medical Education*, 48(8), 750-760. doi: 10.1111/medu.12473
- Gawande, A. A., Michael, J. Z., David, M. S., & Troyen, A. B. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgical Outcomes Research*, 133(6), 614-21.
- Grossman, P., Compton, C., Igra, D., Ronfeldt, M., Shahan, E., & Williamson, P. (2009). Teaching practice: A cross-professional perspective. *Teachers College Record*, 111(9), 2055-2100.
- Kang, E., Massey, D., & Gillespie, B. M. (2015). Factors that influence the non-technical skills performance of scrub nurses: A prospective study. *Advance Nursing*, 71(12), 2846-2857. doi: 10.1111/ jan.12743
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Retrieved from <http://academic.regis.edu/ed205/Kolb.pdf>
- Krittayapoositpot, N. (2021). The achievement of the operating nurses' teaching program in Surat Thani hospital. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*, 5(1), 1-12. (in Thai)
- Kunlasiri, T. (2015). *Communication type to optimize surgical teamwork effectiveness within operating theater in private hospital in Nakonsawan* (Master's thesis). Silpakorn University. Retrieved from <http://ithesisir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/164/1/> (in Thai)
- O'Donnell, J. M., Decker, S., Howard, V., Levett-Jones, T., & Miller, C. W. (2014). NLN/Jeffries simulation framework state of the science project: Simulation learning outcomes. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), 373-382.



- Olga, C., Nicole, H., Matthias, S., Doris, H., Tina S., & Frank, F. (2020). Simulation-based learning in higher education: A meta-analysis. *Journal Indexing and Metrics*, 90(4), 499–541.
doi: 10.3102/0034654320933544
- O'shea. (1998). *Relationship-building skill*. Boston: McGraw hill Irwin.
- Phaothipchan, K., Pinchaliew, D., & Putthapitakphon, S. (2015). The relationships between communication skills, safety competency, and patient safety management of staff nurses at an autonomous university hospital in Bangkok Metropolis. *Journal of the Police Nurses*, 7(1), 210-222. (in Thai)
- Schuster, P. M. H., & Nykolyn, L. (2010). *Communication for nurses: How to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia: F. A. Davis Co.
- Siwawut, J., Thiangchanya, P., & Thongsuk, P. (2020). Non-technical skills of perioperative nurses for patient safety in Tertiary Hospital, Thailand. *Nursing Journal*, 47(4), 458-469. (in Thai)
- Suwanaphum, S., Angkhanit, M., & Sornboon, A. (2020). Competency in operating room nurses and nursing service practices that concern patient safety as per nurse's perception, Roiet Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(3), 51-61. (in Thai)
- Thai Perioperative Nurses Association. (2011). *Competency of perioperative nurses*. Bangkok: TPNA. (in Thai)



Factors Predicting the Subjective Career Success of Nurses in University Hospitals*

ปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*

ชนันท์ธิดา อติชาติ**	Chanunthida Atichat**
กุลวดี อภิชาติบุตร***	Kulwadee Abhicharttibutra***
อรอนงค์ วิชัยคำ****	Orn-anong Wichaikhum****

Abstract

Subjective career success is an important factor related to performance efficiency and retention of nurses in their jobs. The objectives of this study were to study subjective career success and the factors predicting subjective career success of nurses in government university hospitals. The sample consisted of 180 nurses working in government university hospitals and was determined using multi-stage sampling. The instruments used consisted of the Subjective Career Success Scale and the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire. The reliability of the Subjective Career Success Scale was 0.86. For the sub-dimensions of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire, reliability values were 0.77, 0.69, 0.94, 1.00, 0.98 and 0.88. Data was analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that nurses at government university hospitals had overall subjective career success at a high level. The predicting factors for subjective career success were access to opportunities, formal power, access to support, access to information, and employment status, which could together explain 42.40% of subjective career success.

The results can assist nursing administrators and hospital administrators in promoting structural empowerment to encourage nurses in government university hospitals to achieve more subjective career success. Finally, nurses will have more efficient performance and be retained in their employment.

Keyword: Structural empowerment; Subjective career success; Nurses; Government university hospitals

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

** Graduate Student of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: akulwadee@gmail.com

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

Received 12 April 2022; Revised 18 July 2022; Accepted 1 August 2022



บทคัดย่อ

ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการทำงาน และการคงอยู่ในงานของพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย และปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐจำนวน 180 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย และแบบสอบถามสภาพการทำงานที่มีประสิทธิผล ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยมีเท่ากับ 0.86 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านของแบบสอบถามสภาพการทำงานที่มีประสิทธิผล เท่ากับ 0.77, 0.69, 0.94, 1.00, 0.98 และ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ร่วมทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย ได้แก่ การเข้าถึงโอกาส พลังอำนาจแบบเป็นทางการ การเข้าถึงการสนับสนุน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และสถานภาพการจ้างงาน โดยสามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้ร้อยละ 42.40

ผลการศึกษาเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน เพื่อให้พยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเกิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย ที่จะทำให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพและคงอยู่ในงานต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย พยาบาล โรงพยาบาล-มหาวิทยาลัยของรัฐ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

e-mail: akulwadee@gmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 12 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 18 กรกฎาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 1 สิงหาคม 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการให้บริการสุขภาพเนื่องจากเป็นวิชาชีพที่มีจำนวนสูงสุดและเป็นผู้ให้บริการที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยในการให้บริการแก่ผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง (American Nurses Association, 2010) พยาบาลยังเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรในการพัฒนาคุณภาพทั้งการพัฒนามาตรฐานของโรงพยาบาล (Gaesawahong, 2015) การดูแลพยาบาลให้เกิดความความสำเร็จในอาชีพ และเกิดความพึงพอใจในการทำงานจึงมีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ซึ่งความสำเร็จในอาชีพ (career success) เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานของแต่ละบุคคลนั้น ๆ (Gattiker & Larwood, 1986) ความสำเร็จในอาชีพแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบได้แก่ ความสำเร็จเชิงปรนัย (objective career success) ซึ่งเป็นความสำเร็จในอาชีพที่สังเกตหรือสามารถวัดได้ และความสำเร็จเชิงอัตนัย (subjective career success) ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จในอาชีพการงานหรือการพัฒนาอาชีพของแต่ละบุคคล (Gattiker & Larwood, 1986)

ปัจจุบันองค์กรให้ความสำคัญกับความสำเร็จเชิงอัตนัยมากขึ้น เนื่องจากความสำเร็จในอาชีพเชิงปรนัยไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ของความสำเร็จในอาชีพ (Arthur, Khapova, & Wilderom, 2005; Park, 2010) อีกทั้งความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานที่เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Gattiker & Larwood, 1986) ดังนั้นบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการทำงานอาจรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในอาชีพได้ (Korman, Wittig-Berman, & Lang, 1981) นอกจากนี้ความท้าทายในการพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญใหม่ ๆ การได้รู้ถึงการบรรลุเป้าหมาย และการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุความสมดุลในการทำงาน รวมไปถึงการได้รับการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน (Heslin, 2005) ทำให้บุคคลให้ความสำคัญกับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยมากขึ้น บุคคลที่รับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยจะมีทัศนคติและความพึงพอใจในงาน มีความมุ่งมั่น มีส่วนร่วมในงานในระดับที่สูงขึ้น (Abele & Spurk, 2009) มีความพยายามเพื่อบรรลุเป้าหมายของตนเองในอนาคต (Heslin, 2005) มีความสุขและเกิดแรงจูงใจในการทำงานมาก ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน และก่อให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองขององค์กร (Judge, Higgins, Thoresen, & Barrick, 1999)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างรวมถึงปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานภายในองค์กรเพื่อให้ตอบรับกับพันธกิจต่าง ๆ โดยเปลี่ยนไปเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ส่งผลให้พยาบาลไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ แต่จะได้รับการบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยซึ่งมีระเบียบและสวัสดิการแตกต่างจากข้าราชการพลเรือนเกี่ยวกับสวัสดิการ สิทธิประโยชน์ วิธีประเมินผล และความก้าวหน้าในงานแบบรายปี (Srisa-an, 2016) นอกจากนี้พยาบาลยังพบข้อจำกัดในด้านความก้าวหน้าตำแหน่งหน้าที่ (Siripukdeekan & Boonrubpayap, 2014) รวมถึงจำนวนของตำแหน่งที่รองรับยังมีจำนวนจำกัด (Chutangkorn & Luangamornlert, 2013) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงส่งกระทบต่อการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพของพยาบาล และทำให้มีอัตราการลาออกของพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากมีความรู้สึกท้อแท้ที่ท้ออยู่นั้นไม่มีความมั่นคง (Topanthanont & Prachusilpa, 2007) นอกจากนี้ในส่วนของการค่าตอบแทนของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยยังมีความแตกต่างกับโรงพยาบาลอื่นของรัฐ อีกทั้งเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นพยาบาลมีเงินเดือนตั้งต้นของพยาบาลต่อเดือนน้อยที่สุดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (Phetthongyok et al., 2019) โดยการศึกษาในประเทศไทยพบความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (Jeenkool, 2004) ซึ่งแสดงให้เห็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลให้เพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนโมเดลเชิงนิเวศวิทยาซึ่งอธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับปัจจัยแวดล้อมในระดับต่าง ๆ ของสังคม ที่ประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยด้านชุมชน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัยด้านนโยบาย (Dunn, 2017) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ เช่น ระดับการศึกษา สถานภาพ การจ้างงานจะส่งผลถึงการรับรู้ของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาโดยพบว่าสถานภาพการจ้างงานมีส่วนทำให้บุคลากรรู้สึกถึงความไม่มั่นคงในอาชีพ โดยพยาบาลที่มีสถานะภาพการจ้างงานในตำแหน่งพนักงานมหาวิทยาลัยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจและไม่มั่นใจในการคงอยู่ในองค์กร (Topanathanont & Prachusilpa, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าในระดับองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างสามารถช่วยเสริมสร้างความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย (Yin, 2012; Dan, Xu, Liu, Hou, Liu, & Ma, 2018)

การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างทั้งแบบเป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการจะส่งเสริมให้เกิดแรงกระตุ้นและแรงจูงใจในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ (Dan et al., 2018) ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานเชิงบวกที่ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงานให้แก่พยาบาลในการปฏิบัติงานซึ่งทำให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้นรวมถึงการพัฒนาขององค์กรอีกด้วย (Laschinger, 2008) อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ยังไม่แพร่หลายมากนัก โดยในประเทศไทยพบการศึกษาความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ (Jeenkool, 2004) ซึ่งเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย และมีการศึกษามากกว่า 10 ปี แต่ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐได้ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ เพื่อเป็นข้อมูลและหลักฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้นำทางการพยาบาลในการพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการทำงาน การเพิ่มขีดความสามารถภายในองค์กรนำไปสู่ความสำเร็จในอาชีพพยาบาลในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

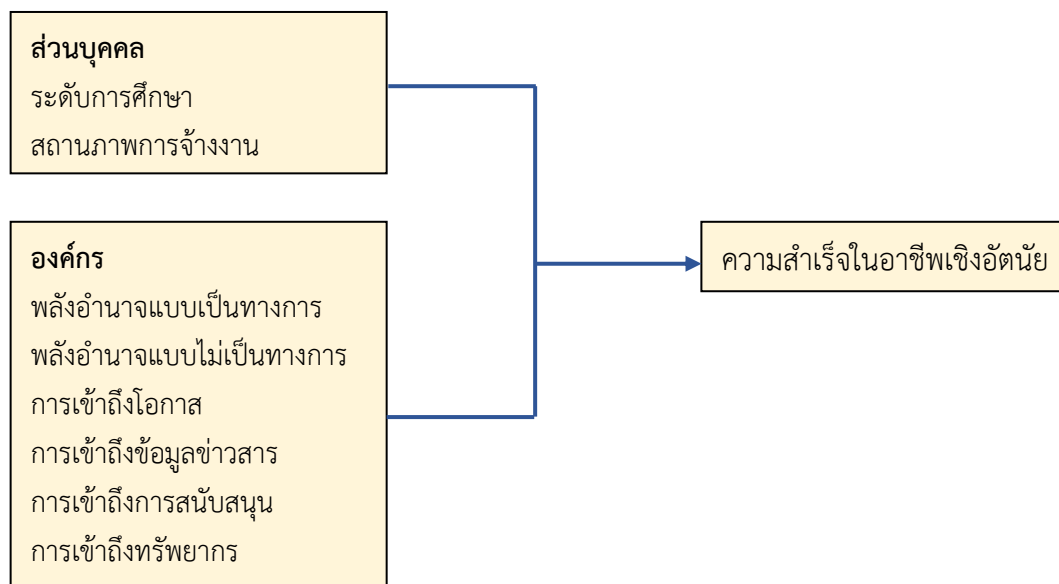
1. ศึกษาความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพการจ้างงาน และการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง ได้แก่ พลังอำนาจแบบเป็นทางการ พลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ การเข้าถึงโอกาส ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยโดยใช้แนวคิดของ กัตติเคอร์ และ ลาร์วูด (Gattiker & Larwood, 1986) ซึ่งแบ่งความสำเร็จความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสำเร็จในงาน ความสำเร็จด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสำเร็จด้านการเงิน ความสำเร็จตามลำดับขั้น และความสำเร็จในชีวิต ซึ่งในระดับบุคคล การที่พยาบาลมีระดับการศึกษาที่สูง และมีสถานภาพการจ้างงานที่มั่นคง และได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างจะส่งผลให้พยาบาลเหล่านั้นรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้มากขึ้น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างตามแนวคิดของ ลาสซิงเจอร์ (Laschinger, 1996) ประกอบไปด้วย พลังอำนาจแบบเป็นทางการ ได้แก่ งานที่งานที่มีอิสระในการตัดสินใจ มีความยืดหยุ่น ได้รับการยอมรับ มีความชัดเจน และงานที่มีความสอดคล้อง และพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ ซึ่ง

เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยพลังอำนาจทั้ง 2 ดังกล่าวเป็นสิ่งแวดล้อมในงานที่จะส่งผลให้บุคลากรสามารถเข้าถึงโอกาส ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุน และทรัพยากรที่จำเป็นในการทำงานให้สำเร็จ เกิดความพึงพอใจในงานและส่งเสริมให้เกิดแรงกระตุ้นและแรงจูงใจในการทำงานให้ประสบความสำเร็จที่นำไปสู่การรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้ ดังแผนภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในเขตภาคเหนือ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่จำนวน 1,451 คน (Nursing Department Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2021) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรมีจำนวน 525 คน (Nursing Department Naresuan University Hospital, 2019) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 32 คน (University of Phayao Hospital, 2021) และโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงจำนวน 193 คน (Mae Fah Luang University, 2020) รวมประชากรทั้งหมดจำนวน 2,201 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ เลห์แมน, โอรูคเกอ, แฮทเชอร์, และ สเตฟานสกี (Lehman, O'Rourke, Hatcher, & Stepanski, 2005) คือ $N \geq 20k$ (k เท่ากับจำนวนตัวแปรทำนาย) ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทำนาย 8 ตัว คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ในการศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีโอกาสได้แบบสอบถามคืนไม่ครบ ดังนั้นจึงทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Burn & Grove, 2005) รวมเป็น 192 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วย 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล 2) กลุ่มตัวอย่างที่กำลังอยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาคลอด และ ลาป่วยมากกว่า 1 เดือน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ 1) สุ่มตัวแทนโรงพยาบาลที่มีขนาดมากกว่า 1,000 เตียง และต่ำกว่า 1,000 เตียงอย่างละ 1 โรงพยาบาล 2) คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนกับประชากรในแต่ละโรงพยาบาล 2) คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลตามงานการพยาบาลของทั้ง 2 โรงพยาบาล 3) จับฉลากแบบไม่แทนที่ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละงานการพยาบาลตามสัดส่วนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการจ้างงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานและงานการพยาบาลที่สังกัด ข้อคำถามเป็นลักษณะปลายปิดและปลายเปิด

2. แบบวัดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย (subjective career success scale) ของ กัตติเกอร์ และ ลาร์วูด (Gattiker & Larwood, 1986) ที่แปลโดยผู้วิจัยโดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้านได้แก่ ความสำเร็จในงาน ความสำเร็จด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสำเร็จด้านการเงิน ความสำเร็จตามลำดับขั้น และความสำเร็จในชีวิต ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (likert scale) 5 ระดับ เริ่มที่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จนถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผลความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย โดยคำนวณคะแนนเฉลี่ยของแต่ละข้อและแปลผลโดยใช้เกณฑ์คือ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึงอยู่ในระดับปานกลาง และ 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึงอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามสภาพการทำงานที่มีประสิทธิผล (The Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II: CWEQ-II) ของ ลาสชิงเจอร์, ฟัยเนแกน, ชาเมียน, และวิลค์ (Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001 as cited in Laschinger, 2012) แปลโดย นัฐภูมิ นุชพงษ์ (Nuchpong, 2019) ข้อคำถาม แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มที่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) ประกอบด้วย 3 หมวด คือ

หมวดที่ 1 แบบวัดกิจกรรมในงาน (Job Activities Scale: JAS) เป็นการวัดพลังอำนาจแบบเป็นทางการ

หมวดที่ 2 แบบวัดความสัมพันธ์ภาพในงาน (Organization Relationships Scale: ORS) เป็นการวัดพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา

หมวดที่ 3 แบบวัดสภาพการทำงานที่มีประสิทธิผล เป็นแบบวัดการเข้าถึงโครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง ซึ่งมี 4 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านโอกาส ด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าถึงการสนับสนุน และการเข้าถึงทรัพยากร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย และแบบสอบถามสภาพการทำงานที่มีประสิทธิผล มีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ และผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 20 คน ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบวัดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้เท่ากับ 0.86 ของแบบสอบถามสภาพการทำงานที่มีประสิทธิผล หมวดกิจกรรมในงานเท่ากับ 0.77 หมวดสัมพันธ์ภาพในองค์กรเท่ากับ 0.69 และหมวดสภาพการทำงานที่มีประสิทธิผล ด้านการเข้าถึงโครงสร้างด้านโอกาสเท่ากับ 0.94 การเข้าถึงการสนับสนุนเท่ากับ 1.00 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.98 และการเข้าถึงทรัพยากรเท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 2564 – 051) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม (เลขที่ 2564 – 08418) และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (เลขที่ 5059/2564) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และทำลายภายหลังการตีพิมพ์ 3 ปี ผลการศึกษานำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยทำการขออนุญาตเก็บข้อมูล ติดต่อผู้ประสานงานวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายวิธีการแจกแบบสอบถามและการรับแบบสอบถามกลับคืน กำหนดระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากส่งมอบแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 180 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาล และการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างของพยาบาล วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย วิเคราะห์โดยใช้ stepwise regression analysis โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้ the Kolmogorov –Smirnov test พบข้อมูลความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p = 0.20$) ทดสอบไม่พบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Tolerance = 0.54 – 0.9, Variance Inflation Factor: VIF = 1.06 - 1.84) ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ตรวจสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ ตัวแปรไม่มีปัญหาความสัมพันธ์อัตโนมัติ (Durbin-Watson = 1.97)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ มีอายุเฉลี่ย 43.00 ปี (SD = 10.60) มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 33.89 อายุระหว่าง 51 - 60 ปีร้อยละ 30.00 เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.22 มีสถานภาพโสดร้อยละ 49.44 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 60.00 มีสถานภาพการจ้างงานเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยร้อยละ 59.44 เป็นข้าราชการร้อยละ 40.56 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 21 ปีขึ้นไปร้อยละ 50.56

2. ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.84$, SD = .44) โดยที่ความสำเร็จในชีวิต ($\bar{X} = 4.22$, SD = 0.66) ความสำเร็จด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 4.05$, SD = 0.54) และความสำเร็จในงาน ($\bar{X} = 3.99$, SD = 0.51) อยู่ในระดับสูง ส่วนความสำเร็จตามลำดับขั้น ($\bar{X} = 3.46$, SD = 0.69) และความสำเร็จด้านการเงิน ($\bar{X} = 3.02$, SD = 0.91) อยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพการจ้างงาน พลังอำนาจแบบเป็นทางการ พลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ การเข้าถึงโอกาส การเข้าถึงทรัพยากร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงการสนับสนุน ผลการศึกษพบว่า มี 5 ตัวแปรที่สามารถทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้ ร้อยละ 42.40 ($R^2 = .424$; $F = 25.635$, $p < 0.001$) โดยการเข้าถึงโอกาสสามารถทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้สูงสุด ($\beta = .253$, $p < .001$) รองลงมาคือพลังอำนาจแบบเป็นทางการ ($\beta = .231$, $p < .05$) การเข้าถึงการสนับสนุน ($\beta = .192$, $p < 0.05$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ($\beta = .179$, $p < 0.05$) และสถานภาพการจ้างงานแบบข้าราชการ ($\beta = .150$, $p < 0.05$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ส่วนอีกร้อยละ 57.60 แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ร่วมทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยที่ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้

ตารางที่ 1 ผลของ stepwise regression analysis ในการทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย
ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 180)

ตัวแปร	b	Std. Error	β	t	p-value
การเข้าถึงโอกาส	.155	.043	.253	3.618	.000**
พลังอำนาจแบบเป็นทางการ	.152	.043	.231	3.490	.001*
การเข้าถึงการสนับสนุน	.131	.053	.192	2.464	.015*
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	.123	.047	.179	2.613	.010*
สถานภาพข้าราชการ	.133	.052	.150	2.536	.012*

ผลการศึกษาสามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$Z \text{ ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย} = .253 (Z \text{ การเข้าถึงโอกาส}) + .231 (Z \text{ พลังอำนาจแบบเป็นทางการ}) + .192 (Z \text{ การเข้าถึงการสนับสนุน}) + .179 (Z \text{ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร}) + .150 (Z \text{ ข้าราชการ})$$

การอภิปรายผล

1. ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในเขตภาคเหนือ

ผลการศึกษาที่พบว่า พยาบาลรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 21 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงานที่สูง สามารถบริหารจัดการการทำงานได้ดี นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทร้อยละ 40.00 ซึ่งระดับการศึกษานั้นส่งผลต่อการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยด้านการเงิน เพราะผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ดีจะมีแนวโน้มมีรายได้ที่ดี (Judge, Cable, Boudreau, & Bretz, 1995; Orser & Leck, 2010) นอกจากนี้พนักงานเพศหญิงที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีรายได้และโอกาสในการดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น (Melamed, 1995) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงส่งผลให้พยาบาลรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านของความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1.1 ความสำเร็จในงาน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรับรู้ความสำเร็จด้านการทำงานอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้รับการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ที่จะสามารถนำไปทำงานให้สำเร็จได้ ดังที่ ลูเนนเบิร์ก (Lunenborg, 2011) กล่าวว่า การได้รับคำติชมและข้อเสนอแนะนั้นจะช่วยให้บุคคลมีการปรับปรุง และพัฒนาประสิทธิภาพของการทำงาน ซึ่งเป็นผลดีต่อทั้งตัวผู้ปฏิบัติงานและองค์กร นอกจากนี้ อาจเนื่องจากพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้ และทักษะในการทำงานให้สำเร็จ โดยให้การสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องเช่น การได้รับโอกาสในอบรมเฉพาะทาง การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น หรือได้รับการอบรม การสัมมนาวิชาการ และการศึกษาต่อเนื่องได้ ซึ่ง แวน เวลเซอร์ (Van Velsor, 1998 as cited in Maurer & Weiss, 2010) กล่าวว่า การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องทำให้บุคลากรได้มาซึ่งความรู้ การสร้างความตระหนักในตนเอง และการเปลี่ยนแปลงมุมมองต่าง ๆ นำไปสู่การเพิ่มผลผลิตและความสามารถที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร การได้รับโอกาสในการศึกษาต่อหรืออบรมเฉพาะทางจึงส่งผลไปถึงการรับรู้ถึงความก้าวหน้าในงานที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้ (Zamanzadeh, Valizadeh, Praskova, Ghahramanian, Rassouli, & Asghari, 2019) และเป็นสิ่งสำคัญที่สื่อถึงความสำเร็จในอาชีพ (Mulhall, 2016)

1.2 ความสำเร็จด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรับรู้ความสำเร็จด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก พยาบาลต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทุกระดับจากต่างแผนก รวมถึงมีการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ร่วมเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เช่น ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) สำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางด้านต่าง ๆ อีกทั้งทำหน้าที่ประสานงานกับทั้งบุคลากรและหน่วยงานต่าง ๆ กับโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ดังที่ บุญใจ ศรีสถิตนารกุล (Srisatidnarakul, 2007) กล่าวว่า พยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนด้านประสานงานกับโรงพยาบาลต่าง ๆ การที่พยาบาลต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ราบรื่น จึงทำให้พยาบาลรับรู้ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูง นอกจากนี้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยยังมีนโยบายและค่านิยมที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้ทำงานร่วมกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เช่น การที่มุ่งเน้นที่จะเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล และกำหนดการทำงานเป็นทีม (Team work) (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2021) หรือมีค่านิยมส่งเสริมความสามัคคี สามารถทำงานเป็นทีมและมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Unity) (Naresuan University Hospital, 2019) ค่านิยมเหล่านี้ล้วนส่งผลให้พยาบาลรับรู้ความสำเร็จด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒราภรณ์ กล้าหาญ (Klaxhan, 2007) ที่พบว่าพยาบาลมีความสำเร็จด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

1.3 ความสำเร็จในชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรับรู้ความสำเร็จในชีวิตในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการทำงานพยาบาลทุกคนมีวันหยุดสำหรับการพักผ่อน ทำกิจกรรมกับครอบครัว หรือแม้กระทั่งการทำภารกิจส่วนตัว โดยสามารถลาพักผ่อนประจำปี 10 วันทำการ สามารถลาป่วยเมื่อมีการเจ็บป่วยปีละไม่เกิน 120 วันทำการ ลาคลอดได้ไม่เกิน 15 วันทำการ โดยได้รับเงินเดือน เป็นต้น (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2017) สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลให้พยาบาลรับรู้ได้ถึงความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิต และมีความสุขในการทำงาน ทำให้พยาบาลมีความอดทน เข้าใจ และพร้อมที่จะเรียนรู้การปฏิบัติงานพยาบาลแก่ผู้รับบริการ (Intulak & Oumtane, 2014) และรับรู้ความสำเร็จในชีวิต อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ หยิ่น (Yin, 2012) ที่ทำการศึกษาในพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศจีน พบว่าพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศจีน มีความสำเร็จในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 1.01$)

1.4 ความสำเร็จด้านการเงิน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรับรู้ความสำเร็จด้านการเงินในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรับรู้ว่าได้รับชนิดของค่าตอบแทนที่แตกต่างกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะได้รับค่าตอบแทน 5 ประเภท (Ruangrattana-trai & Sawaengdee, 2019) ในขณะที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะได้รับค่าตอบแทน 3 ประเภท ได้แก่ เงินเดือนหรือค่าจ้าง ค่าตอบแทนตามความเชี่ยวชาญ เช่น ค่าตอบแทน พ.ต.ส. ค่าตอบแทนตามการปฏิบัติ เช่น ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าเวรผลัดบ่าย/ดึก (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2017) นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบเงินรายได้กับกลุ่มวิชาชีพอื่นในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลแล้ว จะพบว่าเงินเดือนตั้งต้นของพยาบาลต่อเดือนจะได้รับน้อยที่สุดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (Phetthongyok et al., 2019) และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้พยาบาลมีภาระงานที่มากขึ้นและจำเป็นต้องปฏิบัติงานในสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อโควิด 19 แม้ว่าจะได้รับค่าตอบแทนความเสี่ยงจากการปฏิบัติการเหล่านี้ แต่อาจยังไม่เหมาะสม พยาบาลถึงต้องการการสนับสนุนด้านค่าตอบแทนและค่าเสี่ยงภัยที่มีความเหมาะสมกับงาน (Kumprasit, 2022) จากสถานการณ์เหล่านี้จึงส่งผลต่อการ

รับรู้ความสำเร็จด้านการเงินของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธภรณ์ จินกุล (Jeenkool, 2004) ที่พบว่าความสำเร็จด้านการเงินของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$, $SD = 0.81$)

1.5 ความสำเร็จตามลำดับขั้น

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรับรู้ความสำเร็จตามลำดับขั้นในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยมีการปรับเปลี่ยนสถานภาพเชิงโครงสร้างเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ รวมไปถึงมีการปรับเปลี่ยนลักษณะการทำงานภายในองค์กรเพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจใหม่ (Srisa-an, 2016) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการต่าง ๆ สิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ (Wannapin & Wiserith, 2012) นอกจากนี้ อาจเนื่องจากโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพในตำแหน่งที่สูงขึ้นมีจำกัด เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้างานการพยาบาล และยังคงเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการบริหารงานอีกด้วย (Siripukdeekan & Boonrubpayap, 2014) ทำให้รับรู้ความสำเร็จตามลำดับขั้นในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ผลการศึกษาพบว่ามี 5 ปัจจัยที่ร่วมทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้ สามารถอภิปรายตามลำดับได้ดังนี้

2.1 การเข้าถึงโอกาส

การเข้าถึงโอกาสทำให้บุคคลมีโอกาสดำเนินงานในองค์กร จากการได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่สำคัญในการทำงาน (Laschinger, 1996) การได้รับโอกาสในการอบรม เรียนรู้จากพี่เลี้ยง หัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงานที่มีความสามารถ จะส่งผลต่อมุมมองต่อความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของตน (Ballout, 2007) บุคคลที่มีโอกาสต่ำในงานมักจะขาดความทะเยอทะยานในการทำงานและต่อต้านการเปลี่ยนแปลงหรือความคล่องตัวในการทำงาน บุคคลที่เข้าถึงโอกาสจึงถูกมองว่าเป็นการเข้าใกล้ความสำเร็จในอาชีพ (Laschinger et al., 2001) ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ หยิ่น (Yin, 2012) ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางระหว่างการเข้าถึงโอกาสและความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย ($r = .53$, $p < 0.1$)

2.2 พลังอำนาจแบบเป็นทางการ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการวางนโยบายงานที่ชัดเจน มีการกำหนดทิศทางองค์กร วางแผนกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาองค์กรให้ไปสู่เป้าหมาย (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2021) ซึ่งลักษณะงานที่มีความชัดเจน และงานที่มีความสอดคล้อง ทำให้พยาบาลรู้สึกมีพลังอำนาจมากขึ้นเนื่องจากได้รับอำนาจในการตัดสินใจงาน เกิดความมั่นใจในศักยภาพของตน พยาบาลจึงเชื่อว่าอำนาจหรือตำแหน่งที่มีอำนาจจะทำให้ก้าวหน้าขึ้นได้อาชีพและได้รับการยอมรับ (Chandler, 1986) ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ หยิ่น (Yin, 2012) ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพลังอำนาจแบบเป็นทางการกับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย ($r = .51$, $p < 0.1$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ แดน และคณะ (Dan et al., 2018) ที่กล่าวว่าการเสริมพลังเชิงโครงสร้าง ในส่วนของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบเป็นทางการ จะส่งผลต่อการรับรู้ต่อความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยด้านความสำเร็จในงานมากที่สุด

2.3 การเข้าถึงการสนับสนุน

การได้รับข้อเสนอแนะจากผู้บังคับบัญชา ตลอดจนสนับสนุนการใช้ดุลยพินิจในการทำงาน (Laschinger, 1996) การได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะนั้นจะช่วยให้บุคคลนั้นมีการปรับปรุง และพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน (Lunenbourg, 2011) ส่งผลให้สามารถทำงานได้สำเร็จลุล่วง และรับรู้ถึงความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของตนเองได้ องค์กรสุขภาพใดที่ให้การสนับสนุนบุคลากรในองค์กรจะช่วยลดความเครียด และ

ช่วยเพิ่มความมุ่งมั่นของบุคลากรต่อการพัฒนาผลลัพธ์ขององค์กรที่ดีขึ้น รวมไปถึงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย (Laschinger, 2008) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ หยิ่น (Yin, 2012) ที่พบว่า การเข้าถึงการสนับสนุนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย ($r = .57, p < 0.1$)

2.4 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการชี้แจงแผนกลยุทธ์ และนำเสนอแผนการดำเนินงานผ่านการจัดอบรมประจำปี มีการจัดทำสื่อออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับแผนกลยุทธ์ สำหรับสื่อสารให้กับบุคลากรนำไปศึกษาและปรับปรุงคุณภาพงานให้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาล (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2021, Naresuan University Hospital, 2019) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจึงมีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Laschinger, 1996) และนำไปสู่การรับรู้ความสำเร็จในการทำงาน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ หยิ่น (Yin, 2012) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการเข้าถึงข้อมูลและความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย ($r = .53, p < 0.1$)

2.5 สถานภาพการจ้างงาน

สถานภาพข้าราชการเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาล เนื่องจากข้าราชการจะได้รับสวัสดิการที่มีความมั่นคง และยังสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ เช่น สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของคนในครอบครัว สวัสดิการเบิกค่าเล่าเรียนของบุตร เป็นต้น ในขณะที่พยาบาลที่เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยจะมีระเบียบและสวัสดิการแตกต่างจากข้าราชการพลเรือน ซึ่งจะได้ใช้สิทธิเพียงประกันสังคมสำหรับตนเองเท่านั้น (Wannapin & Wiserith, 2012) การบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยจึงส่งผลให้พยาบาลมีความรู้สึกว่างานที่ทำอยู่ไม่มีความมั่นคง (Topanthanont & Prachusilpa, 2007) และรับรู้ว่าสถานภาพการจ้างงานนั้นส่งผลต่อความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของตน

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้ ได้แก่ ระดับการศึกษา พลังอำนาจอย่างไม่เป็นทางการ และการเข้าถึงทรัพยากร โดยระดับการศึกษาไม่สามารถทำนาย อาจเนื่องจากสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาในระดับปริญญาโทหรือสูงกว่ามีเพียงร้อยละ 40.00 และระดับการศึกษาอาจไม่มีผลต่อการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งหรือได้รับรายได้ที่สูงขึ้นโดยตรง เพราะการเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้นจะต้องได้รับการเตรียมและผ่านการประเมินตามเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2012) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการไม่ใช่กลุ่มผู้บริหารที่มักจะรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยมากกว่าบุคลากรสายสนับสนุน (Gattiker & Larwood, 1986)

สำหรับพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการซึ่งเกี่ยวข้องกับการสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ให้การสนับสนุนจากภายในและภายนอกองค์กร และผู้ใต้บังคับบัญชา (Laschinger, 1996) ไม่สามารถทำนายได้ อาจเนื่องจากพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุนจากบางแหล่งโดยตรงหรือเต็มที่ ที่จะส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสำเร็จทางอาชีพเชิงอัตนัยได้ ส่วนการเข้าถึงทรัพยากร ไม่สามารถร่วมทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้ อาจเนื่องจากในปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโควิดทำให้แต่ละโรงพยาบาลมีทรัพยากรที่จำกัดทั้งวัสดุงบประมาณหรือรางวัลที่จำเป็นสำหรับการบรรลุความต้องการในงาน (Kumprasit, 2022) จึงไม่อาจสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จและรับรู้ความสำเร็จในการทำงานเชิงอัตนัยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลควรพิจารณาเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย โดยส่งเสริมการเข้าสู่บันไดอาชีพ พิจารณาค่าตอบแทนและสวัสดิการให้เหมาะสม นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้าถึงโอกาสในการพัฒนาตนเอง ให้การสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงาน และเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานเพื่อให้พยาบาลมีอำนาจในการตัดสินใจและสามารถปฏิบัติงานต่าง ๆ ได้

ลู่ทางตามเป้าหมายขององค์กรที่จะส่งเสริมรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเฉพาะในเขตภาคเหนือไม่สามารถอ้างอิงไปยังโรงพยาบาลในระดับอื่นได้ ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

2. ผลการวิจัยนี้พบว่าการเข้าถึงการสนับสนุน การเข้าถึงโอกาส พลังอำนาจแบบเป็นทางการ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และ สถานภาพการจ้างงาน สามารถร่วมทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้ร้อยละ 42.40 จึงควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ พฤติกรรมสร้างสรรค์ การรับรู้ความสามารถของตน และปัจจัยด้านองค์การ เช่น สภาพแวดล้อมในงาน และการสนับสนุนในองค์การ เป็นต้น

References

- Abele, A. E., & Spurk, D. (2009). How do objective and subjective career success interrelate over time? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(4), 803-824.
- American Nurses Association. (2010). *Nursing's social policy statement: The essence of the profession*. Silver Spring, MD: Author.
- Arthur, M. B., Khapova, S. N., & Wilderom, C. P. (2005). Career success in a boundary less career world. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 26(2), 177-202.
- Ballout, H. I. (2007). Career success: The effects of human capital, person environment fit and organizational support. *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 741-765.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization* (5th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Chandler, G. E. (1986). *The relationship of nursing work environment to empowerment and powerlessness* (Doctoral dissertation). College of Nursing, the University of Utah, U.S.A.
- Chutangkorn, P., & Luangamornlert, S. (2013). A nationwide survey of nursing leaders. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(1), 5-18. (in Thai)
- Dan, X., Xu, S., Liu, J., Hou, R., Liu, Y., & Ma, H. (2018). Relationships among structural empowerment, innovative behaviors, self-efficacy, and career success in nursing field in mainland China. *International Journal of Nursing Practice*, 24(5), 1-9.
- Dunn, W. (2017). The ecological model of occupation. In J. Hinojosa, P. Kramer, C. B. Royce (Eds.), *Perspectives on human occupation: Theories Underlying Practice* (2nd ed., pp. 207-235). Philadelphia: F.A. Davis.
- Gaesawahong, R. (2015). A review of nurses' turnover rate: Does increased income solve the problem of nurses leaving regular jobs. *The Bangkok Medical Journal*, 9, 76-82.
- Gattiker, U. E., & Larwood, L. (1986). Subjective career success: A study of managers and support personnel. *Journal of Business and Psychology*, 1(2), 78-94.



- Heslin, P. A. (2005). Conceptualizing and evaluating career success. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 26(2), 113-136.
- Intulak, K., & Oumtane, A. (2014). Building work-life balance of professional nurses in a private hospital. *Journal of Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 382-389. (in Thai)
- Jeenkool, P. (2004). *Relationships between personal factors, achievement motivation, organizational support, and career success of professional nurses, governmental university hospitals*. (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Judge, T. A., Cable, D. M., Boudreau, J. W., & Bretz Jr, R. D. (1995). An empirical investigation of the predictors of executive career success. *Personnel Psychology*, 48(3), 485-519.
- Judge, T. A., Higgins, C. A., Thoresen, C. J., & Barrick, M. R. (1999). The big five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52(3), 621-652.
- Klakhan, P. (2007). *Relationships between adversity quotient, career commitment, and career success of staff nurses, hospitals under the jurisdiction of the department of medical service, Bangkok metropolis* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Korman, A. K., Wittig-Berman, U., & Lang, D. (1981). Career success and personal failure: Alienation in professionals and managers. *Academy of Management Journal*, 24(2), 342-360.
- Kumprasit, U. (2022). Development of nursing model during the COVID-19 outbreaks: In-patient department, Nonthai hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 30-44. (in Thai)
- Laschinger, H. K. S. (1996). A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Nursing Administration Quarterly*, 20, 25-41.
- Laschinger, H. K. S. (2008). Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality: Further testing the nursing work life model. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 322-330.
- Laschinger, H. K. S. (2012). *Conditions for work effectiveness questionnaire I and II: User manual*. Retrieved from https://www.uwo.ca/fhs/hkl/cweq_download.html
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's Model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.
- Lehman, A., O'Rourke, N., Hatcher, L., & Stepanski, E. J. (2005). *JMP for basic univariate and multivariate statistics: A step-by-step guide*. Cary, NC: SAS Institute.
- Lunenburg, F. C. (2011). Goal-setting theory of motivation. *International Journal of Management, Business, and Administration*, 15(1), 1-6.



- Mae Fah Luang University. (2020). *Manpower demand plan hospital medical center Mae Fah Luang University (2021-2023)*. Retrieved from <https://resolution.soc.go.th/PDFUPLOAD/2563/9933539631.pdf> (in Thai)
- Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2012). *Guidelines for promotion consideration adjust the position Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*. Retrieved from <http://suandok.med.cmu.ac.th> (in Thai)
- Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2017). *Disbursement of remuneration, welfare, civil servants, permanent university employees and university employees*. Retrieved from <http://suandok.med.cmu.ac.th> (in Thai)
- Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2021). *MED CMU strategic kickoff faculty of medicine strategic plan executive agenda 2021-2025*. Retrieved from <http://suandok.med.cmu.ac.th> (in Thai)
- Maurer, T. J., & Weiss, E. M. (2010). Continuous learning skill demands: Associations with managerial job content, age, and experience. *Journal of Business and Psychology*, 25(1), 1-13.
- Melamed, T. (1995). Career success: The moderating effect of gender. *Journal of Vocational Behavior*, 47(1), 35-60.
- Mulhall, S. (2016). Critical moments and second-chance education constructing socially excluded women's stories of career success. *Journal of Education and Work*, 29(2), 115-142.
- Naresuan University Hospital. (2019). *Strategic plan faculty of medicine Naresuan University fiscal year 2019 - 2022*. Retrieved from https://www.nu.ac.th/?page_id=397 (in Thai)
- Nuchpong, N. (2019). *Factors predicting innovative behaviors of nurses in government university hospitals* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai university, Thailand. (in Thai)
- Nursing Department Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2021). *Strategic plan, hospital nursing department Maharaj Nakorn Chiang Mai year 2021*. Retrieved from <http://w2.med.cmu.ac.th/nd> (in Thai)
- Nursing Department Naresuan University Hospital. (2019). *Nursing personnel Naresuan University Hospital*. Retrieved from <https://med.nu.ac.th/nuh/> (in Thai)
- Orser, B., & Leck, J. (2010). Gender influences on career success outcomes. *Gender in Management: An International Journal*, 25(5), 386-407.
- Park, Y. (2010). The predictors of subjective career success: An empirical study of employee development in a Korean financial company. *International Journal of Training and Development*, 14(1), 1-15.
- Phetthongyok, P., Sinam, P., Saengruang, N., Julchoo, S., Tisayaticom, K., Suphanchaimat, R., & Sawaengdee, K. (2019). Future employment of doctors, dentists, pharmacists, and nurses in Thailand public sector in the next 15 years: Employment patterns, retention, and budget burden. *Journal of Health Systems Research*, 13(2), 188-203. (in Thai)



- Ruangrattanatrai, W., & Sawaengdee, K. (2019). Financial compensation for professional nurses working in hospitals under ministry of public health in 8 provinces. *Journal of Health Science*, 28, S177-S187. (in Thai)
- Siripukdeekan, C., & Boonrubpayap, B. (2014). Nursing career ladder development. *Journal of Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 75-80. (in Thai)
- Srisa-an, W. (2016). *Autonomous university: Innovative university administration in the country*. Retrieved from <http://www.wichitlikhit.com/uploads/2017/11> (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *Leadership and strategic management in nursing organization for the 21st century*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Topanthanont, S., & Prachusilpa, G. (2007). Factors influencing retention of professional nurse employees, government university hospitals. *Thai Journal of Nursing Council*, 22(4), 101-113. (in Thai)
- University of Phayao Hospital. (2021). *Annual report 2021 university of Phayao Hospital School of Medicine, University of Phayao*. Retrieved from <http://uph.up.ac.th/annual/2564/ANNUAL%20REPORT2564.pdf> (in Thai)
- Wannapin, T., & Wiserith, W. (2012). Happiness at work of professional nursing staffs in an autonomous university hospital. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(1), 9-23. (in Thai)
- Yin, Y. (2012). *Work empowerment and career success among nurses in university hospitals, Yunnan Province, the people's republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Praskova, A., Ghahramanian, A., Rassouli, M., & Asghari, E. (2019). Reaching for the stars: Iranian nurses' perceptions of career success. *International Nursing Review*, 66(1), 78-86.



A Cost Analysis of Nursing Activities for COVID-19 Patient Screening at the Acute Respiratory Infection Clinic (ARI)

in a Tertiary Hospital*

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง*

ชุตินา	ภมรพันธ์**	Chutima	Pamornpun**
เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย***	Phechnoy	Singchungchai***
กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร***	Kannikar	Chatdokmaiprai***

Abstract

The objective of this descriptive research was to analyze the cost of nursing activities for COVID-19 patient screening at the acute respiratory infection clinic in a tertiary hospital. The target population included all personnel cost reports, and the subject group was 30 COVID-19 patient screening cost reports selected using purposive sampling. Three research instruments were used: 1) cost records for nursing activities regarding COVID-19 patient screening, 2) a dictionary of nursing activities, and 3) records of nursing activity cost drivers. The content validity index of all the research instruments was 1, and the Inter-observer reliability was 0.8. Data were analyzed with descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

It was found that the total cost of nursing activities was 73,877.55 baht with the highest cost of nursing care before screening (23,891.68 baht; 32.34%), followed by the cost of nursing administration and supporting activities (23,889.15 baht; 32.33%). When analyzing cost per activity, it was found that the activity of nursing care before screening had the highest cost at 108.60 baht, and the cost per case was 2,462.58 baht with the highest cost per case being nursing care before screening at 796.39 baht.

This research indicates that nursing activity cost analyses for COVID-19 patient screening is considered new, and the empirical data should be used by nursing administrators for the management of resources, manpower, time, and budget planning to achieve more efficiency and increase nursing care quality in preparation for future emerging infectious diseases.

Keywords: Nursing activity; Cost analysis; COVID-19 patient screening;
Respiratory infection clinic

* Master's thesis, Master of Nursing program in Nursing Management, Faculty of Nursing, Christian University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing program in Nursing Management, Faculty of Nursing, Christian University; e-mail: pchutima2522@gmail.com

*** Professor, Faculty of Nursing, Christian University

Received 18 October 2022; Revised 22 November 2022; Accepted 9 December 2022



A Cost Analysis of Nursing Activities for COVID-19 Patient Screening
at the Acute Respiratory Infection Clinic (ARI) in a Tertiary Hospital
การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ประชากรเป้าหมาย คือ รายงานต้นทุนทั้งหมดของบุคลากรทางการพยาบาลในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนของกิจกรรมการตรวจคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 30 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยมี 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 2) พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล 3) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนตัวผลิตภัณฑ์กิจกรรมการพยาบาล เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 0.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมเท่ากับ 73,877.55 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด คือ การพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรอง เท่ากับ 23,891.68 บาท (ร้อยละ 32.34) รองลงมา คือ การบริหารและงานสนับสนุน เท่ากับ 23,889.15 บาท (ร้อยละ 32.33) เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อกิจกรรม พบว่า การพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรองมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 108.60 บาทต่อกิจกรรม และต้นทุนกิจกรรมต่อราย เท่ากับ 2,462.58 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อรายสูงสุด คือ การพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรอง เท่ากับ 796.39 บาทต่อราย

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ถือเป็นเรื่องใหม่ และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลต้นทุนไปใช้ในการบริหารทรัพยากร อัตราค่าจ้างคน บริหารเวลา และการวางแผนงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพการพยาบาลในสถานการณ์ที่อาจเกิดโรคติดเชื้ออุบัติการณ์ใหม่ในโอกาสต่อไป

คำสำคัญ: กิจกรรมการพยาบาล การวิเคราะห์ต้นทุน การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19
คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน e-mail: pchutima2522@gmail.com

*** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วันที่รับบทความ 18 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 22 พฤศจิกายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 9 ธันวาคม 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบให้เกิดภาวะฉุกเฉินของระบบสาธารณสุข เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตจากโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV-2) จำนวนมาก (Rezapor, Souresafil, Peighambari, Heidarali, & Tashakori-Miyanroudi, 2020) เกิดข้อจำกัดทางการแพทย์ ระบบสาธารณสุขมีความต้องการอัตรากำลังของบุคลากรทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ทั้งการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น จำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนเพื่อวางแผนการสนับสนุนทางงบประมาณ (Bartsch et al., 2020) การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลให้บุคลากรทางสุขภาพจึงเป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการป้องกันโรค COVID-19 (Suso-Martí, Touche, Herranz-Gómez, Angulo-Díaz-Parreño, Paris-Aleman, & Cuenca-Martínez, 2021) โรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องบริหารจัดการการใช้วัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการเหล่านี้นับว่าสร้างต้นทุนซึ่งไม่ได้มีการคาดการณ์ไว้ก่อน การคำนวณต้นทุนของโรงพยาบาลในการตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เป็นวิธีการหนึ่งในการประมาณผลกระทบของการระบาดใหญ่ในระบบสุขภาพ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมทางด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพและระบบประกันสุขภาพ หากเกิดการระบาดใหญ่ในอนาคต (Achon, Laporte, & Gardam, 2005)

ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งปัญหาด้านการจัดการสถานที่และทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยที่รับบริการจนเกิดความขาดแคลน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เหมาะสมเพียงพอ โดยกำหนดให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการตามมาตรการเพื่อควบคุม และยับยั้งการแพร่กระจายของโรค (Department of disease Control, 2020) กรมการแพทย์จึงได้กำหนดให้มีการจัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Clinic: ARI Clinic) เพื่อเป็นสถานที่ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าเกณฑ์ COVID-19 แบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว เป็นการจัดการพื้นที่เพื่อลดการปะปนและปนเปื้อนเชื้อของผู้ป่วย COVID-19 (Department of Medical Services, 2020)

โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา มีการจัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจขึ้น และพยาบาลได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการบริการการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสำนักงานพยาบาล (Bureau Of Nursing, 2008) และแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Thailand Nursing and Midwifery council, 2020) ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติการคัดกรอง วินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อ COVID-19 ของกรมการแพทย์ (Department of Medical Services, 2022) ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องบริหารจัดการอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลที่มีอยู่เดิมมาปฏิบัติงาน โดยจ่ายค่าตอบแทนล่วงเวลา และค่าตอบแทนเสี่ยงภัย มีการใช้เทคโนโลยี เครื่องมือ และวัสดุ อุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ปริมาณมากกว่าในสถานการณ์ปกติ ทำให้โรงพยาบาลเกิดต้นทุนที่เพิ่มขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน และไม่สอดคล้องตามแผนงบประมาณประจำปีเตรียมไว้ ส่งผลกระทบต่อความพร้อมของการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรและต้นทุนที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรและต้นทุนที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในองค์กร จำเป็นต้องจัดการทรัพยากรให้เพียงพอและควบคุมต้นทุนเพื่อให้องค์กรมีการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ (Quesado & Silva, 2021) การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่าจึงนำกรอบแนวคิดต้นทุนกิจกรรม (Activity Base Costing: ABC) ของ แคปแลน และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) มาใช้ ซึ่งการคิดต้นทุนกิจกรรม ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) ต้นทุนค่าวัสดุ

(Material cost) และต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมมีความสำคัญและมีข้อดีที่ทำให้ทราบต้นทุนทั้งทางตรง ต้นทุนทางอ้อม ทำให้สามารถนำต้นทุนมาป็นส่วนในกิจกรรมได้ละเอียดมากขึ้น

จากการทบทวนแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งผู้บริหารจำเป็นต้องใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ของการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการบริหารงบประมาณ การบริหารจัดการทรัพยากร วัสดุ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และเพื่อการบริหารจัดการการบริการทางพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงต้นทุนการให้บริการที่แท้จริง ผู้บริหารสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดและสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายจริง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการในสถานการณ์ที่อาจเกิดโรคติดเชื้ออุบัติการณ์ใหม่ในโอกาสต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลให้กับหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลัก ในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรม ในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
3. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อราย ในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุน การคิดต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC) ของ แคปแลน และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) โดยมีการจัดบริการการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก (Bureau of Nursing, 2008) ร่วมกับแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Thailand Nursing and Midwifery council, 2020) และแนวทาง เวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อ COVID-19 (Department of Medical Services, 2022) โดยแบ่งกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา เป็น 4 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย 1) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 2) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะการตรวจคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 3) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังตรวจคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 และ 4) การจัดกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน ซึ่งมีตัวผลักดันต้นทุน คือ ปริมาณเวลาและปริมาณกิจกรรมที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมาป็นส่วนต้นทุน จะได้เป็นต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง และต้นทุนค่าลงทุนของแต่ละกิจกรรม ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) รายงานต้นทุนทั้งหมดของบุคลากรทางการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 25 ราย และ 2) รายงานต้นทุนของคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนของกิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา จำนวน 30 ราย คำนวณจำนวนตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป G* power (Polit & Hungler, 1995) โดยทบทวนงานวิจัยที่ใกล้เคียง เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการบริการผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งของ ชูติมา ฐพิมาย, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และ นฤมล ปทุมารักษ์ (Nguphimai, Singchungchai, & Pathumarak, 2021) กำหนด Effect size เท่ากับ 0.60 ระดับ power เท่ากับ 0.60 และค่า α เท่ากับ 0.05 และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณ 10% (Gupta, Attri, Singh, & Kaur, 2016) คือ $N_1 = n / (1-d)$ เมื่อแทนค่าเท่ากับ $27 / (1-0.1)$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 ราย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนาจากมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ของสำนักงานพยาบาล (Bureau Of Nursing, 2008) ร่วมกับแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 สำหรับผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล (Nursing Council, 2020) และแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อ COVID-19 ของกรมการแพทย์ (Department of Medical Services, 2022) นำบูรณาการตามแนวคิดของ แคป-แลนด์ และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 1) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลค่าแรง (Labor cost: LC1) 2) แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุ (Material cost: MC1) 3) แบบบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า (Material cost: MC2) 4) แบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำประปา (Material cost: MC3) 5) แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (Capital cost: CC1) และ 6) แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่ (Capital cost: CC2)

ชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรอง 2) กิจกรรมการพยาบาลระยะการตรวจคัดกรอง 3) กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังตรวจคัดกรอง และ 4) กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนตัวหลักต้นกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 1) แบบสังเกตปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม (Activities Based Costing: ABC1) และ 2) แบบสังเกตปริมาณกิจกรรม (Activities Based Costing: ABC2)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้พิจารณาความเห็นให้ระดับ 3 และ 4 นำมาคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 นำเครื่องมือแบบสังเกตปริมาณเวลา และแบบสังเกตปริมาณกิจกรรม มาคำนวณหาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของการสังเกต (Inter-observer reliability) โดยผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยกระทำไปพร้อม ๆ กัน และเป็นอิสระต่อกัน ทำการสังเกตและบันทึกเวลาการทำกิจกรรมการพยาบาล ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติกิจกรรมจนสิ้นสุดกิจกรรม โดยที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย นำผลที่สังเกตได้มาคำนวณหาความเที่ยงของการสังเกต (Polit & Hungler, 1995) ได้เท่ากับ 0.8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เอกสารรับรองเลขที่ น. 12/2564 ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับรายได้และค่าสวัสดิการต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่ศึกษา และขออนุญาตในการจับเวลาขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ระหว่างทำการศึกษานักวิชาการทางการพยาบาลสามารถแจ้งยุติก่อนสิ้นสุดการศึกษาได้ตลอดเวลา และข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์จากการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การจัดเตรียมเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ดังนี้



1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อขออนุญาตเข้าศึกษาและเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าการพยาบาลผู้ป่วยนอก และบุคลากรทางการพยาบาล คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูล

ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 มีรูปแบบการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 การเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้แก่ ข้อมูลบุคลากรของฝ่ายบุคคล รายงานประจำเดือนของฝ่ายการเงินและบัญชี รายงานประจำเดือนของฝ่ายพัสดุ และรายงานสถิติของคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ในการจัดกิจกรรมการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ

2.2 การเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective Study) โดยเก็บจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและเก็บข้อมูลเองจากกิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงเวลาที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft Excel วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. คำนวณหาต้นทุนค่าแรง โดยหาผลรวมของค่าแรงต่อคนของบุคลากรทางการพยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โดยนำเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนวิชาชีพ ค่าตอบแทนล่วงเวลา ค่าตอบแทนความเสี่ยงในสถานการณ์ COVID-19 และค่ารักษาพยาบาล นำมาคำนวณค่าแรงเป็นบาทต่อหน้าที่ต่อคน โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{ค่าแรงของบุคลากร (บาทต่อหน้าที่)} = \frac{\text{ค่าแรงของบุคลากรรายบุคคล}}{\text{หน้าที่ในการทำงาน (22 วัน \times 8 ชั่วโมง \times 60 นาที)}}$$

1.1 คำนวณหาต้นทุนค่าแรงแต่ละกิจกรรมการพยาบาลโดยนำค่าแรงต่อหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนคูณกับเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมการพยาบาล จะได้ค่าแรงของแต่ละกิจกรรม

1.2 นำค่าแรงของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่คำนวณได้ในแต่ละครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมมารวมกัน จะได้ค่าแรงรวมของกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม

1.3 นำค่าแรงรวมของแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้มารวมกัน ได้เป็นค่าแรงทั้งหมดในการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19

2. การคำนวณหาต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง โดยนำข้อมูลจากแบบบันทึกค่าวัสดุสิ้นเปลืองทั้งหมดรวมกัน นำมาคำนวณหาต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม โดยใช้สูตร

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละกิจกรรม} = \frac{\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวมทั้งหมด}}{\text{จำนวนครั้งของกิจกรรมการพยาบาล}}$$



A Cost Analysis of Nursing Activities for COVID-19 Patient Screening
at the Acute Respiratory Infection Clinic (ARI) in a Tertiary Hospital
การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

3. คำนวณหาต้นทุนค่าลงทุน โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลค่าลงทุนมานำมาคำนวณหาค่าเสื่อมราคาประจำปีของครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง โดยใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมราคาของกรมบัญชีกลาง ดังนี้

$$\text{ค่าเสื่อมราคา} = \frac{\text{ราคาสินทรัพย์}}{\text{อายุการใช้งาน}}$$

4. คำนวณต้นทุนปันส่วน เป็นการคำนวณหาต้นทุนในกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เป็นวิธีการปันส่วนค่าใช้จ่ายตามทรัพยากรที่มีอยู่เข้าสู่กิจกรรม เป็นการปันส่วนระบุตัวหลักต้นแต่ละกิจกรรม เพื่อนำไปสู่การคำนวณต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยของตัวหลักต้น และนำต้นทุนจากการวิเคราะห์มาปันส่วนในกิจกรรมการพยาบาลหลัก

5. คำนวณหาต้นทุนรวมของกิจกรรมหลักทั้ง 4 กิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19

6. คำนวณหาต้นทุนต่อกิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ตามระบบต้นทุนกิจกรรม เท่ากับ ผลรวมของต้นทุนแต่ละกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรมของการคัดกรองผู้ป่วย COVID-19หารด้วยจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม

$$\text{ต้นทุนต่อกิจกรรม} = \frac{\text{ผลรวมของต้นทุนแต่ละกิจกรรม}}{\text{ปริมาณของกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ}}$$

7. คำนวณหาต้นทุนต่อรายกิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ตามระบบต้นทุนกิจกรรม เท่ากับ ต้นทุนกิจกรรมรวม 4 กิจกรรมหลักของการตรวจคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 หารด้วยจำนวนผู้รับบริการ

$$\text{ต้นทุนต่อราย} = \frac{\text{ต้นทุนกิจกรรมรวม 4 กิจกรรมหลัก}}{\text{จำนวนผู้รับบริการ}}$$

ผลการวิจัย

วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมทั้งหมดเท่ากับ 73,877.55 บาท กิจกรรมหลักที่มีต้นทุนกิจกรรมสูงสุด คือ กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรอง เท่ากับ 23,891.68 บาท (ร้อยละ 32.34) รองลงมาคือ กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน เท่ากับ 23,889.15 บาท (ร้อยละ 32.33) และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุด คือ กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังตรวจคัดกรอง เท่ากับ 12,758.63 บาท (ร้อยละ 17.28) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมและร้อยละ (n = จำนวนผู้รับบริการ 30 ราย)

กิจกรรมหลัก	ค่าเฉลี่ย (บาท)	ร้อยละ
1. การพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรอง	23,891.68	32.34
2. การพยาบาลระยะการตรวจคัดกรอง	13,338.09	18.05
3. การพยาบาลระยะหลังตรวจคัดกรอง	12,758.63	17.28
4. การบริหารจัดการและงานสนับสนุน	23,889.15	32.33
รวม	73,877.55	100.00



**A Cost Analysis of Nursing Activities for COVID-19 Patient Screening
at the Acute Respiratory Infection Clinic (ARI) in a Tertiary Hospital
การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง**

วิเคราะห์องค์ประกอบของต้นทุนรวม ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายและร้อยละของกิจกรรมการพยาบาล การตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ต้นทุนสูงที่สุดคือ ต้นทุน ค่าแรง เท่ากับ 30,623.73 บาท (ร้อยละ 41.45) รองลงมาคือ ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 25,184.98 บาท (ร้อยละ 34.09) และต้นทุนต่ำสุด คือ ต้นทุน ค่าวัสดุ เท่ากับ 18,068.83 บาท (ร้อยละ 24.46) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงองค์ประกอบของต้นทุนรวม ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายและร้อยละของกิจกรรมการพยาบาล (n = 30)

องค์ประกอบของต้นทุน	รวม (บาท)	เฉลี่ย (บาท)	ร้อยละ
ต้นทุนค่าแรง	30,623.73	1,020.79	41.45
ต้นทุนค่าวัสดุ	18,068.83	602.29	24.46
ต้นทุนค่าลงทุน	25,184.98	839.50	34.09
รวม	73,877.55	2,462.58	100.00

วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีต้นทุนต่อกิจกรรม สูงสุด คือ กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรองมีต้นทุนเท่ากับ 108.60 บาท และกิจกรรมการพยาบาลที่มี ต้นทุนต่อกิจกรรมต่ำสุด คือ กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุนมีต้นทุนเท่ากับ 88.81 บาท ในส่วนของต้นทุน กิจกรรมต่อราย พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่มีต้นทุนกิจกรรมสูงสุดต่อราย คือ กิจกรรมการพยาบาลระยะ ก่อนตรวจคัดกรองมีต้นทุนเท่ากับ 796.39 บาท และกิจกรรมการพยาบาลที่มีต้นทุนต่อรายต่ำสุด คือ กิจกรรม การพยาบาลระยะหลังตรวจคัดกรองมีต้นทุนเท่ากับ 425.29 บาท ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลัก (n = จำนวนผู้รับบริการ 30 ราย)

กิจกรรมหลัก	เวลาทำ กิจกรรม เฉลี่ย (นาที)	จำนวน กิจกรรม (ครั้ง)	เวลาทำ กิจกรรม รวม (นาที)	ต้นทุนกิจกรรม			ต้นทุน ปันส่วน (บาท)	ต้นทุน กิจกรรมรวม (บาท)	ต้นทุน ต่อ กิจกรรม (บาท)	ต้นทุน ต่อราย (บาท)
				ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าลงทุน (บาท)				
1. การพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรอง	8.77	220	1,930	7,405.20	7,557.90	378.09	10,836.31	23,891.68	108.60	796.39
2. การพยาบาลระยะการตรวจคัดกรอง	4.59	145	665	2,472.00	2,572.64	249.20	7,142.12	13,338.09	91.99	444.60
3. การพยาบาลระยะหลังตรวจคัดกรอง	10.00	120	1,200	3,766.00	3,849.29	206.23	5,910.72	12,758.63	106.32	425.29
4. การบริหารจัดการและงานสนับสนุน	22.38	269	6,020	16,980.53	17,167.24	462.31	-	23,889.15	88.81	796.30
รวม	45.74	754	9,815	30,623.73	31,147.06	1,295.83	23,889.15	73,877.55	395.72	2,462.58

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สามารถอภิปรายผลการวิจัย ตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมของการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีต้นทุนรวมทั้ง 4 กิจกรรมหลัก เท่ากับ 74,813.95 บาท จากผลการวิจัยนี้พบว่า ต้นทุนกิจกรรมรวมค่อนข้างสูงกว่าในสถานการณ์

ปกติเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ ของ ชุตติมา ฐุพิมาย และคณะ (Nguphimai et al., 2021) ซึ่งพบว่า ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลรวม เท่ากับ 24,815.75 บาท เนื่องจากพยาบาลต้องจัดกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวัง และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2020) และมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ของสำนักการพยาบาล (Bureau Of Nursing, 2008) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้ต้องใส่อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (PPE) (Department of Medical Services, 2022) เมื่อพิจารณาต้นทุนกิจกรรมหลักแต่ละกิจกรรมพบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนสูงที่สุด คือ กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรอง เท่ากับ 23,891 บาท เนื่องจากการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีขั้นตอนและระยะเวลาการทำการกิจกรรมมาก เท่ากับ 3 ชั่วโมง 40 นาที และมีจำนวนกิจกรรมเท่ากับ 220 ครั้ง ซึ่งมากกว่ากิจกรรมอื่น ๆ ทำให้ต้นทุนสูง สอดคล้องตามหลักการวิเคราะห์ต้นทุน คือ ทุกกิจกรรมมีต้นทุน ถ้ากิจกรรมมีปริมาณมากย่อมทำให้เกิดต้นทุนเพิ่มขึ้น และการใช้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลที่มากจะทำให้ต้นทุนค่าแรงสูง (Singchungchai, 2016) แต่การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกิจกรรมการพยาบาลจึงไม่สามารถเอาไปเปรียบเทียบกับศึกษาต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการดำเนินการของโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ COVID-19 ของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (Sriratanaban et al., 2021) หรือการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2558 ของ สมจิตร ทองแถม (Thongyaem, 2019) ได้ ด้วยมีวิธีการศึกษาต้นทุนต่างกันเนื่องจากการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดที่ให้บริการ

2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา จากผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนรวมกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เท่ากับ 395.72 บาท เมื่อพิจารณากิจกรรมการพยาบาลหลัก พบว่า กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรองมีต้นทุนต่อกิจกรรมสูงสุด เท่ากับ 108.60 บาท เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้มีการใส่อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (PPE) จึงมีการใช้วัสดุมากกว่ากิจกรรมอื่น และมีปริมาณในการทำการกิจกรรม ที่สูง เท่ากับ 3 ชั่วโมง 40 นาที เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของต้นทุนพบว่า มีการใช้ต้นทุนด้านค่าแรงสูงที่สุด เท่ากับ 30,623.73 บาท เนื่องจากบุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานนาน จึงมีอัตราเงินเดือนสูง และได้รับค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 สูงกว่าการปฏิบัติงานในสถานการณ์ปกติและพยาบาลแผนกทั่วไป จึงมีต้นทุนค่าแรงกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่สูง เป็นไปตามแนวคิดของการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของ แคปแลน และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) ที่กล่าวว่าตัวหลักต้นทุนหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมและต้นทุนที่สำคัญในแต่ละกิจกรรม ได้แก่ทรัพยากรและจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม จึงทำให้ต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนสูงสุด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ โคดาตาดซาเดห์ (Khodadadzadeh, 2015) ที่พบว่า กิจกรรมต่าง ๆ และการใช้ทรัพยากรจะแปรเป็นต้นทุน ผู้บริหารจึงควรมอบหมายงานให้มีความเหมาะสมกับบุคลากรในแต่ละระดับ และกำหนดให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ไม่กระทบต่อมาตรฐานและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดต้นทุนค่าแรง

3. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อรายการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีต้นทุนต่อรายการสูงสุด เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้มีการใส่อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (PPE) จึงมีการใช้วัสดุมากกว่ากิจกรรมอื่น และมี

ปริมาณในการทำกิจกรรมที่สูง เท่ากับ 3 ชั่วโมง 40 นาที เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของต้นทุนพบว่า ด้านค่าแรงมีการใช้ต้นทุนสูงที่สุด เนื่องจากบุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานนาน

จากผลวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีการใช้ทรัพยากรและต้นทุนค่าแรงที่สูงขึ้นกว่าในสถานการณ์ปกติ เป็นต้นทุนที่ไม่ได้มีการคาดการณ์ไว้ก่อน การคำนวณต้นทุนของโรงพยาบาลในการตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เป็นการประมาณผลกระทบของการการแพร่ระบาดในระบบสุขภาพ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมทางด้านการวางแผนการสนับสนุนทางงบประมาณ การเงินการคลังของระบบสุขภาพและระบบประกันสุขภาพ หากเกิดการระบาดใหญ่ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารทางการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ค้นพบใหม่นี้ไปใช้เป็นแนวทาง ในการบริหารต้นทุนค่าแรง ค่าตอบแทน ต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อ และการวางแผนเตรียมงบประมาณที่เพียงพอมีประสิทธิภาพ และการพยาบาลที่มีคุณภาพในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีโอกาสจะกลับมาระบาดซ้ำ หรือเมื่อเกิดสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต และยังสามารถนำไปกำหนดค่าตอบแทนของบุคลากรทางการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อในภาวะเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic)

2. ด้านการบริการสุขภาพและการจัดบริการพยาบาล

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำหลักการทางงานนุกรมกิจกรรมการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวិเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการป่วยและระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้ทราบต้นทุนทั้งหมดของการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถขยายความรู้ด้วยการทำวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนหรือการประเมินผลทางการพยาบาล โดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เช่น การประเมินต้นทุนประสิทธิผลการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถนำไปประกอบการวิเคราะห์ต้นทุนไปประยุกต์ใช้ในการคิดวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมในหน่วยงานอื่น ๆ

3. ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุนในเรื่องการบริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

References

- Achonu, C., Laporte, A., & Gardam, M. (2005). The financial impact of controlling a respiratory virus outbreak in a teaching hospital: Lessons learned from SARS. *Canadian Journal of Public Health*, 96(1), 52-54.
- Bartsch, S. M., Ferguson, M. C., McKinnell, J. A., O'shea, K. J., Wedlock, P. T., Siegmund, S. S., ... Lee, B. Y. (2020). The potential health care costs and resource use associated with COVID-19 in The United States. *Health Affairs*, 39(6), 927-935.



- Bureau of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2008). *Nursing standards books in hospitals* (2nd ed.). Bangkok: The War Veterans' Organization. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2020). *Guidelines for screening, surveillance and investigation of the novel coronavirus disease 2019 for medical personnel*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf> (in Thai)
- Department of Medical Services. (2020). *Handbook of risk management in hospitals. When epidemics of emerging/Re-emerging respiratory diseases B.E. 2021*. Bangkok: Medical Academic Division, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Medical Services. (2022). *Guidelines for medical practice, diagnosis, care and prevention of infections in hospitals for coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved from https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=161 (in Thai)
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trial. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(3), 328-331.
- Kaplan, R., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using integrated systems to drive profitability and performance*. Boston: Harvard Business School Press.
- Khodadadzadeh, T. (2015). A state-of-art review on activity-based costing. *Accounting*, 1(2), 89-94.
- Nguphimai, C., Singchungchai, P., & Pathumarak, N. (2021). Cost analysis of nursing service management activities for pediatric patients with respiratory disease at outpatient department in a private hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(2), 161-173. (in Thai)
- Nursing Council. (2020). *Guidelines for the control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) for nursing and midwifery practitioners*. Retrieved from <https://www.tnmc.or.th/news/394>. (in Thai)
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Nursing research: Principles and methods* (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott Williams & Wilkins.
- Quesado, P., & Silva, R. (2021). Activity-Based Costing (ABC) and its implication for open innovation. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 7(41), 1-20.
- Rezapour, A., Souresrafil, A., Peighambari, M., Heidarali, M., & Tashakori-Miyanroudi, M. (2020). Economic evaluation of programs against COVID-19: A systematic review. *International Journal of Surgery (London, England)*, 85, 10-18.
- Singchungchai, P. (2016). *Health economics for health services* (5th ed.). Songkhla: Chanmuang Printing.



- Sriratanaban, J., Witvorapong, N., Woratanarat, T., Ngamkiatphaisan, S., Wimmittichai, V., O-charot, L., ... Khumloyfa, N. (2021). *The preparedness and responses of the health services system to the COVID-19 crisis in Thailand: Hospital operation and economic and social impacts within the boundary of the health services system*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI).
- Suso-Martí, L., La Touche, R., Herranz-Gómez, A., Angulo-Díaz-Parreño, S., Paris-Alemany, A., & Cuenca-Martínez, F. (2021). Effectiveness of telerehabilitation in physical therapist practice: An umbrella and mapping review with meta-meta-analysis. *Physical Therapy*, 101(5), 1-9. doi: 10.1093/ptj/pzab075
- Thailand Nursing and Midwifery council. (2020). *Guidelines for the control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) for nursing and midwifery practitioners*. Retrieved from <https://www.tnmc.or.th/news/394>
- Thongyaem, S. (2019). Unit cost of the in-patient service: Airborne infection isolation ward, Bamrasnaradura infectious diseases institute in the fiscal year 2015. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 13(1), 1-12. (in Thai)



The Factors Predicting Self-Care Behaviors Among Adolescent Pregnant Women in Provinces in the 7th Health Region*

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7*

เด่นละออง	นาเสงี่ยม**	Denlaong	Na-sangiem**
อุมาภรณ์	แก้วสิทธิ์***	Umaporn	Kuasit***

Abstract

The numbers of adolescent pregnant women are currently rising, and these women require close monitoring and supervision. The purpose of this predictive correlational study was to study the self-care behaviors and the factors predicting self-care behaviors among adolescent pregnant women in provinces in the 7th health region. The participants included 324 adolescent pregnant women attending antenatal care at Roi Et, Khon Kaen, Mahasarakham, and Kalasin hospitals. Data were collected using two questionnaires: a demographic questionnaire and the Self-care Behavior Questionnaire of Adolescent Pregnant Women. Data were analyzed using descriptive statistics, and predictive power was obtained using a stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the participants had a good level of overall self-care behaviors (Mean = 3.12, SD = 0.31). When considering each aspect, participants had the highest level of health deviation for the self-care requisites (Mean = 3.53, SD = 0.56). The gestational age, education level, and planning of pregnancy could together predict self-care behaviors of adolescent pregnant women at 6.9%.

Regarding recommendations from this study, nurses should establish guidelines to promote self-care behaviors in adolescent pregnant women, considering planning of pregnancy, gestational age, and educational levels.

Keywords: Adolescent pregnant women; Self-care behavior

* Research grant from the Faculty of Nursing, Mahasarakham University

** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University;
e-mail: denlaong.n@msu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University



บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน และยังเป็นกลุ่มที่ต้องติดตามและดูแลอย่างใกล้ชิด การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 324 ราย มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลโดยใช้ 2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาอำนาจการทำนายโดยใช้สถิติ stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.12, SD = 0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุดคือ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Mean = 3.53, SD = 0.56) และพบว่าอายุครรภ์ ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ และการวางแผนการตั้งครรภ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 6.9

การศึกษาครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยคำนึงถึงการวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ และระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง

* ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากงบประมาณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม e-mail: denlaong.n@msu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก จากสถิติประเทศไทยพบว่ามีวัยรุ่นคลอดคิดเป็นร้อยละ 10.2 ของสตรีตั้งครรภ์ทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะสถิติการคลอดในเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิดเป็น 22.8, 26.5, 19.7 และ 25.1 ราย ต่อประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 ราย (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand, 2020) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้เกิดความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อมารดา เช่น มีภาวะซีด โลหิตจาง และภาวะทุพโภชนาการ (Ampiah, Kovey, Apprey, & Annan, 2019) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อย มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ (Ampiah et al., 2019; Maslowsky et al., 2020) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Eliner et al., 2022) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยตามมา (Exarchos et al., 2021; Kritcharoen, Phon-In, Duenke, & Uttasuradee, 2021) ทารกที่คลอดก่อนกำหนดหรือทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะส่งผลให้ทารกต้องได้รับการดูแลในหน่วยงานพิเศษ และครอบครัวมีความวิตกกังวลในสุขภาพของทารก จากสถิติพบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่มีอายุ 10-14 ปี และอายุ 15 – 19 ปี มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 19.2 และ 13.1 ตามลำดับ (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand, 2020) ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะพิการแต่กำเนิด และภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด จำเป็นต้องได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มอัตราทารกตายคลอด อัตราตายทารกแรกเกิด และภาวะการติดเชื้อในทารกแรกเกิด (Eliner et al., 2022)

ผลกระทบด้านจิตสังคมของวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ (Ronglue, Talengjit, & Siriborirak, 2012) อาจส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตลอดการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่นำไปสู่ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังขาดการสนับสนุนทางสังคม และวัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนมากจะอายุที่ตั้งครรภ์ เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน ทำให้ต้องหยุดเรียนหรือเลิกเรียนกลางคัน ส่งผลให้มีการศึกษาต่ำ ขาดรายได้ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า หดหู่ เครียด วิตกกังวล รู้สึกผิด และรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองตามมา (Ronglue et al., 2012; Wutti et al., 2020; Xavier, Brown, & Benoit, 2018) ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ เกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้ความสำคัญ

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self - care) ได้กล่าวว่า บุคคลจะมีการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ โดยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพและความผาสุก รวมไปถึงการกระทำของบุคคลที่อยู่ภาวะพึ่งพาจากสมาชิกในครอบครัว (Orem, 2001) จะเห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินและการวางแผนให้การพยาบาลในกลุ่มมารดาและทารก เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง รวมถึงสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม โดยความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปราะบางทางสุขภาพ (Honboonherm, 2010) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นถือว่าเป็นกลุ่มสำคัญที่มีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันภาวะเสี่ยง และการดูแลตนเองด้าน



จิตสังคมที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ (Phumesawat, Suvithayasiri, & Chaisup, 2013) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีปัญหาซึ่งต้องได้รับการตอบสนองความต้องการ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตสังคม และอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆระยะของการตั้งครรภ์ และอาจมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองในทุกด้านที่กล่าวมาข้างต้น

ปัจจัยพื้นฐานของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล (Orem, 2001) โดยปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลตัดสินใจ และลงมือกระทำการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและภายใต้บริบทของครอบครัว สังคมวัฒนธรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิต (Honboonherm, 2010) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นถือเป็นช่วงวัยของบุคคลที่อยู่ในระยะพัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ปัจจุบัน (Bootsri, & Sirisophon, 2020) อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของสตรีตั้งครรภ์ (Bootsri, & Sirisophon, 2020; Phumesawat et al., 2013; Sinsuksai, Phanchaoenworakul, & Choprapawan, 2008) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก (Nurhasanah, Masrul, Malini, & Tarawan, 2020; Sanmongkol, 2016) สตรีตั้งครรภ์ที่วางแผนและไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Wutti et al., 2020)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่กล่าวมาข้างต้น งานวิจัยส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่ทางภาคเหนือและภาคกลางของไทย และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และ กาฬสินธุ์ ยังมีน้อย โดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและดิจิทัลที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว รวมถึงรูปแบบของสื่อต่าง ๆ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีโอกาสได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง และการไม่สามารถเข้าถึงบริการของสถานพยาบาลที่ครอบคลุม โดยเฉพาะในกลุ่มจังหวัดที่เป็นพื้นที่วิจัย พบมีอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องให้ความสำคัญในการวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและปัจจัยทำนาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ให้มีการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

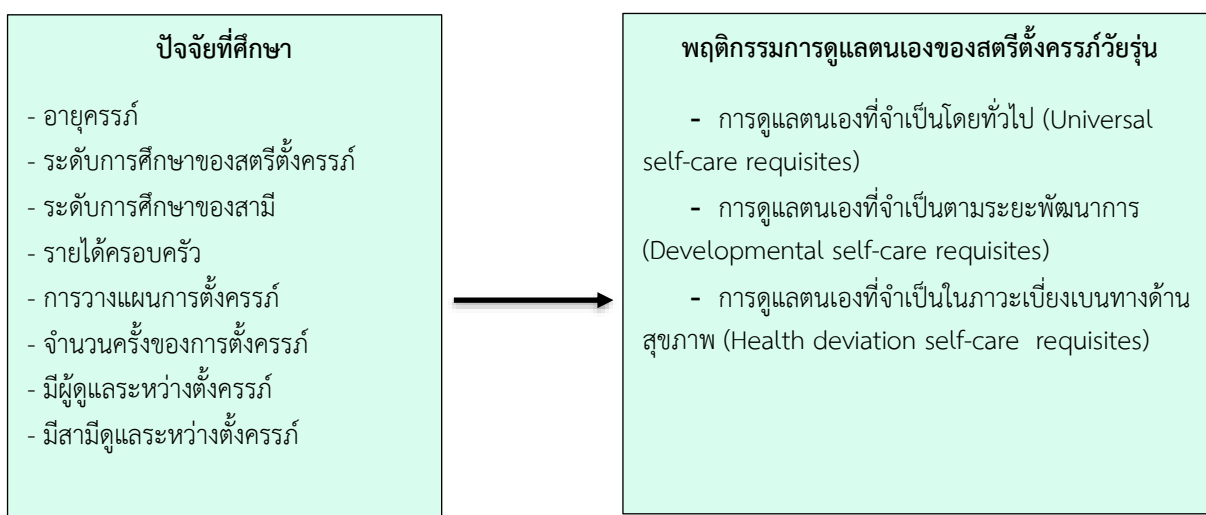
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

กรอบแนวคิดที่ใช้การวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเอาทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยโอเร็มได้กล่าวไว้ว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง โดยการดูแลตนเองของบุคคลจะกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล



(Therapeutic self-care demand) ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ดังนั้นหากบุคคลที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้านที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพ หรือตามระยะพัฒนาการของบุคคลนั้น ๆ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม และพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุครรภ์ ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์และสามี รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การมีสามีและผู้ดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (Bootsri & Sirisophon, 2020; Phumesawat et al., 2013; Sanmongkol, 2016; Sinsuksai et al., 2008; Wutti et al., 2020) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ของปัจจัยที่ศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (นับถึงวันกำหนดคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (นับถึงวันกำหนดคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี) ที่มารับบริการฝากครรภ์ในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีทุกช่วงอายุครรภ์ สามารถสื่อสารทั้งการฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีโรคประจำตัวที่อาจจะส่งผลต่อการตอบคำถามการวิจัย ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)



$n > 30K$

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยต่อ 1 ตัวแปร

K = จำนวนตัวแปรอิสระ

(Vorapongsathorn, 1998)

การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 8 ตัวแปร

แทนค่าในสูตร $n > 30 \times 8$

$n > 240$

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาจากกลุ่มจังหวัด ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ เพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจขาดหายหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มจากเดิมร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2016) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 48 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 288 คน แต่เนื่องจากในช่วงการเก็บข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลได้จริง 324 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุของสตรีตั้งครรภ์ อายุของสามี ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์และสามี สถานภาพสมรส อาชีพของสตรีตั้งครรภ์และสามี ศาสนา รายได้ครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย มีผู้ดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ มีสามีดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 17 ข้อ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 8 ข้อ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ (ไม่ได้ปฏิบัติเลย, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติเป็นประจำ) เกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1 ถึง 4 คะแนน (ไม่ได้ปฏิบัติเลย จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ) ส่วนในข้อคำถามเชิงลบให้ค่าคะแนนเป็น 4 ถึง 1 คะแนน (ไม่เคยปฏิบัติเลย จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ)

การแปลผลคะแนน คะแนนรายข้อ รายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 ถึง 4.00 โดย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.76 – 2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.25 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 3.26 – 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจากพื้นที่อื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 133-115/2563 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์พื้นที่วิจัยทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ RE063/2563 โรงพยาบาลขอนแก่นเลขที่ KEF63030 โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ SKH_REC63-02-046 และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เลขที่ 046/2020E เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอความสมัครใจ และอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทราบว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ไม่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่ควรได้รับแต่อย่างใด และหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้ปกครองจะเป็นผู้ลงลายมือชื่อ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในรูปแบบภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้างานแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยและขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ปกครองในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 18 ปี
3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายของปัจจัยที่ศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้สถิติ stepwise multiple regression analysis กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 324 คน มีอายุเฉลี่ย 17.23 ปี (SD = 1.52) อายุต่ำสุด 12 ปี และสูงสุด 19 ปี สามีมีอายุเฉลี่ย 20.39 (SD = 4.30) มีอายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 44 ปี กลุ่มตัวอย่างและสามีส่วนใหญ่ร้อยละ 63.0 และร้อยละ 58.0 มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.7 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 30.2 เป็นนักเรียน/นักศึกษา ส่วนสามีร้อยละ 75.3 ทำงาน มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยประมาณ 9,000 บาท/เดือน ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่ร้อยละ 44.4 อาศัยอยู่กับสามีและพ่อแม่ของตนเอง ร้อยละ 98.1 มีผู้ดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 มีสามีดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 55.6 มีพ่อแม่ของตนเองดูแล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.1 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 94.4 ไม่เคยแท้งบุตรและไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 60.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 45.8 มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์เฉลี่ย 25.51 สัปดาห์ รองลงมาคือไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 43.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.1 ไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 58.0 เคยคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ วิธีการคุมกำเนิดที่กลุ่มตัวอย่างเคยใช้มากที่สุด คือยาเม็ดคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมาคือใช้ถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 13.9 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.1 มีภาวะซีด ร้อยละ 5.2 มีประวัติโรคทางพันธุกรรม และร้อยละ 5.2 มีอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์

**ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น**

ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 3.12, SD = 0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี (mean = 2.71, SD = 0.64) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับดี (mean = 3.24, SD = 0.74) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (mean = 3.53, SD = 0.56) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

(n = 324 คน)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD
- การดูแลตนเองโดยทั่วไป	2.71	0.64
- การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	3.24	0.74
- การดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพ	3.53	0.56
โดยรวม	3.12	0.31

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่า อายุครรภ์ ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ และการวางแผนการตั้งครรภ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ร้อยละ 6.9 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่า Stepwise multiple regression analysis ของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (n = 324 คน)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p-value	*p <
อายุครรภ์	0.006	0.167	3.081	0.002**	
ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์	0.106	0.163	2.992	0.003**	
การวางแผนการตั้งครรภ์	-0.087	-0.127	-2.350	0.019*	
R = 0.262 R ² = 0.069 F = 7.854					

0.05, **P < .01

การอภิปรายผล**1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น**

ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 3.12, SD = 0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (mean = 3.53, SD = 0.56) ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับดี (mean = 3.24, SD = 0.74, mean = 2.71, SD = 0.64) ตามลำดับ ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 60.9 มาฝากครรภ์ครั้งแรกในช่วงอายุครรภ์ไตรมาสที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จากแพทย์ และพยาบาลตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์ จึงทำให้มีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ที่ถูกต้องเหมาะสม ในการป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ การป้องกันอันตรายจากการไม่กลั้นปัสสาวะ และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ การมาตรวจตามแพทย์นัด หรือเมื่อ



อันตรายจากการไม่กลั่นปัสสาวะ และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ การมาตรวจตามแพทย์นัด หรือเมื่อเจ็บป่วย และการไม่ซื้อยามารับประทานเอง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี (Luchacam, Hingkanont, Santayakorn, & Prachanban, 2012) จากการพิจารณาผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นรายข้อพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมในด้านการสังเกตการขยายใหญ่ขึ้นของหน้าท้อง น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ มีการสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ สังเกตอาการที่ควรไปพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอด ท้องป็น ท้องแข็ง มีไข้ อยู่ในระดับดีมาก และพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมด้านการทำให้จิตใจให้สบาย และหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้ไม่สบายใจอยู่ในระดับดีมาก และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการดูแลตนเองที่ดีเมื่อพบว่ามีภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพ เช่น เมื่อมีอาการผิดปกติ หรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดีมาก

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ถึงต่ำ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ยังไม่ถูกต้อง โดยพบว่า ร้อยละ 73.2 มีการรับประทานอาหารของขบเคี้ยวแทนมื้ออาหาร ร้อยละ 63.0 รับประทานอาหารที่มีการทอดด้วยน้ำมัน หรือใช้กะทิมากขึ้นกว่าก่อนตั้งครรภ์ และร้อยละ 60.2 มีการดื่มเครื่องดื่มประเภท กาแฟ เป็นประจำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ใหญ่ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการไม่ดื่มกาแฟ หรือน้ำชา อยู่ในระดับดีมาก (Boonyakiat & Junyam, 2017; Wutti et al., 2020) ทั้งนี้อาจจะเป็นเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาค้นคว้านี้ ไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมด้านโภชนาการในขณะที่ตั้งครรภ์ที่เพียงพอ จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการออกกำลังกายในขณะที่ตั้งครรภ์พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการออกกำลังกายเบา ๆ หรือบริหารร่างกาย 20-30 นาทีต่อครั้ง อยู่ในระดับพอใช้ โดยร้อยละ 55.2 มีการออกกำลังกายนาน ๆ ครั้งและไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้เวลานาน 30 นาที โดยปฏิบัติ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องอยู่ในระดับน้อย (Luchacam et al., 2012) จึงถือว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอในระยะตั้งครรภ์ และจากการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ พบว่าร้อยละ 20.70 มีกิจกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ เช่นกัน (Kritcharoen et al., 2021)

เมื่อพิจารณาด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนใหญ่ร้อยละ 89.5 มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 ซึ่งช่วงอายุครรภ์นี้ตามพัฒนาการตั้งครรภ์จะเริ่มมีการยอมรับการตั้งครรภ์ ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.1 ไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์ แต่มีการมาฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 บ่งบอกถึงสตรีตั้งครรภ์มีการยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น ส่งผลให้มีการปรับบทบาทการเป็นมารดาที่ดีจากการยอมรับการตั้งครรภ์ มีความสนใจตัวเองและทารกในครรภ์มากยิ่งขึ้น มีการเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทการเป็นมารดา ทำให้แสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น (Rubin, 1976) และพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 44.4 อาศัยอยู่กับสามีและพ่อแม่ของตนเอง เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยระบายความรู้สึกกับสามี คนในครอบครัว หรือเพื่อน มีการพบปะพูดคุยกับญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเหมือนก่อนตั้งครรภ์ เช่น งานบุญ งานตามประเพณีต่าง ๆ และการหลีกเลี่ยงการขับหรือนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ อยู่ในระดับดี ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการอยู่ใน



ระดับปานกลาง (Luchacam et al., 2012) จึงจะเห็นได้ว่าในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมในระยะตั้งครรภ์เพื่อให้ตนเองและทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีในระยะตั้งครรภ์ (Saengthongrungeorn & Viboo-wathhankitt, 2010; Luchacam et al., 2012; Winalaivanakoon, 2019) และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่มีบางประเด็นที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องมีการวางแผนให้การดูแลและส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

2. ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า อายุครรภ์ ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ และการวางแผนการตั้งครรภ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ($R^2 = 0.069$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุครรภ์ปัจจุบัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .117$) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าไตรมาสที่ 1 และ 2 (Srisawad, Panyapinitnukul, & Sonnark, 2018) พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ มีการดูแลตนเองด้านโภชนาการดีกว่ากลุ่มที่มีอายุครรภ์ 14-28 สัปดาห์ ($p < 0.05$) (Boonyakiat & Junyam, 2017) จากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุครรภ์เข้าสู่ไตรมาสที่ 2 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะมีการเริ่มยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น เริ่มสนใจที่จะดูแลตนเองและทารกในครรภ์ มีการปรับบทบาทการเป็นมารดาที่ชัดเจนจากการยอมรับการตั้งครรภ์ ทำให้แสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรับรู้ได้ถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ชัดเจน มีหน้าท้องที่ขยายขนาดใหญ่ขึ้น ทารกมีการดิ้นแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุครรภ์ การเรียนรู้ การคาดการณ์ และการปรับเปลี่ยน ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 50.10 ($R^2 = .510$) (Luchacam et al., 2012) และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.9 เข้ารับบริการฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 1 และฝากครรภ์เฉลี่ยที่ 4.90 ครั้ง อาจทำให้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์จากแพทย์และพยาบาล จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ ร่วมกับอายุครรภ์ และการวางแผนการตั้งครรภ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ($R^2 = 0.069$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (Sinsuksai et al., 2008) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ($P < .05$) (Phumesawat et al., 2013) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.0) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เมื่อศึกษาในโรงเรียน อาจจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นระดับการศึกษาจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ หรือสื่อต่าง ๆ ทำให้ทราบแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ยที่ 17.23 ปี ซึ่งถือเป็นช่วงอายุของวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้น มีความคิด ความเชื่อเป็นของตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความใส่ใจตนเองมากยิ่งขึ้นเช่นกัน



การวางแผนการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ และระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 6.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การวางแผนการมีบุตรร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้ (Sinsuksai et al., 2008) และจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่ากลุ่มที่มีความพร้อมและวางแผนในการตั้งครรภ์ที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งมีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.55, p < .05$,) (Wutti et al., 2020) จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.4 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ในครั้งนี้อยู่ และส่วนใหญ่ร้อยละ 90.1 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก การตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน อาจจะส่งผลต่อการยอมรับการตั้งครรภ์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้นการวางแผนการตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรวางแผนการให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุครรภ์ ระดับการศึกษา และการวางแผนการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม
2. พยาบาลที่แผนกฝากครรภ์พื้นที่ในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 และพื้นที่ใกล้เคียงที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ควรพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และเพิ่มปัจจัยที่น่าจะทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่พัฒนาโปรแกรมจากผลการวิจัยครั้งนี้

References

- Ampiah, M. K. M., Kovey, J. J., Apprey, C., & Annan, R. A. (2019). Comparative analysis of trends and determinants of anemia between adult and teenage pregnant women in two rural districts of Ghana. *BMC Public Health*, 19(1379), 1-7.
- Boonyakiat, S., & Junyam, P. (2017). Self-care behavior of nutrition among pregnant women at prenatal care clinic of Chaopaya Apaipubejhr Hospital, Prachinburi Province. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 34(4), 270-281. (in Thai)
- Bootsri, W., & Sirisophon, A. (2020). Predicting factors of promoting behaviors among pregnant women receiving antenatal care services at community hospital, Nakhonsawan Province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, 5(1), 60-70. (in Thai)



Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand.

(2020). *Teenage pregnancy*. Retrieved from <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1>

Eliner, Y., Gulersen, M., Kasar, A., Lenchner, E., Grunebaum, A., Chervenak, F. A., & Bornstein, E.

(2022). Maternal and neonatal complications in teen pregnancy: A comprehensive study of 661,062 patients. *Journal of Adolescent Health*, 70(2022), 922-927.

Exarchos, L. M., Markantes, G. K., Stamou, M. I., Michail, G., Androutsopoulos, G., Kaponis, A., ...

Georgopoulos, N. A. (2021). Teenage pregnancies in Western Greece: Experience from a university hospital setting, *Hormones* 21, 127-131.

Honboonherm, P. (2010). *Orem's nursing theory concept and application* (2th ed.).

Mahasarakham: Apichat. (in Thai)

Kritcharoen, S., Phon-In, K., Duenke, J. K., & Uttasuradee, M. (2021). Physical activity among

pregnant women in Songkhla Province. *Songklanagarind Journal Nursing*, 41(3), 50-59. (in Thai)

Luchacam, T., Hingkanont, P., Santayakorn, C., & Prachanban, P. (2012). The factors influencing

to self-care behaviors in teenage pregnancy. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(2), 25-34. (in Thai)

Maslowsky, J., Stritzel, H., Hamoodah, L. A., Hendrick, C. E., Powers, D., Gutierrez, T. B., ...

Santelli, J. (2020). Health behaviors and prenatal health conditions in repeat versus first-time teenage mothers in the United State: 2015-2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(1), 47-53.

Nurhasanah, R., Masrul, M., Malini, H., & Tarawan, V. M. (2020). A structure equation model

examining self-care behavior toward pregnancy-related complication and their associated factors among women in Indonesia. *Journal of Medical Sciences*, 8(B), 1047-1052.

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Phumesawat, S., Suvithayasiri, K., & Chaisup, V. (2013). Perceived benefits and health promoting

behaviors in pregnant women at antenatal clinic of Rajavithi hospital. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 29(2), 80-94. (in Thai)

Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing*

practice (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Ronglue, S., Talengjit, P., & Siriborirak, S. (2012). Unwanted pregnancies in Teenagers: A survey

of problems and needs for health care support. *Siriraj Nursing Journal*, 3(2), 14-28. (in Thai)

Rubin, R. (1976). Attainment of maternal role. Part I: Process. *Nursing Research*, 16(3), 237-245.

Saengthongrungeorn, P., & Viboowathhankitt, R. (2011). A study about the relationship between

the perceived benefit of health promotion and health promoting behaviors among pregnant women. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 5(1), 21-27. (in Thai)



- Sanmongkol, S. (2016). Health perception, social and self-care behaviors among adolescent pregnant in Phuket Province. *Region 11 Medical Journal*, 30(2), 105-114. (in Thai)
- Sinsuksai, N., Phanchaoenworakul, K., & Choprapawan, C. (2008). Factors affecting health practice of pregnant women. *Journal of Nursing Science*, 26(1), 69-76.
- Srisawad, K., Panyapinitnukul, C., & Sonnark, N. (2018). Health promoting behavior in pregnancy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 95-109. (in Thai)
- Vorapongsathorn, T. (1998). *Public health research* (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Winalaivanakoon, C. (2019). Selected factors related to health responsibility behaviors among pregnant adolescents in Amnat Charoen Province. *Journal of Nursing Siam University*, 20(39), 8-19. (in Thai)
- Wutti, R., Imnam, P., Koonyodying, P., Tulapan, P., Surinprateep, P., & Panyaso, K. (2020). Study of problems, needs and self-care behavior of pregnant teenagers in Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 7(2), 58-75. (in Thai)
- Xavier, C. G., Brown, H. K., & Benoit, A. C. (2018). Teenage pregnancy and long-term mental health outcomes among Indigenous women in Canada. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 333-340.



Self-care practice Among Adolescent Primigravida in Northern Thailand:

A Mixed Method Study

การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแรก ในเขตภาคเหนือตอนบนของไทย:
การวิจัยแบบผสมผสาน

ปรางวาลี	อนุภาพวิเศษกุล*	Prangwalee	Anupapvisedkul*
เกษราวัลณ์	นิลวรารักษ์**	Kessarawan	Ninwarangkul**
กุลระวี	วิวัฒน์ชีวิน***	Kulrawee	Wiwatanacheewin***
เบญจพร	จันทาพูน****	Benjaporn	Juntrapoon****
อุไรวรรณ	ชัยมินทร์*****	Auriwan	Chaimin*****

Abstract

This mixed method study aimed to describe self-care practice and conditioning factors in self-care among primigravida teenagers in Northern Thailand and was divided into two phases. In the first phase, a quantitative study aimed to explore self-care practice among primigravida teenagers. Stratified random sampling was used to recruit 216 primigravida teenagers as informants, and data were collected using self-administered questionnaires. In the second phase, a qualitative study aimed to explore the conditioning factors affecting self-care practice; 30 primigravida teenagers were interviewed in-depth. The quantitative data were analyzed using quantitative statistics, and the qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of this study revealed that 21.80%, 66.20%, and 12.00% of primigravida teenagers demonstrated a high level, moderate level, and low level of self-care practice, respectively (Max = 113, Min = 64, Mean = 93.14, SD = 7.62). The conditioning factors related to self-care practice among primigravida teenagers could be classified into six themes: 1) mother-baby bonding, 2) ready for pregnancy, 3) family support, 4) economic problems, 5) knowledge and awareness about self-care practice for herself and her infant, and 6) smoking contact.

The findings of this study can be used as basic information for nurses and health personnel to promote adolescent pregnant women to practice appropriate self-care in order to have a healthy mother and baby.

Keywords: Self-care practice; Adolescent primigravida; Mixed method study

* Corresponding author, Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University,
e-mail: prangwalee.anu@mfu.ac.th

** Professor, Faculty of Nursing, Chiangrai Rajabhat University

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Suranaree University of Technology

**** Registered Nurse, Maechan Hospital

***** Public Health Technical Officer, Chiang Rai Provincial Health Office



บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว พื้นที่ศึกษาคือโรงพยาบาลเขตภาคเหนือตอนบน การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 216 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดผู้ตอบอ่านและตอบเอง ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรกโดยรวม อยู่ในระดับดีร้อยละ 21.80 ระดับปานกลางร้อยละ 66.20 และระดับต่ำร้อยละ 12.00 (Max = 113, Min = 64, Mean = 93.14, SD = 7.62) ส่วนปัจจัยเงื่อนไขของการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก มีสาระสำคัญ 6 ประเด็น คือ 1) รักและผูกพันกับทารก 2) ความพร้อมในการตั้งครรภ์ 3) การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว 4) ปัญหาเศรษฐกิจ 5) ความรู้ ความตระหนักในการดูแลตนเองและทารก 6) อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีคว้นบุรี

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งมารดาและทารก

คำสำคัญ: การปฏิบัติตัว สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก การวิจัยแบบผสมผสาน

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

e-mail: prangwalee.anu@mfu.ac.th

** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่จัน

***** นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากการเจริญเติบโตที่ไม่เต็มที่ของร่างกาย วัยรุ่น ประกอบกับสภาพทางด้านอารมณ์ สังคม ความคิดและเชาวน์ปัญญา ยังต้องการการพัฒนา จากความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดทั้งต่อมารดาและทารก ยิ่งมีอายุน้อยเท่าไรก็ยิ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น (Ganchimeg et al., 2014) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นประเพณีวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ความยากจน การขาดโอกาสด้านการศึกษา การใช้สารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ ความเข้าใจในการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เช่น แท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย โลหิตจาง ตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ และอาจเจ็บครรภ์คลอดนาน เนื่องจากศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานของมารดาวัยรุ่น จึงจำเป็นต้องใช้หัตถการต่าง ๆ ในการช่วยคลอด อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตจากการคลอด การเจ็บป่วยและความพิการของมารดาวัยรุ่นตามมาได้ (Panpetch & Wongsawat, 2020)

อัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 10 ของการคลอด เป็นการคลอดในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี (World Health Statistic, 2019) สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด โดยพบว่า วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีการคลอดร้อยละ 16.3 ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก (ร้อยละ 11) และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ร้อยละ 14) นับว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นไทยอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเดียวกัน นอกจากนี้พบว่าแม่วัยรุ่นจำนวนมากกว่า 10,000 คน เป็นการคลอดซ้ำ (Department of Health, 2017) แม้ว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในภาพรวมของประเทศไทย จะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังสูงเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยเฉพาะอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี โดยพบ 35, 31.3 และ 28.7 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ในปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมาย (ไม่เกิน 25 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี) ประกอบกับอัตราการคลอดซ้ำ ปัจจุบันยังสูงกว่าเป้าหมาย โดยในปี พ.ศ. 2564 พบถึงร้อยละ 14.45 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 13.5) (Thailand Reproductive Health, 2021) ในขณะที่สถิติการคลอดของสตรีวัยรุ่นโดยเฉพาะในส่วนของภาคเหนือตอนบน พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 พบ 25.51 และเพิ่มขึ้นเป็น 25.57 และ 29.47 ในปี พ.ศ. 2563 และ ปี พ.ศ. 2564 ตามลำดับ (Health Data Center, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังพบว่ามีปัญหา เช่น มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า (Wisaphan & Yajai, 2016) มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ อยู่ในระดับต่ำ (Rungsiriwattanakit, 2018) ประกอบกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อม จึงไม่สนใจดูแลตัวเองและทารกในครรภ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาทั้งต่อตนเองและทารก (Wisaphan & Yajai, 2016) และยังพบอีกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดรายได้ จึงทำให้เข้ารับบริการดูแลสุขภาพล่าช้า มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ จึงขาดการได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ (Tantivess et al., 2013)



การดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ มีความสำคัญ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Mekkamol & Wichainprapra, 2018) การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่สำคัญ เช่น การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากขาดประสบการณ์ตั้งครรภ์ ประกอบกับไม่ได้รับคำแนะนำ หรือไม่มีความรู้เรื่องอาการผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ที่ควรมาโรงพยาบาลก่อนนัด (Polprasarn, Chareonsanti, & Sriarporn, 2019) ส่วนเรื่องของการอาหารและโภชนาการ การพักผ่อน การทำงาน การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ควรมาพบแพทย์ จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบอีกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความตระหนักในการรับประทานอาหาร มักเลือกรับประทานอาหารตามรูปลักษณ์ รสชาติ ความอยาก ความสะดวกและราคา ซึ่งไม่ได้เน้นอาหารที่มีประโยชน์เป็นหลัก โดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นครั้งแรก ซึ่งยังขาดความรู้และประสบการณ์ รวมทั้งวุฒิภาวะที่ยังไม่พร้อม ทำให้ต้องประกอบอาชีพที่มีรายได้น้อย อีกทั้งหากเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดีหรือชีวิตครอบครัวไม่ราบรื่น ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ รวมถึงการพักผ่อน การทำงาน การใช้สารเสพติด หรือสัมผัสสารพิษจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะยิ่งส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นต้น (Wise, 2015) การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ จากทฤษฎีของ โอเร็ม (Orem, 2010) การดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์เป็นมโนทัศน์การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ที่เกิดขึ้นจากการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยในวัยต่าง ๆ ของชีวิต ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามกระบวนการต่าง ๆ ของชีวิต (Orem, 2010)

ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยเงื่อนไขการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และปัจจัยเงื่อนไขความรู้ ทำให้ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จากปัจจัยเงื่อนไขเหล่านี้ยังมีผลทำให้วัยรุ่นต้องเผชิญกับภาวะเครียดสูงขึ้น เนื่องจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต บางคนอาจต้องพักการเรียนหรือต้องออกจากโรงเรียน สูญเสียโอกาสทางการศึกษา การมีความรู้ที่น้อย ทำให้ไม่มีงานทำหรือต้องทำงานในอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน มีรายได้ต่ำ เศรษฐกิจครอบครัวไม่ดี ขาดความมั่นคงและการยอมรับจากครอบครัว ทำให้มีอัตราการหย่าร้างสูง เกิดความทุกข์จากการที่ต้องแยกจากกลุ่มเพื่อน ไม่มีสมาธิในการเรียน เป็นผลให้วัยรุ่นส่วนหนึ่งตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ และวิตกกังวลกับการปรับตัวตามพัฒนาการกับการใช้ชีวิตของวัยรุ่นซึ่งต้องดำเนินต่อไปพร้อมกับการตั้งครรภ์ จากความไม่พร้อมของการตั้งครรภ์ มารดาวัยรุ่นจึงไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามมา ประกอบกับการไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ความเครียด ความวิตกกังวล รู้สึกผิด เสียใจ รู้สึกไร้คุณค่า ซึ่งอาจเกิดภาวะซึมเศร้า และทำร้ายตนเองตามมาได้ (Nawarat, Fongsuwan, & Pungnirun, 2013)

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในปัจจุบันจึงยังเป็นภาวะวิกฤต และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งไม่ครอบคลุมและไม่สามารถเข้าถึงประเด็นปัญหาและปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกได้อย่างลึกซึ้ง และส่วนใหญ่ศึกษาในพื้นที่อื่น การศึกษาในเขตภาคเหนือตอนบนยังมีอย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรก ในรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงการปฏิบัติตัวและปัจจัยเงื่อนไขในการปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรกในเขตภาคเหนือตอนบน ผลการศึกษาจะก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรก และเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมให้สตรีวัยรุ่นครั้งแรกสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลดและป้องกันภาวะเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกและทารกในครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2010) ในมโนทัศน์การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Orem, 2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม (Pitakwachara Yamapai, 2017; Lertsacornsiri, 2015; WHO, 2002) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research Design) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบเชิงอธิบาย (Explanatory design) ในรูปแบบติดตาม (Follow up explanation model [QUAN emphasized]) (Cresswell, Fetters, & Ivankova, 2004) โดยระยะแรกศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณของการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก แล้วตามด้วยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคเหนือตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ที่มารับบริการฝากครรภ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี 2) อายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่สาม (29-42 สัปดาห์) 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .90 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .25 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 ราย (Polit, 2010) แต่เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกทั้งหมด 216 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi stage sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มโรงพยาบาลที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยจัดกลุ่มโรงพยาบาลตามขนาดของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จากนั้นใช้วิธีการจับสลากเพื่อสุ่มโรงพยาบาลมากลุ่มละ 5 โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และข้อมูลอ้อมตัวที่จำนวนผู้ให้ข้อมูล 30 ราย กำหนดเกณฑ์คัดเลือกจากคะแนนการดูแลตนเอง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติตัวในระดับดี ปานกลาง และต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ บลูม, โทมัส, แฮสติงส์, มาดาส, และ บอลด์วิน (Bloom, Thomas, Hastings, Madaus, & Baldwin, 1971)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2010) ในมโนทัศน์การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม (Pitakwachara Yamapai, 2017; Lertsacornsiri, 2015; WHO, 2002) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ อาชีพ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ฯลฯ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ตลอดทั้ง 3 ไตรมาสของการตั้งครรภ์ เช่น การฝากครรภ์ การรับประทานอาหาร การทำงาน ฯลฯ

การดูแลตนเองรายข้อ

ในหมวดการบริโภคเครื่องดื่ม ได้แบ่งกลุ่มเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด 8 ระดับ แล้วให้เลือกตอบตามจริงโดย หากดื่มทุกวันให้ 1 คะแนน ดื่มสัปดาห์ละ 2-3 วัน ให้ 2 คะแนน เดือนละ 2-3 ครั้ง ให้ 3 คะแนน ปีละ 8-10 ครั้ง ให้ 4 คะแนน ปีละ 5-7 ครั้ง ให้ 5 คะแนน ปีละ 2-4 ครั้ง ให้ 6 คะแนน ปีละครั้ง ให้ 7 คะแนน และไม่ดื่ม ให้ 8 คะแนน โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 32 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนน

ในหมวดการดูแลตนเองด้านอื่น ๆ ในขณะตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ ฯลฯ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ หากปฏิบัติเป็นประจำให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 1 คะแนน หากไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน โดยด้านอาหาร และโภชนาการ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ด้านการพักผ่อน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 6 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ด้านการทำงาน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ด้านการมีเพศสัมพันธ์ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 6 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน

การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด มี 2 ตัวเลือก โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยให้สตรีตั้งครรภ์พิจารณาจากข้อคำถามแต่ละข้อ หากพบอาการ หากสตรีตั้งครรภ์นอนพัก สังเกตอาการไปก่อนให้ 0 คะแนน หากมาโรงพยาบาลให้ 1 คะแนน โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา ความถูกต้องชัดเจนของภาษา ความตรงเชิงเนื้อหา โดยแบบสอบถามการดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป แบบข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.98 และการดูแลตนเองเมื่อพบอาการผิดปกติ ข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยประเมินค่าความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.98 หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 30 คน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขด้านการดูแลตนเองหรือไม่ดูแลตนเอง เช่น “อะไรทำให้ท่านมาฝากครรภ์เร็ว” “อะไรทำให้ท่านไม่สามารถรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์” เป็นต้น



ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยแบบผสมผสาน และมีประสบการณ์ทำงานด้านการพยาบาลอนามัยแม่และเด็กมานานกว่า 20 ปี

2. ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยที่ผู้วิจัยมีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อข้อมูลอ้อมตัวผู้วิจัยทุกคนได้อ่านบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3. ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodology triangulation) ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลกับการบันทึกสะท้อนคิดของผู้วิจัย และเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกตกับการสัมภาษณ์เชิงลึก

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลที่เกิดขึ้น

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปอภิปรายกับทีมวิจัยเพื่อลดอคติในการตีความข้อมูล และการวิจัยนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติสอดคล้องครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษาเพื่อสามารถนำผลที่ได้ไปอ้างอิงในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (REH-61226) เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ ผู้วิจัยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการลงนามด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยและบันทึกเสียงการสนทนาและเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อจริง นำเสนอในภาพรวมและเพื่อวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่เสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลาย และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ผู้วิจัยจะมีเอกสารคำอธิบาย/ คำชี้แจง และหนังสือขอการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองทุกราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และหลังได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล ได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดยนักวิจัย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ละคนใช้เวลา 45-60 นาที โดยใช้เวลาเฉลี่ย 50 นาที และทำการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์จะยุติเมื่อข้อมูลครอบคลุมและสมบูรณ์ (data saturation) ตลอดการสัมภาษณ์มีการบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (descriptive statistics) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการแบ่งกลุ่มตามระดับคะแนนการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีคะแนนการดูแลตนเองในระดับดี ปานกลาง และต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ บลูม และคณะ (Bloom et al., 1971) คือ กลุ่มที่ได้คะแนนระดับดี ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป



กลุ่มที่ได้คะแนนระดับปานกลางได้คะแนนร้อยละ 60-79 และกลุ่มที่ได้คะแนนระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาถอดเทป หลังจากนั้นอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป ตรวจสอบความครอบคลุม และอิมตัวของข้อมูล จากนั้นทำความเข้าใจ แล้วกำหนดรหัสแบบเปิด และทำการจัดกลุ่มข้อมูล จำแนกประเภทข้อมูล แล้วจัดทำเป็นการ จำแนกประเภทข้อมูลหลัก (Elo & Kyngas, 2008)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จำนวน 216 คน ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 43.52) อายุเฉลี่ย 16.42 ปี (SD = 7.12) อยู่ในครอบครัวขยาย (ร้อยละ 61.11) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 69.91) ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 68.90) และรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ (ร้อยละ 53.24) การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 65.74) บุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ (ร้อยละ 75.93)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์

การปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรกโดยรวม พบว่า อยู่ระดับดีร้อยละ 21.8 ระดับปานกลางร้อยละ 66.2 และระดับต่ำร้อยละ 12.0 (max = 113, min = 64, mean = 93.14, SD = 7.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการปฏิบัติตัวด้านการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ช้า (ร้อยละ 76.39) อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อมาฝากครรภ์ ครั้งแรก 17.12 สัปดาห์ (SD = 7.08) ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 81.94) การปฏิบัติตัวด้านอาหารโภชนาการ และการพักผ่อน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.80 และ 52.30 ตามลำดับ) การปฏิบัติตัวด้านการทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ และการปฏิบัติตัวเมื่อมีความผิดปกติ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.70, 49.10 และ 40.70 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก รายด้าน (n = 216)

การปฏิบัติตัวรายด้าน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรกโดยรวม (คะแนน)		
ระดับดี	47	21.80
ระดับปานกลาง	143	66.20
ระดับต่ำ	26	12.00
Max = 113, Min = 64, Mean = 93.14, SD = 7.62		
การมาฝากครรภ์		
ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	51	23.61
ฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	165	76.39
Max = 38, Min = 5, Mean = 17.12, SD = 7.08		
ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ		
ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	177	81.94
ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	39	18.06



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก รายด้าน (n = 216) (ต่อ)

การปฏิบัติตัวรายด้าน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การปฏิบัติตัวด้านอาหารและโภชนาการ		
ระดับดี	17	7.90
ระดับปานกลาง	127	58.80
ระดับต่ำ	72	33.30
การปฏิบัติตัวด้านการพักผ่อน		
ระดับดี	89	41.20
ระดับปานกลาง	113	52.30
ระดับต่ำ	14	6.50
การปฏิบัติตัวด้านการทำงาน		
ระดับดี	46	21.30
ระดับปานกลาง	82	38.00
ระดับต่ำ	88	40.70
การปฏิบัติตัวด้านการมีเพศสัมพันธ์		
ระดับดี	18	8.30
ระดับปานกลาง	92	42.60
ระดับต่ำ	106	49.10
การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ		
ระดับดี	46	21.30
ระดับปานกลาง	82	38.00
ระดับต่ำ	88	40.70

การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกรายข้อ ด้านอาหารและโภชนาการ หมวดอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (Mean = 2.50, SD = 0.75) รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม (Mean = 2.77, SD = 0.88) รับประทานอาหารที่มีไอโอดีน (Mean = 2.01, SD = 0.57) หลีกเลี่ยงขนมหวาน (Mean = 2.45, SD = 0.84) ส่วนหมวดเครื่องดื่ม ดื่มน้ำอัดลมและเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีรสหวานอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 4.04, SD = 2.6) ดื่มชา กาแฟ กาแฟปั่นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 5.17, SD = 2.19)

การปฏิบัติตัวด้านการพักผ่อน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยนอนกลางคืนวันละ 8-10 ชั่วโมง (Mean = 2.59, SD = 0.94) และนอนกลางวัน วันละครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง (Mean = 2.65, SD = 0.96) ส่วนการปฏิบัติตัวด้านการทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องนั่งหรือยืนมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน (Mean = 1.68, SD = 0.49) หลีกเลี่ยงการทำงานแบกหาม งานหนัก (Mean = 1.78, SD = 0.50) ส่วนการหลีกเลี่ยงงานที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีหรือสารพิษอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.68, SD = 0.42)

การปฏิบัติตัวด้านการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ความรุนแรง (Mean = 1.76, SD = 1.21) มีเพศสัมพันธ์ในท่าทับบนหน้าท้อง (Mean = 1.89, SD = 0.48) และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การปฏิบัติหากทารกไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลง (Mean = 0.56, SD = 0.49) การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการปวดท้องน้อยท้องแข็งบ่อย (Mean = 0.29, SD = 0.45) การปฏิบัติตัวเมื่อมี



อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ (Mean = 0.71, SD = 0.45) การปฏิบัติตัวเมื่อมีน้ำเดิน (Mean = 0.71, SD = 0.45) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติตัวรายข้อของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก (n = 216)

การปฏิบัติตัวรายข้อ	Mean	SD	ระดับ
ด้านอาหารและโภชนาการ			
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	2.50	0.75	ปานกลาง
รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น นมสด ปลาช่อน ปลาสลิด	2.77	0.88	ปานกลาง
รับประทานอาหารที่มีไอโอดีน เช่น อาหารทะเล อาหารที่ปรุงด้วยเกลือไอโอดีน	2.01	0.57	ปานกลาง
หลีกเลี่ยงขนมหวาน	2.45	0.84	ปานกลาง
ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	7.77	1.12	ดี
ดื่มชา กาแฟ กาแฟปั่น	5.17	2.19	ปานกลาง
ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	7.80	1.02	ดี
ดื่มน้ำอัดลม เครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีรสหวาน	4.04	2.61	ต่ำ
ด้านการพักผ่อน			
นอนกลางคืนวันละ 8-10 ชั่วโมง	2.59	0.94	ปานกลาง
นอนกลางวัน วันละครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง	2.65	0.96	ปานกลาง
ด้านการทำงาน			
หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องนั่งหรือยืนมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	1.68	0.49	ต่ำ
หลีกเลี่ยงการทำงานแบกหาม งานหนัก	1.78	0.50	ต่ำ
หลีกเลี่ยงงานที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีหรือสารพิษ	2.68	0.42	ปานกลาง
ด้านการมีเพศสัมพันธ์			
มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ใช้ความรุนแรง	1.76	1.21	ต่ำ
มีเพศสัมพันธ์ ในท่าที่บนหน้าท้อง	1.89	0.48	ต่ำ
การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ			
การปฏิบัติกรณีทารกไม่ดิ้น หรือดิ้นน้อยลง	0.56	0.49	ต่ำ
การปฏิบัติเมื่อมีอาการปวดท้องน้อย ท้องแข็งบ่อย	0.29	0.45	ต่ำ
การปฏิบัติเมื่อมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่	0.71	0.45	ต่ำ
การปฏิบัติเมื่อมีอาการน้ำเดิน	0.71	0.45	ต่ำ

2. ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรก

ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรก ทั้งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ปฏิบัติตัวในระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีทั้งหมด 6 ประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

2.1 รักและผูกพันกับทารก

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกบางคนเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ แม้จะยังไม่พร้อม แต่มีความผูกพันกับทารกในครรภ์จึงทำให้การปฏิบัติตัวเพื่อให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพกายที่แข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงการปฏิบัติตัวอย่างดีตั้งแต่การฝากครรภ์ในระยะเริ่มแรก การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าครบ



5 หมู่ พักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่ทำงานหนักและสังเกตอาการผิดปกติ ดังคำกล่าวของสตรีตั้งครรภ์ต่อไปนี้

“ขณะที่ท้อง หนูกำลังเรียนอยู่ชั้น ม.5 ส่วนแฟนอยู่ ม. 4 โรงเรียนเดียวกัน ...จริง ๆ แฟนเค้าอยากให้เอาเด็กออกอะคะ หนูบอกเขา ยืนยันว่ายังไม่เอาออกคะ กลัวเป็นบาป อีกอย่างเราก็กินข้าวมาแล้ว ก็อยากดูแลเขาให้เต็มที่ แล้วก็ไปฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ไม่เคยขาดคะ” (M 2_16 ปี)

“หนูไปฝากท้องครั้งแรกตั้งแต่รู้ว่าท้อง 11 สัปดาห์คะ และนับลูกเดินตามคำแนะนำทุกวัน เขาให้นับต่อด้วยตนเองที่บ้าน หนูนับทุกวันคะ เป็นห่วงลูก หากผิดปกติจะได้รับไปโรงพยาบาล แม่และแฟนก็ไม่ให้ทำงาน ให้พักเยอะๆ ทำอาหารให้กินทุกมื้อ ประจจากผักที่ปลูกเองที่บ้าน เนื้อ นมสด ไข่ ได้ทานทุกวันคะ” (M 8_15 ปี)

“เมื่อรู้ว่าท้อง หนูก็รีบไปฝากตั้งแต่ 9 สัปดาห์แล้วคะ แฟนพาไปและไปตามนัดทุกครั้ง ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ก็ทำตามคะเพราะเป็นห่วงลูก อยากให้เขาแข็งแรงและปลอดภัยคะ” (M 9_15 ปี)

ในทางตรงกันข้ามสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่มีความรักความผูกพันกับทารกน้อย หรือไม่มี ดูแลตนเองที่เหมาะสมในระดับต่ำ โดยสตรีเหล่านี้เล่าว่า

“หนูเพิ่งทราบผลเลือดครั้งแรกจาก โรงพยาบาลว่าแฟนมีผลเลือดบวก และทานยาต้านมาประมาณ 5 ปี หนูช็อคและเครียดมาก กลัวจะติดเชื้อจากแฟน และท้องนี้ก็ได้ตั้งใจที่จะมีคะ เพราะยังไม่พร้อม จึงยังไม่รู้สึกผูกพันอะไร ดูแลตัวเองตามปกติ คิดจะเอาออกอยู่คะ เพราะยังไม่แน่ใจว่าคงไม่สมบูรณ์เท่าเด็กคนอื่น (L 6_18 ปี)

“หนูไม่ได้สนใจดูแลตนเองเป็นพิเศษ ทำตัวเหมือนก่อนท้องทุกอย่าง อะไรที่อยากกิน ก็กินตามใจชอบ ชอบทานหมูปิ้งติดมันเยอะๆ ต้มโคล้ก กาแฟ ทุกวัน น้ำหนักหนูขึ้นมา 23 กิโล ฝากท้องครั้งแรกก็ 32 สัปดาห์แล้วคะ หนูคลอดเองไม่ได้ต้องใช้เครื่องดูดออก ลูกตัวโต น้ำหนัก 4 โลกว่าคะ (L 10_16 ปี)

2.2 ความพร้อมในการตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์จึงไม่ได้แจ้งครอบครัวให้รับทราบเกรงว่าจะถูกตำหนิ และทำให้ครอบครัวอับอาย และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้บางคนไม่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากฝ่ายชาย ถูกทอดทิ้งจึงต้องเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว และครอบครัวไม่ยอมรับ ส่งผลให้เกิดความเครียด และมีความคิดทำร้ายตนเอง ทำให้การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ในระดับต่ำ เช่น ไม่ไปฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มแรก มีความเครียดสูง พักผ่อนได้น้อย โดยสตรีเหล่านี้เล่าว่า

“เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวคะ หนูท้องขณะเรียนอยู่ ปวช. 2 เมื่อแฟนรู้ว่าหนูท้อง เขาก็มาบอกเลิก เขาพูดประมาณว่าใช้ลูกเขาเหวอประมาณนี้คะ แล้วเขาก็ไปมีแฟนใหม่ หนูเครียดมาก ไม่กล้าบอกพ่อกับแม่ จึงแอบกินยานอนหลับ กับยาพาราไปประมาณ 10 กว่าเม็ด หนูนอน 2 วันเต็มๆ โดยไม่ทานอะไร หนูรอเขา แต่ก็ไม่กลับมาซักที จึงไปฝากท้องที่อนามัยเอง หมอบอกว่า 24 สัปดาห์แล้วคะ” (L 5_17 ปี)

“พอจบ ม.3 หนูเข้ามาทำงานที่กรุงเทพฯ แฟนหนูเป็นผู้ใหญ่ อายุมากกว่าหนู 18 ปี พอเขารู้ว่าหนูท้อง เขาก็บอกว่าไม่พร้อมที่จะดูแลหนูกับลูก มาทราบทีหลังว่าเขามีครอบครัวแล้วและมีลูกอีก 2 คน หนูโทรบอกแม่ ก็ถูกแม่ตำหนิ รู้สึกเครียดมาก ไม่มีทางออก คิดจะไปกระโดดน้ำฆ่าตัวตาย แต่เปลี่ยนใจและตัดสินใจกลับบ้าน เพื่อนสนิทพาไปฝากท้องที่โรงพยาบาล ตอนนั้นท้องได้ 26 สัปดาห์แล้วคะ” (L 7_16 ปี)

สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่แม้จะตั้งครรภ์ไม่พร้อมแต่ครอบครัวมีความเข้าใจยอมรับ และให้กำลังใจ รวมถึงฝ่ายชายยอมรับ ดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในระดับดี ซึ่งสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้สะท้อนว่า

“หนูทำงานอยู่สนามกอล์ฟ คบกับแฟนได้ 2 ปี ครั้งแรกที่ทราบว่ายามีลูกก็เครียดอยู่คะ เพราะฐานะทางบ้านก็ไม่ดี มีแฟนกับแม่ช่วยดูแลหนูทุก ๆ เรื่อง เรื่องท้องหนูปรึกษาแม่ตลอดคะ แม่เป็นแรงจูงใจ เป็นแรงผลักดันให้หนูคิดไปทางที่ดี ไม่ให้หนูเครียด แม่เป็นคนบอกคนสอนตลอดคะ แม่บอกว่าไม่เป็นไร เดี่ยวคลอดแล้วแม่จะช่วยเลี้ยง เดียววันหน้าพอลูกเริ่มโต ก็กลับไปทำงานได้เหมือนเดิม แม่บอกแบบนี้คะ” (H 2_18 ปี)



“หนูพลาดค่ะ ท้องก่อนแต่ง ประจำเดือนขาดประมาณ 2 เดือนกว่า พอทราบว่าท้อง ก็โทรศัพท์หาพ่อ พ่อบอกให้รีบไปฝากท้อง แล้วแฟนก็พาไปฝากท้องที่อนามัยใกล้บ้านแล้วเขาก็ให้ไปฝากต่อที่โรงพยาบาลค่ะ แฟนก็ไปส่งหนูไปตามนัดทุกครั้งจนกระทั่งคลอดค่ะ” (H 3_17 ปี)

2.3 การช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว

การได้รับการดูแลสนับสนุนจากครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการดาของตนเอง มารดาของฝ่ายชาย และฝ่ายชายอย่างดี เช่น การพาไปฝากครรภ์ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย การประกอบอาหารให้รับประทาน และการให้คำแนะนำขณะตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกเหล่านี้การปฏิบัติตัวได้ในระดับดี กว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่น ตามคำกล่าวดังต่อไปนี้

“หนูตั้งครรภ์ขณะเรียนอยู่ชั้น ม. 6 เทอมปลายพอดี พ่อแม่หนูและแฟนก็ให้ออกมาอยู่บ้าน และไม่ให้ไปทำงานค่ะ ช่วยงานบ้านนิดหน่อยและช่วยเลี้ยงหลาน แม่และแฟนพาไปฝากท้องที่อนามัยใกล้บ้านและทำอาหารการกินให้ทุกมื้อเลยค่ะ” (M 1_17 ปี)

อีกคำกล่าวหนึ่งคือ “แฟนหนูพาไปฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่ 9 สัปดาห์แล้วค่ะ และไปตามนัดทุกครั้งค่ะ” (H 4_17 ปี) และ “ขณะเรียนอยู่ ปวช.1 เมื่อแม่รู้ว่าหนูท้องก็ไปรับหนูกลับมาอยู่บ้าน แม่และพ่อก็เป็นคนดูแลเรื่องอาหารการกิน ซื้อและจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ เป็นพวกไข่ ผัก นมจืด และคอยบอกให้พักผ่อนให้มากขึ้น และพาไปฝากท้องตามนัดทุกครั้งค่ะ” (L 5_15 ปี)

2.4 ปัญหาเศรษฐกิจ

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ และบางคนมาจากครอบครัวที่ยากจน และครอบครัวฝ่ายชายยากจนเช่นกัน ทำให้ไม่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ในระดับต่ำ เช่น ไปฝากครรภ์ล่าช้า หรือไม่ครบตามเกณฑ์ ทำงานหนักขณะตั้งครรภ์เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะดี โดยสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้เล่าว่า

“หนูท้องขณะที่เรียนอยู่ ปวช.2 แฟนเป็นรุ่นพี่ ทั้งครอบครัวของเขาและของเราฐานะไม่ดี เงินไม่พอใช้ค่ะ หนูต้องออกไปรับจ้างหารายได้เสริม ยกของที่ร้านค้าส่ง ช่วยเขายกของหนักประมาณ 5-10 กิโล ต้องยืนและเดินเกือบทั้งวัน พอลูกเริ่มดิ้นบอกแฟน แฟนบอกว่ารอพ่อแม่เค้าก่อน ไม่มีเงิน หนูไปฝากท้องครั้งแรกก็ 35 สัปดาห์แล้วค่ะ รุ่งเช้าวันนั้นก็คลอดเลย” (L_16 ปี) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกอีกคนกล่าวว่า

“แม่หนูต้องหยุดงานรับจ้างเนื่องจากมีโรคประจำตัว แฟนก็ตกงาน หนูจำเป็นต้องออกไปทำงานช่วยเสิร์ฟที่ร้านอาหาร ต้องขยันทำโอทีทุกวัน เช้างานดึสี่ ออกงานเที่ยงคืน ยอมรับว่าไม่ได้ใส่ใจเรื่องท้องเลย ต้องรีบหาเงินไว้เตรียมคลอด ไปฝากครรภ์ครั้งแรกก็ 28 สัปดาห์แล้วค่ะ” (M 3_18 ปี)

ส่วนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่มาจากครอบครัวของตนเองหรือครอบครัวฝ่ายชายที่มีฐานะดีกล่าวว่า

“หนูเพิ่งจบ ม.ปลายได้ 3 เดือน ส่วนแฟนกำลังเรียนอยู่ ปวส. พอรู้ว่าท้อง ทางครอบครัวแฟนก็ให้มาอยู่ด้วย ครอบครัวเขามีฐานะดีกว่าครอบครัวหนู แม่และพี่สาวของแฟนพาไปฝากท้องครั้งแรกที่โรงพยาบาลตั้งแต่ 7 สัปดาห์แล้วค่ะ เขาไม่ให้ทำอะไร อาหารการกินเขาก็เตรียมให้ทุกอย่าง” (H 3_18 ปี)

2.5 ความรู้ ความตระหนัก ในการดูแลตนเองและการ

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น จากคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) สื่อทางอินเทอร์เน็ต และแผ่นพับ จึงทำให้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ได้ในระดับดี ซึ่งสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้เล่าว่า



“ช่วง 34 สัปดาห์ หนูมีอาการปวดหน่วงท้องน้อย ท้องแข็งเป็นพักๆ ด้วยความที่เรายังไม่เคยมีลูกมาก่อน กลัวว่ามีผิดปกติอะไรมัย จึงบอกให้แม่และแฟน แล้วรีบไปโรงพยาบาลตามที่เคยได้รับคำแนะนำค่ะ หมอให้นอนพัก 1 คืน บอกว่าเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและบอกให้นอนพักมาก ๆ ” (H 2_18 ปี)

“เรื่องลูกไม่เดินหรือเดินเบา ๆ ก็กังวลอยู่นะคะ อ่านในเน็ต เขาบอกว่าถ้าลูกไม่เดิน ลูกอาจเสียชีวิตจากสายสะดือพันคอ เขาบอกว่าให้รีบทานข้าว กินน้ำหวานกระตุ้น เปิดเพลงฟัง ใช้มือลูบท้องเบาๆ หรือใช้ไฟฉายส่องที่ท้อง ถ้าลูกเห็นแสงแล้วลูกจะเดิน ถ้ายังไม่เดินก็ให้รีบไปโรงพยาบาล หนูลองทำตาม ลูกก็เดินดีค่ะ” (H 8_17 ปี)

ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ได้ในระดับต่ำ ดังเช่นสตรีตั้งครรภ์บางคนเล่าว่า

“ช่วงท้องได้ 7 เดือนกว่าๆ มีท้องแข็งนาน ๆ ครั้ง แล้วอยู่ ๆ มีน้ำใสไหลซึมออกมาเปื้อนกางเกงใน น้ำจะออกมามากขึ้น เวลาบิดตัวเปลี่ยนท่า หนูคิดว่าคงเป็นปัสสาวะเล็ด เบอร์โทรโรงพยาบาลก็ไม่มี ถามแฟน เขาบอกไม่น่าเป็นอะไร ให้ไปตรงตามที่เขานัดอีก 2 วันเอง ก็เลยทำงานบ้านตามปกติ หนูไปพบแพทย์ตามกำหนดนัด หมอบอกว่าน้ำคร่ำรั่วและถุงน้ำคร่ำติดเชื้อ ครรภ์นี้ หนูคลอดก่อนกำหนดค่ะ ลูกตัวเล็กไม่ถึง 2 กิโล” (L 6_16 ปี)

“เรื่องนอนกับแฟนช่วงท้อง ไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องนี้ค่ะ เพิ่งท้องแรกและไม่ได้ตั้งใจด้วยค่ะ หนูกับแฟนก็เลยปฏิบัติตามปกติเหมือนก่อนท้อง อยากถามเจ้าหน้าที่หลายครั้งช่วงไปฝากท้อง แต่ก็ไม่กล้า ไม่รู้จะไปหาข้อมูลที่ไหน จะถามแต่ก็เกรงใจ เห็นเขารีบตรวจเพราะจำนวนคนไปฝากครรภ์ค่อนข้างเยอะ” (M 12_16 ปี)

แต่อย่างไรก็ตามมีสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกบางคน มีความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่า ในขณะตั้งครรภ์ก็ยังรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์และดื่ม ชา กาแฟ และน้ำอัดลม เนื่องจากบริโภคนิสัย ความชอบในการรับประทานอาหาร จึงทำให้การดูแลตนเองในด้านนี้อยู่ในระดับต่ำ

“หมอบอกว่าหนูมีภาวะซีด ความเข้มข้นเลือดต่ำ 26% เองค่ะ หมอเพิ่มยาบำรุงเลือดมาให้ แต่ก็กินบ้างไม่กินบ้าง ไม่ชอบทานข้าวเป็นมื้อ หิวเมื่อไรก็กิน ไม่หิวก็ไม่กิน หนูไม่ชอบทานเนื้อสัตว์และไข่ กลิ่นมันคาว จะทานผลไม้และขนมถุงมากกว่า ทานแบบนี้ทุกวันพร้อมดูซีรีส์เกาหลีไปด้วย บางวันดูหนังเพลินทานข้าวมื้อเดียวก็มีค่ะ” (L 1_17 ปี) และอีกคนพูดว่า “หนูชอบดื่มเบียร์ตั้งแต่ก่อนท้อง ดื่มพร้อมอาหารทั้ง 3 มื้อเลย วันไหนไม่ได้ดื่มจะรู้สึกหงุดหงิด พอใกล้คลอดก็เปลี่ยนไปกินโซดา คิดว่าช่วยขับเหงื่อได้ดี ช่วงท้องหนูอ้วนขึ้นเยอะและอึดอัดมาก จึงไปซื้อโซดามาตุนไว้ และดื่มโซดาวันละ 3 มื้อเลย ก็รู้สึกสบายขึ้นและหายอึดอัดไปได้บ้างค่ะ” (M 8_16 ปี)

2.6 อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่

ควันบุหรี่เป็นควันพิษและส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกส่วนใหญ่รับรู้ถึงอันตรายนี้ แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ฝ่ายชาย และหรือบิดามารดาของฝ่ายชายสูบบุหรี่ในบ้าน ซึ่งสภาพที่อยู่อาศัยของสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้บางคน อาศัยอยู่ในบ้านที่มีขนาดเล็กคับแคบและอยู่รวมกันหลายคน หรือหลายครอบครัว ซึ่งข้อมูลจากการสังเกต พบว่าบางบ้านมีสองห้องนอน แต่อยู่รวมกันสี่ครอบครัวและผู้ชายสูบบุหรี่ในบ้าน สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ทุกรายเล่าว่าทุกครั้งที่ได้กลิ่นบุหรี่ จะรู้สึกเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อยลง ต้องเข้าไปนอนพักและนอนพักไม่ได้หรือนอนได้ไม่เต็มที่เนื่องจากเวียนศีรษะจากกลิ่นบุหรี่ที่ได้รับเป็นประจำ แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากมีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่กับครอบครัวของฝ่ายชาย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“แฟนกับคุณตาของแฟนสูบบุหรี่ทุกวันเลยคะ หนูได้กลิ่นทุกวัน จะรู้สึกเวียนและอยากอาเจียนทุกครั้งที่ได้กลิ่นบุหรี่ หนูหาในอินเทอร์เน็ต เขาบอกว่าควันบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อลูก ทำให้ลูกโตช้า หนูให้แฟนดู เขาบอกว่าจะเลิกสูบ แต่ก็ไม่ได้เลิกซักทีจนถึงทุกวันนี้” (L 6_17 ปี)



สตรีตั้งครรภ์อีกคนเล่าว่า “หลังจากแฟนกลับไปทำงาน หนูต้องมาอยู่กับพ่อแม่เขา ทั้งสองคนสูบบุหรี่จัด ทั้งคู่เลย สูบเยอะมาก สูบพร้อมกันทั้งวัน ตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงค่ำๆ หนูจะได้กลิ่นควันบุหรี่แรงๆเต็มจมูก จะเวียนหัว อยากอาเจียน ทานข้าวได้น้อยลง หนูก็พยายามเตือนและบอกให้เขาเลิกสูบ เขาก็บอกว่ามันติดเป็นนิสัยแล้วเลิกไม่ได้หรือแบบนี้ค่ะ ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร เพราะเรายู่กับบ้านเขา” (M 8_17 ปี)

“ที่บ้าน มีแฟนกับพ่อแฟนสูบบุหรี่ทั้งวัน หนูได้กลิ่นอยู่ตลอด หลายครั้งที่ได้กลิ่นบุหรี่หนักๆจากการสูบพร้อมกัน หนูจะเวียนหัวและต้องวิ่งไปอาเจียน และไปนอนพัก เผลอ ไม่อยากทานอะไร จะพูดมากก็ไม่ได้เพราะเราไปอยู่บ้านเขา (H 4_17 ปี)

การอภิปรายผล

การปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรกจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในภาพรวมส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.20) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ดังกล่าวดูแลตนเองได้เหมาะสมในระดับปานกลาง ด้านอาหารโภชนาการ (ร้อยละ 58.80) และด้านการพักผ่อน (ร้อยละ 52.30) สำหรับปฏิบัติตัวด้านการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ช้า โดยมาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 76.39) และมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้งคุณภาพ (ร้อยละ 81.94) การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 49.10) การทำงาน (ร้อยละ 49.70) และการสังเกตอาการผิดปกติ (ร้อยละ 40.70) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ พูนสุข ช่วยทอง, บังอร นามกร, เปรมวดี คฤหเดช และ สุรางค์ เชื้อวณิชกร (Shuaytong, Namngorn, Karuhadej, & Cherwanitchakorn, 2014) ที่พบว่าสตรีวัยรุ่นครั้งแรก มีการดูแลตนเองระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.40) และพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นดังกล่าวมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 49.3 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพเยาว์ วิศพรณ์ และ สมจิต ยาใจ (Wisaphan & Yajai, 2016) ที่พบว่าแม่วัยรุ่นมาฝากครรภ์ หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ถึงร้อยละ 91.23 และมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 8.77 เท่านั้น ขณะที่การศึกษาของ ธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ (Rungsiri-wattanakit, 2018) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการและด้านกิจกรรมทางกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 50.90 และร้อยละ 54.90 ตามลำดับ)

การที่สตรีวัยรุ่นครั้งแรกปฏิบัติตัวในระดับดี ระดับปานกลางและระดับต่ำ มีปัจจัยเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่ง คือ ความรักใคร่ความผูกพันของมารดาและทารก เป็นสายใยแห่งความสัมพันธ์ที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อพัฒนาการ และเป็นรากฐานสำคัญของชีวิตมนุษย์ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่ทำให้สตรีวัยรุ่นครั้งแรกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Alhusen, Gross, Hayat, Wood, & Sharps, 2012; Bowlby, 1969) ในการศึกษาครั้งนี้สตรีวัยรุ่นครั้งแรกที่มีความรัก ความผูกพันกับทารกในครรภ์ มีการปฏิบัติตัวโดยภาพรวมในระดับดี โดยสตรีเหล่านี้ มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนที่เพียงพอ หลีกเลี่ยงการทำงานหนักและการมีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ด้วยความคาดหวังว่าทารกจะมีพัฒนาการสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและมีสุขภาพจิตที่ดี คล้ายกับการศึกษาของ มณีร์ศรี พัฒนสมบัติสุข, บุษกร พันธเมธาฤทธิ์, โสเพ็ญ ชูนวน, มาร์ก เฮย์เตอร์, และ กราแฮม (Pattana-sombutsook, Punthmatharith, Chunuan, Hayter, & Graham, 2019) ที่พบว่าความผูกพันก่อนคลอด ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกในระยะหลังคลอด โดยความผูกพันมีองค์ประกอบ คือ ความผูกพันทางปัญญา โดยมารดาให้การยอมรับทารกในครรภ์ เกิดความอยาก رؤ้อยากเห็นและจินตนาการถึงทารก เป็นห่วงสุขภาพของทารกและอยากเป็นแม่ที่ดี ความผูกพันทางอารมณ์ มารดาจะรู้ดีใจที่มีลูก รัก ผูกพัน มีความ รู้สึกเป็นเจ้าของและเชื่อมโยงกับความรู้สึกของทารกได้ และความผูกพันทางพฤติกรรม มารดาจะมีการสื่อสารและโต้ตอบกับทารก พยายามดูแลตัวเองให้ดีเพื่อให้ทารกมีสุขภาพดี มีการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด ซึ่งต่างจากสตรีวัยรุ่นครั้งแรกที่มีความรักความผูกพันกับทารกในครรภ์น้อย การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมหรืออยู่ในระดับต่ำ



สำหรับปัจจัยเงื่อนไขด้านความพร้อมในการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของสตรีวัยรุ่นครั้งแรก โดยสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อม ได้รับการปฏิเสธจากฝ่ายชาย ยากจนและไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ทำให้มีความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า ร่วมกับไม่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอในการดูแลตนเอง ทำให้การปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ เช่น ไปฝากครรภ์ล่าช้าและหรือไม่ครบตามเกณฑ์ รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์หรือไม่ครบสามมื้อ ทำงานหนักเพื่อหารายได้ และมีเวลาพักผ่อนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ บัวแก้ว ใจดีเจริญ (Jaideecharoen, 2012) ที่ศึกษาพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ขณะอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ มีน้ำหนักตัวมารดาเพิ่มขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มีภาวะโลหิตจาง และไม่รับประทานยาบำรุงครรภ์ตามแผนการรักษา และส่วนมากมาฝากครรภ์ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และคลอดทารกก่อนกำหนด และการศึกษาของ ยุพเยาว์ วิศพรณ์ และ สมจิต ยาใจ (Wisaphan & Yajai, 2016) ที่กล่าวว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อม มักไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ส่วนใหญ่ไม่ได้ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ คือ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ไม่สนใจตัวเองและทารกในครรภ์ ทำให้ไปฝากครรภ์ล่าช้าส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งต่อแม่วัยรุ่นและบุตร และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเพ็ญ ตันติเวช และคณะ (Tantivess et al., 2013) ที่พบว่า แม่วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จากฝ่ายชายมีรายได้ไม่เพียงพอ ต้องมีการระดมค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาลจึงทำให้ไปฝากครรภ์ล่าช้า ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ และไม่ครบตามเกณฑ์ จึงไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามระยะของการตั้งครรภ์ ไม่สามารถปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งต่างจากสตรีที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวด้านการเงิน การให้กำลังใจ ดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมในระดับดี

ส่วนปัจจัยเงื่อนไขด้านความรู้ ความตระหนัก ในการปฏิบัติตัวและทารกส่งผลต่อสตรีวัยรุ่นครั้งแรก เนื่องจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวให้ดีขึ้น (Aldhafeeri et al., 2019) โดยสตรีวัยรุ่นครั้งแรกที่มีความรู้ด้านการฝากครรภ์ การรับประทานอาหาร การทำงานและการพักผ่อน สามารถการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เซียนเนียน, ชาร์บาน, แอนซารี โมกาคัม, และ รามี (Zhianian, Zareban, Ansari Moghaddam, & Rahimi, 2015) ที่พบว่า การให้ความรู้แก่สตรีในระยะตั้งครรภ์ เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความตระหนัก ส่งผลให้มีการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สำหรับสตรีที่มีความรู้ต่ำหรือไม่มีความรู้ในด้านการมีเพศสัมพันธ์ และการสังเกตอาการที่ผิดปกติ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในด้านเหล่านี้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฤษดาพร ผลประสาร และคณะ (Polprasarn et al., 2019) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากเป็นสตรีวัยรุ่นครั้งแรก ไม่มีประสบการณ์ตั้งครรภ์ ประกอบกับบางส่วนไม่ได้คำแนะนำหรือไม่มีความรู้เรื่องอาการผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ที่ควรมาโรงพยาบาลก่อนนัด

การศึกษารุ่นนี้พบว่าปัจจัยการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันทิษจากบุหรี่ยี่ ซึ่งสตรีวัยรุ่นครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับพิษจากควันทิษจากมือสอง เนื่องจากมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ในบ้าน และสภาพแวดล้อมในบ้านที่แออัด จึงมีการดูแลเพื่อป้องกันพิษจากควันทิษหรืออยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า การได้รับควันทิษของสตรีตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Bizo, Milnerowicz, Kowalska-Piastun, & Milnerowicz-Nabzyk, 2021) ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างยังต้องพึ่งพาคนอื่น ส่วนใหญ่ไปอาศัยอยู่กับครอบครัวสามีจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ประกอบกับคนในครอบครัวอาจจะยังมีความรู้ไม่เพียงพอ และไม่ตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่ยี่ต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ, กัญญพัชร พงษ์ช้างอยู่, ชุตินา มาลัย, และ หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์ (Tongmuangtunyatep, Pongchangyou, Malai, & Busayapranpong,



2019) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับควันทันในขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ คลอดก่อนกำหนด ระบบการเคลื่อนไหว การควบคุมสภาวะต่าง ๆ ที่ถูกกระตุ้น ต่ำว่าทารกที่มารดาไม่ได้รับควันทันในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่ควรให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวให้ลดหรือหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันทัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พยาบาลควรให้ความสำคัญกับบุคคลในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยให้การดูแลสนับสนุนส่งเสริมบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะการตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุขต่อไป

2. ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยคำนึงถึงปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการดูแลตนเองสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการให้บริการสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวให้ครอบคลุมทุกมิติของการดูแล

2. ควรศึกษาถึงประสิทธิภาพการให้การพยาบาลตามปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

References

- Aldhafeeri, M. K., Alahmadi, K. F., Alalyani, A. M., Makhdoom, A. N., Abotalib, R. A., Almutairi, T. J., & AL-Farga, A. (2019). Impact of health education on knowledge and preventive behaviour for pregnancy related issues in Saudi Arabia: A systematic review. *Current Trends on Biostatistics & Biometrics*, 2(1), 146-155.
- Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Wood, A. B., & Sharps, P. W. (2012). The influence of maternal-fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low income, Urban women. *Research in Nursing and Health*, 35(2), 112-120. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>.
- Bizo, A., Milnerowicz, H., Kowalska-Piastun, K., & Milnerowicz-Nabzdyk, E. (2021). The impact of early pregnancy and exposure to tobacco smoke on blood antioxidant status and copper, zinc, cadmium concentration-a pilot study. *Antioxidants*, 10(493), 1-14.
- Bloom, B. S., Thomas Hastings, J., Madaus, G. F., & Baldwin, T. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (2nd ed.). New York: Basic Books.



- Cresswell, J. W., Fettes, M. D. & Ivankova, N. V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *The Annals of Family Medicine*, (2), 7-12.
- Department of Health. (2017). *Teenage pregnancy surveillance report*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., ... Mori, R. (2014). *Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World health organization multicounty study*. Retrieved from <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com>
- Health Data Center. (2021). *Surveillance of the live birth rate among women aged 15-19 years in Health Region 1*. Nonthaburi: Department of health. Ministry of public health. Retrived from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5
- Jaideecharoen, B. (2012). *Health promotion and factors related to health promotion among adolescence pregnancy* (Master's thesis). Rangsit University, Thailand. (in Thai)
- Lertsacornsiri, M. (2015). *Nursing care of pregnancy women during ante-natal care and during labor*. Bangkok: Assumption. (in Thai)
- Mekkamol, K., & Wichainprapa, A. (2018). The role of nurse in teenage mother's caring. *Journal of Health Science Research*, 12(2), 69-77. (in Thai)
- Nawarat, S., Fongsuwan, W., & Pungnirun, B. (2013). A structural equation model development of variables that effect to depression among pregnancy of Thai adolescent. *Journal of the Association of Researcher*, 18(2), 99-112. (in Thai)
- Orem, D. E. (2010). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St Louise, MO: Mosby.
- Panpetch, O., & Wongsawat, P. (2020). Unwanted pregnancy in adolescents: Guidelines for prevention and surveillance. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 31(2), 280-292. (in Thai)
- Pattanasombutsook, M., Punthmatharith, B., Chunuan, S., Hayter, M., & Graham, M. E. (2019). Prenatal attachment among Thai pregnant adolescents: A qualitative study. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(1), 1-14.
- Polprasarn, P., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2019). Pregnancy risk perception, time of pregnancy recognition, and first antenatal care visit of adolescent pregnant women. *Kuakarun Journal of Nursing*, 26(1). 107-120.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Boston, MA: Pearson.
- Pitakwachara (Yamapai), N. (2017). Ante-natal care. In P. Wanitchapongpun, K. Rassamichareun, & T. Lertbunapong. (Eds.), *Modern textbook of obstetrics* (pp. 64-76). Bangkok: P. A. living. (in Thai)



- Rungsiriwattanakit, T. (2018). *The development of model to promoting self-care behaviors of adolescence pregnancy, Phetchaburi Province*. (Doctoral dissertation). Krirk University, Thailand. (in Thai)
- Shuaytong, P., Nammgorn, B., Karuhadej, P., & Cherwanitchakorn, S. (2014). Self-esteem and associated factors of teenagers with first pregnancy. *Chula Medical Journal*, 58(6), 683-96. (in Thai)
- Tantivess, S., Pilasant, S., Yamabhai, I., Teerawattananon, Y., Yothasamoot, C., Mutdech, A., & Aengmahusakul, N. (2013). *Adolescent pregnancy in Thailand*. Retrieved from <https://www.hitap.net/wp> (in Thai)
- Thailand Reproductive Health. (2021). *Health data center*. Retrieved from <https://rh.anamai.moph.go.th/th> (in Thai)
- Tongmuangtunyatep, K., Pongchangyou, K., Malai, C., & Busayapranpong, H. (2019). Effects of cigarette smoke in pregnant women on fetus: A systematic review. *Journal of Nursing and Education*, 12(1), 117-132. (in Thai)
- Wise, N. J. (2015). Pregnant adolescents, beliefs about healthy eating, factors that influence food choices, and nutrition education preferences. *Journal of Midwifery & Woman's Health*, 60(4), 410-418.
- Wisaphan, Y., & Yajai, S. (2016). Effects of pregnancy on health, society and finance of teenage mothers living in Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 1-16. (in Thai)
- World Health Organization. (2002). *WHO programme to map best reproductive health practices. WHO antenatal care randomized trial: Manual for the implementation of the new model*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42513>
- World Health Statistic. (2019). *Monitoring health for the sustainable development goals*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf>
- Zhianian, A., Zareban, I., Ansari Moghaddam, A., & Rahimi, S., (2015). Improving self-care behaviours in pregnant women in Zahedan: Applying self-efficacy theory. *Caspian Journal of Health Research*, 1(1), 18-26.



Factors Predicting Functional Status Among Adolescent Mothers*

ปัจจัยทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น*

กัลยา	พรหมคำ**	Kanlaya	Phromkham**
พรรณพิไล	ศรีอาภรณ์***	Punpilai	Sriarporn***
ฉวี	เบาทรวง****	Chavee	Baosung****

Abstract

The functional status of adolescent mothers, in terms of role functioning and responsibility in the postnatal period, has an impact with various factors. The purpose of this research was to study the power of predicting among state anxiety, postnatal depression, fatigue, social support, and functional status after childbirth among adolescent mothers. The participants were 100 adolescent mothers, aged 13 to 19 years, who received postpartum care services at four hospitals in the northern region: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, First Regional Health Promoting Center Chiang Mai Health Promoting Hospital, Lamphun Hospital, and Lampang Hospital. The instruments used for data collection were the Demographic Data Record Form, the State Anxiety Inventory Form Y-1, the Edinburgh Postnatal Depression Scales, the Modified Fatigue Symptoms Checklist, the Mother's Social Support Questionnaire, and the Inventory of Functional Status After Childbirth-Revised for Adolescents. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The results of the study revealed that:

1. The functional status among adolescent mothers was at a moderate level (66%), with a mean score of 2.88 (SD = .289)
2. State anxiety, postnatal depression, fatigue, and social support could explain variation of functional status among adolescent mothers at 18.4% ($R^2 = .184$, $F = 5.344$, $p < .001$); the factor that could significantly predict functional status among adolescent mothers was state anxiety ($\beta = -.623$, $p < .001$)

The results of this research can be used as fundamental data for planning nursing interventions for reducing anxiety, thereby promoting effective functional status among adolescent mothers.

Keywords: State anxiety; Postnatal depression; Fatigue; Social support; Adolescent mothers; Functional status after childbirth

* 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: p.kanlaya@hotmail.com

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

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

Received 29 May 2019; Revised 1 July 2019; Accepted 26 July 2019



บทคัดย่อ

สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ในเรื่องบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในระยะหลังคลอดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อนล้า และการสนับสนุนทางสังคม ต่อสถานะการปฏิบัติหน้าที่ภายหลังการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-19 ปี จำนวน 100 ราย ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลลำปาง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินความอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด และแบบประเมินสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple linear regression

ผลการวิจัย พบว่า

1. สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.88 (SD = .289)

2. ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อนล้า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 18.4 ($R^2 = .184$, $F = 5$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ($\beta = -.623$ $p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการพยาบาลโดยการลดความวิตกกังวล เพื่อส่งเสริมสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อนล้า การสนับสนุนทางสังคม มารดาวัยรุ่น สถานะการปฏิบัติหน้าที่ภายหลังการคลอดบุตร

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: p.kanlaya@hotmail.com

*** ศาสตราจารย์คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่กำลังจะก้าวผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้วัยรุ่นมีอารมณ์รุนแรง มีความอยากรู้อยากทดลองสิ่งใหม่ ๆ เกิดพัฒนาการที่มีความต้องการทางเพศและเริ่มมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจหรือไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน โดยมีวัยรุ่นจำนวนมากเลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อไปจนคลอดและกลายเป็นมารดาวัยรุ่น (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Health, 2021) รายงานสถานการณ์ของมารดาวัยรุ่นในปัจจุบันโดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าร้อยละ 11 ของการคลอดทั่วโลกเป็นการคลอดในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี (World Health Organization [WHO], 2014) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า อัตราเฉลี่ยการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นสูงถึง 60 ราย ต่อจำนวนประชากรสตรีอายุระหว่าง 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับสองของประเทศในกลุ่มประชาคมอาเซียน 10 ประเทศ (The United Nations Population Fund [UNFPA], 2015)

มารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติ และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม การปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร และการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเด็กวัยรุ่นมาเป็นมารดาที่ต้องมีความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ในทันที โดยขาดความพร้อมด้านจิตใจและวุฒิภาวะทางอารมณ์ (Logsdon, 2009)

สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น หมายถึง ระดับของการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของมารดาวัยรุ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตเหมือนในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ และดำรงไว้ซึ่งบทบาทการเป็นมารดาที่มีความรับผิดชอบในการดูแลบุตร (Logsdon, 2009) เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันจากมารดาผู้ใหญ่ เมื่อมีเวลาว่างมักใช้เวลากับเพื่อนหรือคู่รักมากกว่าที่จะร่วมกิจกรรมทางสังคมและชุมชน และมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยเรียน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการศึกษาสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นตามบริบทของประเทศไทย (Moontito, Sriarporn, & Baosoung, 2022) ได้ดัดแปลงแบบประเมินสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นตามแนวคิดของ ลอกส์ดอน (Logsdon, 2009) ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) การทำงานบ้าน 2) การใช้เวลาว่าง 3) การดูแลบุตร 4) การดูแลตนเอง 5) การศึกษา และ 6) การทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อนล้า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น สำหรับความวิตกกังวลในระยะหลังคลอด เป็นการรับรู้ของมารดาเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้น จนทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ กระวนกระวาย (Spielberger, 1972) ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยอาจมีประโยชน์ทำให้เกิดความตื่นตัว กระตือรือร้น และเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แต่ความวิตกกังวลมากหรือรุนแรงที่สุดอาจทำให้สูญเสียความสามารถในการรับรู้ ควบคุมตนเองไม่ได้ จนกระทั่งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Peplau, 1979) จนส่งผลกระทบต่อสถานะการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอด ดังเช่น การศึกษาของ กัญญาณัฐ สิทธิภา, ณวี เบาทรวง, และ นันทพร แสนศิริพันธ์ (Sittipa, Baosoung, & Sansiriphun, 2017) พบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของผู้เป็นมารดาครั้งแรก ($r = -.23, p < .05$)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึง ความเปื่อยเบนทางด้านอารมณ์ที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดและการแสดงออกด้านร่างกายของมารดาที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดบุตร และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมแสดงออกทางด้านร่างกาย ความคิด และอารมณ์ (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) มารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Nunes & Phipps, 2013) มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า



หลังคลอดจะทำให้ความสามารถในการเป็นมารดาลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย และปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ไม่ดี (Amphai, 2007; Birkeland, Thompson, & Phares, 2005; Niratttharadorn, 2005) การศึกษาของ วรัญญา มุลธิโต และคณะ (Moontito et al, 2022) พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ($r = -.256, p < .05$)

ความอ่อนล้าในระยะหลังคลอด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย หดเหี่ยวแรง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการคลอดบุตร รวมถึงภาระในการเลี้ยงดูบุตร ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองซึ่งรวมไปถึงการปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดาในการดูแลบุตรลดลง (Pugh & Milligan, 1993) มารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยมักจะเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนล้ามากกว่ามารดาที่มีอายุมาก (Giallo et al., 2015; Mori et al., 2015) มารดาที่ยังมีความอ่อนล้าเมื่อครบกำหนด 6 สัปดาห์หลังคลอด จะทำให้การกลับคืนสู่สถานะการปฏิบัติหน้าที่ภายหลังการคลอดบุตรไม่ครบสมบูรณ์ (Rychnovsky, 2007) การศึกษาของ ช่อผกา คงต้นกุล, พรธมพิไล ศรีอาภรณ์, และ ฉวี เบาทรวง (Kongtonkul, Sriarporn, & Bousoung, 2022) พบว่า ความอ่อนล้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ($r = -.214, p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่มารดาวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการประเมินค่า (House, 1981) บุคคลที่ให้การสนับสนุนมารดาวัยรุ่น ได้แก่ คู่รัก ครอบครัว เพื่อนวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เหมือนกัน เพื่อนวัยรุ่นในโรงเรียน และบุคลากรที่มสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวมากที่สุด (Logsdon, Birkimer, Simpson, & Looney, 2005) มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่รัก และมีความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคม จะเข้าใจการเป็นมารดาและสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้ดี (Laghi, Baumgartner, Riccio, Bohr, & Dhayanandhan, 2013) การศึกษาของ วรัญญา มุลธิโต, พรธมพิไล ศรีอาภรณ์, และ ฉวี เบาทรวง (Moontito, Sriarporn, & Baosoung, 2022) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ($r = .215, p < .05$)

การศึกษาเกี่ยวกับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ภายหลังการคลอดบุตรที่ผ่านมา เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดเท่านั้น ยังไม่พบการศึกษาเพื่อหาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ กับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่อาจจะสามารถทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อนล้า และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อน ล้า และการสนับสนุนทางสังคม กับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นของ ลอกส์ดอน (Logsdon, 2009) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การทำงานบ้าน การใช้เวลาว่าง การดูแลบุตร การดูแลตนเอง และการศึกษาหรือการทำงาน โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นที่ผู้วิจัยสนใจและนำมาศึกษา ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ตามแนวคิดของ สปิลเบอร์เกอร์, กอร์ซิช, ลูเซ็น, เวกก์, และ จาคอบส์ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vegg, & Jacobs, 1983) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามแนวคิดของ คอกซ์



และคณะ (Cox et al., 1987) ความอ่อนล้าตามแนวคิดของ พิวส์ และ มิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) และการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อนล้า และการสนับสนุนทางสังคม จะสามารถทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่มารับบริการตรวจหลังคลอด 4-8 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่มารับบริการตรวจหลังคลอด 4-8 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลลำปาง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) คลอดบุตรทางช่องคลอด 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด 3) เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง 4) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทย ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตร $N \geq 10K + 50$ โดยกำหนดให้ N คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ K คือ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา (Thorndike, 1977) จำนวนตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว และการวางแผนมีบุตร
2. แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y-1) (Spielberger et al., 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (Thapinta, 1991)
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) (Cox et al., 1987) ฉบับภาษาไทยโดย จารุรินทร์ ปิตานพวงษ์, ทิพวรรณ เลียบสือตระกูล, และ อานนท์ วิทยานนท์ (Pitanupong, Liabsuetrakul, & Vittayanont, 2007)
4. แบบประเมินความอ่อนล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist: MFSC) (Pugh, Milligan, Parks, Lenz, & Kitzman, 1999) ฉบับภาษาไทยโดย จรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004)
5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดของ นลินี สิทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และ บังอร ศุภวิทิตพัฒนา (Sithiboonma, Kantaruksa, & Supavititpatana, 2020) สร้างจากแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981)
6. แบบประเมินสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นของ วรัญญา มุลธิโต และคณะ (Moontito et al., 2022) ดัดแปลงจากแบบประเมินสถานะการปฏิบัติหน้าที่ภายหลังการคลอดบุตร ฉบับปรับปรุงสำหรับมารดาวัยรุ่นของ ลอกส์ดอน (Logsdon, 2009)

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินความอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด และแบบประเมินสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .88, .86, .94, .94 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1



เชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลลำปาง ผู้วิจัยคัดเลือกมารดาวัยรุ่นตามเกณฑ์แล้วชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ชื่อและข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลในแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทุกโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการทำวิจัย อธิบายวิธีการตอบแบบประเมินแก่กลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินทั้ง 6 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์การกระจายของข้อมูลสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อนล้า และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (KS) พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์อำนาจการทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น โดยใช้สถิติ multiple linear regression

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย มีอายุระหว่าง 13-19 ปี อายุเฉลี่ย 17.59 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-19 ปี ร้อยละ 59 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 44 มีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 42 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 38 อยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 82 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมาก ร้อยละ 82 การสนับสนุนอันดับต้น ๆ มาจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามี บิดามารดาของตนเอง และบิดามารดาของสามี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนในการมีบุตรครั้งนี้ ร้อยละ 77

2. สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นด้านกิจกรรมการทำงานบ้าน การใช้เวลาว่าง การดูแล บุตร และการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66 (range = 2.06-3.60, $\bar{X}$ = 2.88, SD = .289) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลบุตร ร้อยละ 95 ($\bar{X}$ = 3.75, SD = .36) และการดูแลตนเอง ร้อยละ 67 ($\bar{X}$ = 3.09, SD = .39) อยู่ในระดับมาก ส่วนการทำงานบ้าน ร้อยละ 54 ($\bar{X}$ = 2.66, SD = .60) และการใช้เวลาว่าง ร้อยละ 63 ($\bar{X}$ = 2.15, SD = .45) อยู่ในระดับปานกลาง

สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นด้านกิจกรรมการศึกษาและการทำงาน จากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย มีกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมการศึกษาจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.67 และมีกิจกรรมการศึกษาจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.33 จากกลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมการศึกษาและการทำงานทั้งหมด 37 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านการศึกษาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.4 ($\bar{X}$ = 3.20, SD = .56) และสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านการงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.7 ($\bar{X}$ = 3.13, SD = .43)

3. ปัจจัยทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อนล้า และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถ ร่วมกัน



อธิบายความผันแปรของสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 18.4 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($R^2 = .184$, $F = 5.344$, $p < .001$) โดยมีเพียงปัจจัยความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่สามารถ ทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.483$, $t = -3.520$, $p < .001$) มีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .429 ($R = .429$) มีความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในการทำนายเท่ากับ ± 9.341 ($SE_{est} = 9.341$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ multiple linear regression ปัจจัยที่มีผลต่อสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE_{bi}	β	t	p-value
ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	-.623	.177	-.483	-3.520	.001
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	3.360	1.457	.323	2.310	.023
ความอ่อนล้า	.1790	1.189	.017	.151	.880
การสนับสนุนทางสังคม	.080	.053	.160	1.529	.130

ค่าคงที่ 112.616 $SE_{est} = \pm 9.341$

$R = .429$; $R^2 = .184$; $F = 5.344$; $p\text{-value} < .001$

ผลการวิเคราะห์สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $Y = 112.616 - .623X$ เมื่อ Y คือ สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น X คือ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ดังนั้น ถ้าคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ระดับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นจะลดลง .623

การอภิปรายผล

การศึกษาสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น และปัจจัยทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นโดยรวมประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ 4 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมการทำงานบ้าน กิจกรรมการใช้เวลาว่าง กิจกรรมการดูแลบุตร และกิจกรรมการดูแลตนเอง (Logsdon, 2009) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้เป็นมารดาวัยรุ่นที่อยู่ในระยะหลังคลอด 4-8 สัปดาห์ ความไม่สมบูรณ์ด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะหลังคลอด (Cunningham et al., 2014) รวมทั้งการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลบุตรโดยขาดความรู้หรือไม่มีประสบการณ์มาก่อน (Davidson et al., 2012) อาจเป็นสาเหตุให้มารดาวัยรุ่นไม่สามารถกลับคืนสู่สถานะการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาของ วรฤณ มุลิตโต และคณะ (Moontito et al., 2022) พบว่า สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากรมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ใช้เวลาว่างส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน จึงทำให้มีเวลาในการดูแลบุตรและทำงานบ้าน รวมทั้งแบ่งเวลาสำหรับการพักผ่อนได้มาก

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลบุตร และการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88 อยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 82 แหล่งสนับสนุนทางสังคมอันดับต้นๆ มาจากสมาชิกในครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการศึกษาหรือกิจกรรมการทำงานในระยะหลังคลอด ร้อยละ 63 จึงทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถแบ่ง



เวลาในการดูแลทารกได้อย่างเหมาะสม สำหรับมารดาที่ตั้งใจมีบุตรมักได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ทำให้มีเวลาสำหรับการวางแผนการตั้งครรภ์หรือการวางแผนมีบุตร (Sanli & Oncel, 2014) มารดาที่มีการวางแผนตั้งครรภ์จะมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม และสถานะการปฏิบัติหน้าที่ ด้านกิจกรรมทางสังคมและชุมชนมากกว่ามารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (Ozkan & Sevil, 2007) และมารดาที่ตั้งใจมีบุตรมักได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ทำให้มีเวลาสำหรับการวางแผนการตั้งครรภ์หรือการวางแผนการมีบุตร การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77 ไม่ได้วางแผนการมีบุตรมาก่อน และมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก มากกว่ามารดาที่ไม่ได้ตั้งใจมีบุตร (Sanli & Oncel, 2014) รวมทั้งการศึกษาของ ออซกัน และ ซีวิล (Ozkan & Sevil, 2007) พบว่า มารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะมีการสถานะการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม และสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมทางสังคมและชุมชน มากกว่ามารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษา สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นของ คองตงกุล และคณะ (Kongtonkul et al., 2022)

ส่วนสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านการทำงานบ้านและการใช้เวลาว่างอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42 มีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 29 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 9 มีอาชีพค้าขาย มีเพียงร้อยละ 20 ที่ไม่มีอาชีพ และกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการศึกษาและกิจกรรมการทำงานในระยะหลังคลอดอีก 37 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงต้องแบ่งเวลาเพื่อประกอบอาชีพและปฏิบัติกิจกรรมด้านการศึกษาหรือกิจกรรมการทำงานนอกบ้าน จึงทำให้มีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านการทำงานบ้านและกิจกรรมการใช้เวลาว่างน้อยลง

ผลการศึกษาสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการศึกษาและกิจกรรมการทำงาน จากกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการศึกษาและการทำงาน จำนวน 37 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการศึกษาอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวจะสามารถแบ่งเวลาให้กับกิจกรรมการศึกษาได้มากขึ้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการศึกษาอยู่ในระดับมาก คล้ายคลึงกับการศึกษาของ มูนต์ติโต และคณะ (Moontito et al., 2022) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมาก และมีคะแนนสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการศึกษาอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ คองตงกุล และคณะ (Kongtonkul et al., 2022) พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีบุคคลที่ช่วยเหลือดูแลในระยะหลังคลอด ทำให้มีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการศึกษาอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

ส่วนผลการศึกษาสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการทำงานอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยายที่มีสมาชิกอยู่ร่วมกันหลายคน มักจะมีค่าใช้จ่ายมากตามจำนวนของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งค่าใช้จ่ายของบุตรที่เพิ่งคลอด และกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งมีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน จึงต้องประกอบอาชีพหารายได้เพิ่มเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ประกอบกับการอยู่ในครอบครัวขยายทำให้มีสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนและช่วยเหลือในการดูแลบุตรในระยะหลังคลอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งเวลาทำงานได้ด้วยความตั้งใจและไม่กระทบต่อต่อกิจกรรมอื่น ส่งผลให้มีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการทำงานอยู่ในระดับมาก คล้ายคลึงกับการศึกษาของ มูนต์ติโต และคณะ (Moontito et al., 2022) และ คองตงกุล และคณะ (Kongtonkul et al., 2022) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลในระยะหลังคลอด และมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้าน



กิจกรรมการทำงานอยู่ในระดับมาก

2. ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความอ่อนล้า และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของสถานะการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 18.4 แต่มีเพียงความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เท่านั้นที่สามารถทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่า มารดาหลังคลอดที่มีความวิตกกังวลอยู่บ้างจะช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กับทารกมากขึ้น จนส่งผลให้แสดง บทบาทการเป็นมารดาได้ดี (Avant, 1981) ผู้เป็นมารดาครั้งแรกที่มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ จะส่งผลให้มี สถานะการปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการทำงานบ้าน และกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง (McVeigh, 2000) ความ วิตกกังวลต่อสถานการณ์จึงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นได้ คล้ายคลึง กับการศึกษาของ แมชเวจ (McVeigh, 2000) ที่พบว่า ผู้เป็นมารดาครั้งแรกที่มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ จะส่งผลให้มีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาน้อย และการศึกษาของ กัญญาณัฐ สิทธิภา, ฉวี เบาทรวง, และ นันทพร แสนศิริพันธ์ (Sittipa, Baosoung, & Sansiriphun, 2017) พบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ หรือบุคลากรด้านสุขภาพใน การวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดระดับความวิตกกังวลในระยะหลังคลอด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่น มีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาเหมือนในช่วงก่อนการตั้งครรภ์
2. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน ด้านการ พยาบาลผดุงครรภ์เกี่ยวกับความวิตกกังวลในระยะหลังคลอด เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการ ประเมินระดับความวิตกกังวล และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อลดระดับความวิตกกังวลของมารดาวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่น เช่น ความเครียด สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความพึงพอใจในการเป็นมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น
2. ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาวัยรุ่นในระยะหลัง คลอด เพื่อส่งเสริมสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นต่อไป

References

- Amphai, S. (2007). *Personal factors, maternal role adaptation and postpartum depression in primiparous adolescent mother* (Master's thesis). Mahidol University, Thailand.
- Avant, K. C. (1981). Anxiety as a potential factor affecting maternal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 10(6), 416-419.
- Birkeland, R., Thompson, J. K., & Phares, V. (2005). Adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 292-300.
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Health. (2021). *Operational driven meetings: The implementation standards, the prevention and resolution of teenage pregnancy issues at the subdistrict level with the network related*. Retrieved from <https://rh.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/212083> (in Thai)



- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Casey, B. M., ... Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2012). *OLDS' Maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan* (8th ed.). New Jersey: Person education.
- Giallo, R., Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2015). Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(5), 528-544.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Kongtonkul, C., Sriarporn, P., & Bousoung, C. (2022). Maternal attitude, fatigue and functional status among adolescent mothers. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 364-375. (in Thai)
- Laghi, F., Baumgartner, E., Riccio, G., Bohr, Y., & Dhayanandhan, B. (2013). The role of romantic involvement and social support in Italian adolescent mothers' live. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 1074-1081. doi: 10.1007/s10826-012-9669-y
- 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. doi: 10.1080/02646830903247191
- Logsdon, M. C., Birkimer, J. C., Simpson, T., & Looney, S. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Gynecological, Neonatal and Nursing*, 34, 46-54. doi: 10.1177/0884217504272802
- McVeigh, C. (2000). Anxiety and functional status after childbirth. *Women and Birth, Journal of the Australian College of Midwives Incorporated*, 13(1), 14-18. doi: 10.1016/S1031-170X(00)80036-7
- Moontito, W., Sriarporn, S., & Baosoung, C. (2022). Postpartum depression, social support, and functional status among adolescent mothers. *Nursing Journal CMU*, 44(2), 23-33. (in Thai)
- Mori, E., Maehara, K., Iwata, H., Sakajo, A., Tsuchiya, M., Ozawa, H., ... Saeki, A. (2015). Comparing older and younger Japanese primiparae: Fatigue, depression and biomarkers of stress. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 10-20.
- Nirattharadorn, M. (2005). *Self-esteem, social support, and depression in Thai adolescent mothers* (Doctoral dissertation), Mahidol University, Thailand. (in Thai)
- Nunes, A. P., & Phipps, M. G. (2013). Postpartum depression in adolescent and adult mothers: Comparing prenatal risk factors and predictive models. *Maternal Child Health Journal*, 17, 1071-1079. doi: 10.1007/s10995-012-1089-5
- Ozkan, S., & Sevil, U. (2007). The study of validity and reliability of inventory of functional status after childbirth. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6(3), 199-208.



- Peplau, H. E. (1979). *Anxiety*. In A. L. Clark, D. D. Affonso, & T. R. Harris (Eds.), *Childbearing: A nursing perspective* (2nd ed., pp. 79-82). Philadelphia: F. A. Davis.
- Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh postnatal depression scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, 149, 253-259. doi: 10.1016/j.psychres.2005.12.011
- Pugh, L. C., & Milligan, R. (1993). A framework for the study of childbearing fatigue. *Advances in Nursing Science*, 15(4), 60-70.
- Pugh, L. C., Milligan, R., Parks, P. L., Lenz, E. R., & Kitzman, H. (1999). Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *Journal of Obstetric, 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. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00112.x
- Sanli, Y., & Oncel, S. (2014). Evaluation of the functional status of women after their delivery of child factors affecting it. *Journal of Turkey Society Gynecology*, 11(2), 195-204. doi: 10.4274/tjod.82574
- Sitthiboonma, N., Kantaruksa, K., & Supavititpatana, B. (2020). Stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal*, 47(2), 169-179. (in Thai)
- Sittipa, K., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2017). Anxiety, social support, and postpartum functional status among first-time mothers. *Nursing Journal*, 44(3), 30-40. (in Thai)
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vegg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory STAI (form Y)*. New York: Consulting Psychologists Press.
- Thapinta, D. (1991). *Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS patients through cognitive restructuring and mindfulness training* (Master's Thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Theerakulchai, J. (2004). *Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women*. (Unpublished doctoral dissertation), Chiang Mai University, Thailand.
- The United Nations Population Fund [UNFPA]. (2015). *State of world population 2015*. Retrieved from <http://www.unfpa.org/swop-2015>
- Thorndike, R. M. (1977). Canonical analysis and predictor selection. *Multivariate Behavioral Research*, 12, 75-87.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Adolescent pregnancy: Fact sheet, updated September 2014*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>



The Effect of a Psychiatric Family Caregiving Program on the Expressed Emotions of Caregivers of Persons with Schizophrenia in a Community*

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์
ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน*

ศุภรดา	วงศ์จำปา**	Suparada	Wongjumpa**
ภัทรภรณ์	ทุ่งปันคำ***	Patraporn	Tungpunkom***
สมบัติ	สกุลพรรณ****	Sombat	Skulphan****

Abstract

Highly expressed emotion is one cause for relapse in persons with schizophrenia. The purpose of this experimental research was to evaluate the effect of the Psychiatric Family Caregiving Program on the expressed emotions of caregivers of persons with schizophrenia living in a community. Twenty-four primary caregivers were purposively recruited at a psychiatric hospital. The samples were grouped using the matching technique in terms of the gender of the caregiver, the age and the number of hospitalizations for persons with schizophrenia, and simple random sampling to assign participants equally to an experimental group ($n = 12$) or a control group ($n = 12$). Three participants dropped out and ten remained for the experimental group with eleven for the control group. There were two types of instruments: 1) the data collection tools consisted of personal questionnaires and the Family Questionnaire (FQ); and 2) the intervention tool consisted of The Psychiatric Family Caregiving Program, with an expressed emotion focus, which consisted of activities over 6 weeks, once a week. The data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t-test, and one-way repeated ANOVA.

The results were as follows:

1. Expressed emotion scores for the experimental group at the one-month follow-up period were statistically significantly lower than those before receiving the program ($F = 6.076$, $p < 0.05$).

2. Expressed emotion scores for the experimental group at the one-month follow-up period were statistically significantly lower than those for the control group ($t = -1.757$, $p < 0.05$).

The expressed emotion of caregivers affected the persons with schizophrenia; therefore, psychiatric hospitals should enhance caregivers to express appropriate emotions.

Keywords: Psychiatric Family Caregiving Program; Expressed emotion; Caregivers of persons with Schizophrenia in a community

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate Student of Nursing Science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

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



บทคัดย่อ

การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 24 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการจับคู่ ในด้านเพศของผู้ดูแล อายุ และจำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน มีการถอนตัวจำนวน 3 คน เหลือกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามครอบครัว 2) โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่เน้นการฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent samples t-test และสถิติ one way repeated ANOVA.

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนของการแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.076, p < 0.05$)

2. คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.757, p < 0.05$)

การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีผลต่อกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังนั้นโรงพยาบาลจิตเวช ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญ

จิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง มีลักษณะของความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การพูด อารมณ์และพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั่วโลกมีประมาณ 21 ล้านคน โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความพร่องด้านความสามารถ (disability) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพด้านการศึกษาและการทำงาน อีกทั้งยังมีอายุสั้นกว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั่วไป 2-2.5 เท่า และมีอัตราความชุกของโรคจิตเภทประมาณ 3-10 ต่อประชากรพันคน (World Health Organization, 2016) พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าเพศหญิงถึง 1.4 เท่า (Suttajit & Srisurapanont, 2009) สำหรับประเทศไทยนั้น มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2013)

อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 6 เดือน สูงถึงร้อยละ 52.5 (Roseliza-Murni, Oei, Fatimah, & Asmawati, 2014) และจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกที่กลับมารักษาซ้ำจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย (Alvarez-Jimenez et al., 2012) แสดงว่าการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานส่งผลให้มีการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องมีความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา วิธีการดูแล โดยอาศัยระยะเวลาในการดูแล (Tungpunkom, 2017) และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีอาการผิดปกติทางจิตหลงเหลืออยู่ (Lotrakul, 2015) ซึ่งอาจมีพฤติกรรมรุนแรง หากจัดการความโกรธได้จะสามารถลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ (Chamnan, Thugiaroenkul, & Skulphan, 2017) ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นอย่างมาก โดยอาจรู้สึกขาดอิสระ รู้สึกเป็นภาระและเครียดในการดูแล วิตกกังวลหรือกลัวในพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสัมพันธ์ภาพครอบครัวไม่ดี จนอาจเกิดผลกระทบหลายด้านกับผู้ดูแล โดยเฉพาะเกิดปัญหาสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต (Sarsanas, Intanon, & Vanaleesin, 2009; Lasebikan & Ayinde, 2013) อีกทั้งผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความคาดหวังสูงว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความสามารถทางจิตที่สงบแล้ว เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวังจึงอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดหวัง มีความอดทนต่อปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง จึงใช้วิธีการดูแลที่ไม่เหมาะสมและไม่ยืดหยุ่น (McDonagh, 2005) หรือใช้เสียงที่ดังในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Hooley, 2007) ซึ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Sukthong, 2011)

การแสดงออกทางอารมณ์ตามแนวคิดของ บราวน์ และคณะ (Brown, Birley, & Wing, 1972) เป็นการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งจากคำพูด ภาษา ท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ ซึ่งสามารถจัดหมวดหมู่เป็น 2 รูปแบบใหญ่ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (low expressed emotion: LEE) เป็นการแสดงออกในลักษณะที่ผู้ดูแลไม่ตำหนิและมีความเข้าใจในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotion: HEE) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไปใน 3 ลักษณะ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comments) การแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over-involved) โดยพบว่า การวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปเป็นคุณสมบัติของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล (Vaughn & Leff, 1981)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Kuipers et al., 2006) โดยพบว่าสภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรคจิตเภทบ่อยครั้ง (Lotrakul, 2015) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านผู้ดูแลแล้วจะพบว่าเกิดจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และวิธีการดูแลที่ถูกต้อง (McDonagh, 2005) อีกทั้งมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทน้อย (Pongjantonstearn, 2006) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ภาวะสุขภาพจิต การรับรู้ภาระดูแล การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้ตราบาปที่มีอิทธิพลกับการแสดงออก

ทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016) ดังนั้นการจัดการสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง จึงอาจเป็นการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งส่งผลให้การป่วยซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลงได้

ปัจจุบันได้มีรูปแบบการบำบัดที่สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการรวมกลุ่มกันระหว่างผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Sukthong, 2011) อีกทั้งต้องอาศัยผู้บำบัดที่มีความชำนาญเฉพาะ และอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วยในระหว่าง การทดลอง และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งพัฒนาโดย ภัทรารักษ์ พุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล (Tungpunkom, Vadtanapong, Reungyos, Silpakit, & Mahannirunkul, 2005) เป็นการบำบัดรายกลุ่มซึ่งเป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะและบทบาทในการดูแล มีทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ซึ่งพบว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ลดภาระของผู้ดูแล (Kulchai, 2007) เพิ่มทักษะการดูแลของผู้ดูแล (Pomkason, 2009; Kumlur, 2009) ลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล (Puangchit, 2010) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวสามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจและทักษะในการดูแล อีกทั้งลดความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

จากการทบทวนวรรณกรรมแม้จะพบว่ามียุทธวิธีที่ช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลและลดการป่วยซ้ำแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง บุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขมีจำกัด อีกทั้งผู้ดูแลมีทัศนคติด้านลบ และไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2008) จึงยังไม่สามารถแก้ไขปัญหา การกลับมาป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้หมดไปได้ และพบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวนี้เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษาอื่น ๆ ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ และทักษะเกี่ยวกับการบริหารยา สามารถเพิ่มทักษะในการดูแล ลดภาระและความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีคชินทร์ และคณะ (Srikhachin et al., 2016) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล และการให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท มีการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ถูกต้อง เรียนรู้การแสดงออกที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลลดการรับรู้ภาระการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ (Sukthong, 2011)

ดังนั้นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และทักษะที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแลนี้ อาจเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการสาเหตุของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และลดอุปสรรคในการรวมกลุ่มกันของสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาดัดแปลงโดยเพิ่มการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและทดลองใช้เพื่อช่วยลดหรือปรับแก้การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่

ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนต้องให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งมีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนอย่างยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยมี 2 ลักษณะสำคัญ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Vaughn & Leff, 1981) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุจะพบว่าเกิดจากผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชและวิธีการดูแลที่ถูกต้อง มีความเครียด และเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล อีกทั้งพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาระในการดูแล และการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นมีอิทธิพลทางตรงกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Srihachin et al., 2016) การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่พัฒนาโดย ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และคณะ (Tungpunkom et al. 2005) โดยได้พัฒนามาจากแนวคิดการพัฒนาบทบาทของ ธรณ์ธอน และ นาร์ได (Thronton & Nardi, 1975) และแนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตาม แนวคิดของ เดรฟัส และ เดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, 1986) ผ่านกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การบริหารยา และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลด้วยความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น เพิ่มความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้ได้มีการเพิ่มการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลงได้ในที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการตรวจหรือมารับยาแทน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยคำนวณกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.2 ซึ่งได้จากการคำนวณตามการศึกษาของ ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และคณะ (Tungpunkom et al. 2005) กำหนดอำนาจการทดสอบ 0.8 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 จากการเปิดตารางความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและขนาดของตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 12 คน

ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการแบ่งกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ 1) อายุตั้งแต่ 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นผู้ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันและเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่มีค่าตอบแทน 3) เป็นผู้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยการวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์จากแบบสอบถามครอบครัว (Family Questionnaire [FQ]) 4) มาตามนัดได้ 5) อ่านออกเขียนได้ และสื่อสารได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีเกณฑ์การไม่รับเข้ากลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดรูปแบบอื่น และหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทั้ง 6 ครั้ง ให้พิจารณายุติการเข้าร่วมวิจัย (discontinuing criteria) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 24 คน แล้วใช้เทคนิคการจับคู่ (matching technique) ตามเพศ อายุ

และจำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเพื่อแยกเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ถอนออกจากการวิจัย 3 คน เหลือกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นมีการปรับแก้และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท 2 คน และได้แก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที และสัปดาห์ที่ 2-6 ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเติมคำและเลือกตอบ สอบถามในด้าน เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงาน/อาชีพ ระยะเวลาที่ให้การดูแล อายุของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และจำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) แบบสอบถามครอบครัว (Family Questionnaire [FQ]) โดย วายดิแมน และคณะ (Wiedemann et al., 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย วัลลภา ทรงพระคุณ ในการศึกษาของ แมคแคนน์ และคณะ (McCann, et al., 2015) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20 - 80 ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นที่ยอมรับและไม่ได้ดัดแปลงจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้ว จึงขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยผู้วิจัย ซึ่งได้มีการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือแล้ว เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย สอบถามความสมัครใจโดยมีการลงลายมือไว้เป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธ การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการบริการทางสาธารณสุขแต่อย่างใด ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องให้เหตุผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทุกข้อเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูล และบรรจุแบบสอบถามลงในซองปิดผนึกที่บับและจัดเก็บไว้ในแฟ้มข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอย่างมิดชิดเพื่อรักษาความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผ่านการฝึกการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วยความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยครอบครัว ความสำคัญ กิจกรรมการดูแล

กระบวนการดูแล และทักษะการดูแล โดยมีใบงานให้ผู้ดูแลวิเคราะห์และร่วมอภิปราย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ประกอบด้วย ความหมายของผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาที่พบบ่อย ความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับโรคจิตเวช สาเหตุของโรคและอาการที่สำคัญ โดยมีใบงานให้ผู้ดูแลวิเคราะห์และอภิปรายร่วมกัน และตอบแบบสำรวจอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่น ๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช โดยมีใบงานให้อภิปรายถึงผลของยาที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับ

สัปดาห์ที่ 4 ฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีใบงานให้จับคู่ฝึกการทำบทบาทสมมติ

สัปดาห์ที่ 5 ฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีใบงานให้จับคู่ฝึกการทำบทบาทสมมติ หลังจากนั้นอภิปรายเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือในชุมชน

สัปดาห์ที่ 6 ฝึกทักษะเกี่ยวกับการบริหารยา โดยมีใบงานให้ผู้ดูแลอภิปรายร่วมกัน พร้อมทั้งผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่ผ่านมาทั้ง 6 ครั้ง และเปิดโอกาสให้ซักถามหรือให้ข้อเสนอแนะในการทำกิจกรรม

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามครบถ้วน และประเมินติดตามผล 1 เดือน หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามครบถ้วนในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยทดสอบ การกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่าชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ one way repeated ANOVA

3. วิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่าชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และพบว่าตัวแปรกลุ่มและระยะเวลามีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (interaction) จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ independent samples t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 21 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 80 และ 81.82 ตามลำดับ มีช่วงอายุเท่ากันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คืออยู่ในช่วงระหว่าง 46-55 ปี ถึงร้อยละ 40 และ 36.36 ตามลำดับ และช่วงอายุ 56-65 ปี ถึงร้อยละ 40 และ 36.36 ตามลำดับเช่นกัน โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นบิดา/มารดาและพี่/น้อง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 70 และ 63.64 ตามลำดับ ลักษณะการทำงานส่วนมากในกลุ่มทดลองคือเกษตรกรและรับจ้างถึงร้อยละ 40 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีลักษณะการทำงานส่วนใหญ่เป็นอื่น ๆ ถึงร้อยละ 36.36 คือ เกษของเก่าขาย ทำไม้กวาดขาย งานโรงงานและแม่บ้าน สำหรับระยะเวลาที่ให้การดูแลในกลุ่มทดลอง



ส่วนมากอยู่ระหว่าง 1-5 ปี และ 6-10 ปี ร้อยละ 40 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนมากอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 36.37 โดยอายุของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนมากในกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 20-30 ปี และ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่างอายุ 31-40 ปี ถึงร้อยละ 36.36 ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ถึงร้อยละ 70 และ 72.73 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยผลของ one way repeated ANOVA เมื่อมีการวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 10)

ระยะของการทดลอง	$\bar{X}$	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
ก่อนทดลอง	57.9	-	.08	.01*
หลังทดลอง	50.0	.08	-	.27
ติดตามผล 1 เดือน	47.6	.01*	.27	-

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองทันทีไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 21)

คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	57.9	5.82	54.73	2.20	1.62	.066
หลังทดลอง	50.0	11.06	54.91	6.35	-1.26	.111
ติดตามผล 1 เดือน	47.6	9.67	53.64	5.77	-1.76	.047*

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลองทันทีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในรูปแบบบิดา/มารดามากที่สุดถึงร้อยละ 50 ซึ่งเป็นผู้ที่อบรมเลี้ยงดูผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยสายเลือด มีความเข้าใจในความต้องการ การแสดงออก เป็นผู้มอบความรักความเอาใจใส่และยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อีกทั้งพบว่าผู้ดูแลที่มีจำนวนระยะเวลาการดูแลนานมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยมีประสบการณ์ในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดี (Meesri & Dangdomyouth, 2012) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยยังพบว่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ ระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวนี้ช่วยให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนลดลงได้ในระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองทันทีที่ไม่มีความแตกต่างกันนั้น อาจเป็นผลจากระยะเวลาที่ให้การดูแลที่ยังน้อยอยู่ (1-10 ปี ร้อยละ 80) ซึ่งอาจส่งผลต่อประสบการณ์และความเข้าใจในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ โดยระยะเวลาในการดูแลที่นานขึ้นเรื่อย ๆ จะยิ่งเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Meesri & Dangdomyouth, 2012)

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเป็นโปรแกรมที่มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อีกทั้งฝึกทักษะที่จำเป็นอย่างอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแล เช่น กิจกรรมครั้งที่ 1 โดยได้ให้ผู้ดูแลร่วมอภิปรายและวิเคราะห์ในประเด็นการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับผลเสียของการแสดงออกทางอารมณ์สูงและมีแนวทางในการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา สุขทอง (Sukthong, 2011) ที่พบว่ากิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ กิจกรรมที่ 3 เป็นการให้ความรู้เรื่องยาและการรักษาอื่น ๆ กิจกรรมที่ 4-6 เป็นการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ลดความคาดหวังเกินจริง ส่งผลให้ผู้ดูแลลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงลงได้ (Sukthong, 2011; Moxon & Ronan, 2008) ทั้งในกิจกรรมครั้งที่ 5 ให้ผู้ดูแลทราบอาการเตือนของการกลับมาป่วยซ้ำ สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และทราบแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งเป็นการแนะนำให้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ก่อให้เกิดความมั่นใจใน การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Nasr & Kausar, 2009)

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเป็นการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม เป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคม ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงลงได้ (Piyawatkul, 2009)

อีกทั้งเนื่องจากธรรมชาติของการแสดงออกทางอารมณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงอาจต้องอาศัยเวลาในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและเพิ่มช่วงระยะเวลาในการประเมินผลติดตาม 3 เดือน (Moxon & Ronan, 2008) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลอง ทันทีของกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม มีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อประเมินซ้ำในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม คือ คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวตลอดจนความตระหนักในกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในปัจจุบันของตนเอง (Moxon & Ronan, 2008) สะท้อนให้เห็นว่าลักษณะของโปรแกรมที่มีความแตกต่างกันนั้นไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรง แต่จะมีความสอดคล้องกันในกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล ส่งผลให้สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทลงได้เช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีคชินทร์ และคณะ (Srikhachin et al., 2016) ที่กล่าวว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ภาระในการดูแล มีอิทธิพลทางตรงกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนเมื่อเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา วิธีการดูแล การแสดงออกทางอารมณ์ และฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย จิตเวชโดยครอบครัวแล้วนั้น สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภททุกราย ทั้งในส่วนของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. บุคลากรทางสุขภาพที่จะนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปใช้ ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และได้รับการฝึกอบรมก่อนนำไปใช้
3. การเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งอาจเจออุปสรรคในการรวมตัวกัน ดังนั้นควรมีการนัดหมายให้ชัดเจน ด้วยใบนัดและมีการแจ้งล่วงหน้าก่อนถึงวันเข้าร่วมกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนในระยะยาว โดยการติดตามประเมินผลระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน
2. ควรมีการศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนได้ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์และเพศของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์และ การใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ
3. ควรมีการศึกษาต่อในงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบบริบทของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ตลอดจนทราบถึงธรรมชาติของการแสดงออกทางอารมณ์



References

- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., ... Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 139(1), 116-128.
- Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-258.
- Chamnan, W., Thugiaroenkul, P., & Skulphan, S. (2017). Effectiveness of implementing the Anger Management program for patients with Schizophrenia: A case study of Uttaradit Hospital. *Nursing Journal*. 44(3). 125-133. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2008). *Community mental health. National Report 2008* (2nd ed.). Nonthaburi: Author. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2013). *Evaluation of public health services nationwide*. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp> (in Thai)
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: The Free Press.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236
- Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P., ... Garety, P. (2006). Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 173-179. doi: 10.1192/bjp.bp.104.007294
- Kumlur, W. (2009). *Effect of the Psychiatric family caregiving program on caregiving skills among caregivers of patients with Schizophrenia at Sahathai ward, Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province* (Unpublished independent study). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Kulchai, S. (2007). *Effect of the psychiatric family caregiving program on caregiving burden among caregivers of patients with schizophrenia in Srisatchanatai Hospital, Sukhothai Province* (Unpublished independent study). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Lasebikan, V. O., & Ayinde, O. O. (2013). Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates. *The Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 60-66.
- Lotrakul, M. (2015). Mental illness and other psychosomatic disorders in M. Lotrakul, & P. Sukanit (Eds.), *Ramathibodi Psychiatry* (4th Ed.). Bangkok: Mahidol University. (in Thai)



- McCann, T. V., Songprakun, W., & Stephenson, J. (2015). Effectiveness of guided self-help in decreasing expressed emotion in family caregivers of people diagnosed with depression in Thailand: A randomized controlled trial. *BioMed Central Psychiatry*, 15(1), 258. doi: 10.1186/s12888-015-0654-z
- McDonagh, L. A. (2005). *Expressed emotion as a precipitate of relapse in psychological disorder*. Retrieved from <http://www.Personalityresearch.org/papers/mcdonagh.html>
- Meesri, K., & Dangdomyouth, P. (2012). Selected factors related to capabilities among caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(1), 35-49. (in Thai)
- Moxon, A., & Ronan, K. (2008). Providing information to relatives and patients about expressed emotion and schizophrenia in a community-support setting: A randomized, controlled trial. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(1), 47-58.
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 17.
- Piyawatkul, N. (2009). Family role and family care in P. Udomrat, & S. Wasiknanon (Eds.), *Textbook of schizophrenia*. Songkhla: Suburban printing. (in Thai)
- Pongjantonstearn, C. (2006). *Factors predicting expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients, upper part of southern region* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Pomkason, T. (2009). *Effect of the Psychiatric family caregiving program on caregiving skills among caregivers of persons with Schizophrenia at Bangrakam Hospital, Phitsanulok Province* (Unpublished independent study). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Puangchit, M. (2010). *Effect of the psychiatric family caregiving program on caregiving stress among caregivers of persons with schizophrenia at Nanoi Hospital, Nan Province* (Unpublished independent study) Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Roseliza-Murni, A., Oei, T. P. S., Fatimah, Y., & Asmawati, D. (2014). Schizophrenia relapse in Kuala Lumpur, Malaysia: Do relatives' expressed emotion and personality traits matter? *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 188-198. doi: 10.1016/j.comppsy. 2012.12.026
- Sarsanas, P., Intanon, T., & Vanaleesin, S. (2009). Burden to caregivers of elderly schizophrenia patients. *Proceedings of the conference*, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Srihachin, P., Thapinta, D., Sethabouppha, H., & Thungjaroenkul, P. (2016). Expressed emotion among family caregivers of persons with schizophrenia: A causal model study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(4), 337-349.
- Suttajit, S., & Srisurapanont, M. (2009). Schizophrenia: Epidemiology and treatment. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 54(Suppl. 1), 21S-37S.
- Sukthong, K. (2011). *Effects of family group psychoeducation on burden and high expressed emotion in caregivers of schizophrenic patients in community* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)



- Thornton, R., & Nardi, P. M. (1975). The dynamics of role acquisition. *American Journal of Sociology*, 80, 870-885.
- Tungpunkom, P., Vadtanapong, S., Reungyos, L., Silpakit, P., & Mahannirunkul, S. (2005). *Psychiatric home care: Model and program for improving caregiver skills*. Conference, Chiang Mai. (in Thai)
- Tungpunkom, P. (2017). *Nursing care of persons with schizophrenia*. Chiang Mai: Smart Coating & Service. (in Thai)
- Vaughn, C. E., & Leff, P. J. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 43-44.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The family questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109(3), 265-279.
- World Health Organization. (2016). *Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/



Alcohol Drinking Patterns and Suicidal Risks of Clients Receiving Services

at Mental Health and Psychiatric Clinics*

แบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการ ที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช*

ภัทรินทร์	ศรีนอร์**	Pattarin	Srinor**
สมบัติ	สกุลพรรณ***	Sombat	Skulphan***
हररषष	เศรฐฐฐฐปฬष****	Hunsa	Sethabouppha****

Abstract

Suicide is a major mental health and psychiatric problem with incidents across all regions of the world including Thailand. This problem causes a massive loss of human resources and affects the people surrounding the person with the problem. Drinking alcohol is one factor related to suicidal risk. The purpose of this descriptive correlational research was to study the relationship between alcohol drinking patterns and suicidal risk of clients receiving services at mental health and psychiatric clinics. Participants included 378 clients between 25-59 years old who received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals located in Northeast Thailand. The research instruments consisted of personal questionnaires, the Alcohol Use Identification Test (AUDIT), and the Mini International Neuropsychiatric Structured Interview [M.I.N.I.] for suicidality. The data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that

1. Most of the participants (69.3%) had alcohol drinking patterns, which could be divided into four patterns: low-risk drinking (57.3%), hazardous drinking (21.8%), harmful drinking (6.5%), and dependence drinking (14.5%).
2. Some participants (33.1%) experienced suicidal risk, which could be divided into the following levels: low risk (80%), moderate risk (13.6%), and high risk (6.4%).
3. There was no statistically significant relationship between suicidal risk and any of the four alcohol drinking patterns.

Mental health staff at community hospitals should screen clients for alcohol drinking problems and suicidal risk in order to develop problem prevention guidelines for clients in the healthcare system.

Keywords: Alcohol drinking patterns; Suicidal risks; Clients; Mental health and psychiatric clinic

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: pattarin.cmu5863@gmail.com

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

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

Received 20 October 2017; Revised 15 December 2017; Accepted 16 January 2018



บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก รวมถึงประเทศไทย เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลเป็นจำนวนมาก และยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง การดื่มสุรานั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุรา และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีอายุตั้งแต่ 25 - 59 ปี จำนวน 378 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) และแบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 69.3 สามารถแบ่งได้เป็น 4 แบบแผน คือ การดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำร้อยละ 57.3 แบบเสี่ยงร้อยละ 21.8 แบบอันตรายร้อยละ 6.5 และแบบแผนการดื่มสุราแบบติด ร้อยละ 14.5
2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.1 มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย แบ่งได้เป็น ผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อยร้อยละ 80.0 ระดับปานกลางร้อยละ 13.6 และระดับรุนแรงร้อยละ 6.4
3. แบบแผนการดื่มสุราทั้ง 4 แบบแผนไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุคลากรด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนควรวางแผนคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการ เพื่อหาแนวทางในการเฝ้าระวังปัญหาในกลุ่มผู้มารับบริการในระบบสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: แบบแผนการดื่มสุรา ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ผู้รับบริการ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: pattarin.cmu5863@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรง และมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี ค.ศ. 2012 ประชากรมากกว่า 800,000 คน ทั่วโลกเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 1.4 และในปี ค.ศ. 2020 จำนวนประชากรที่ฆ่าตัวตายจะเพิ่มมากขึ้นเป็นปีละ 1.5 ล้านคนโดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งผู้ชายจะมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงถึงสามเท่า และร้อยละ 86 ของบุคคลที่ฆ่าตัวตายมีอายุต่ำกว่า 70 ปี (World Health Organization, 2013) จากการรายงานของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติของประเทศไทย (National Center For Suicide Prevention, 2016) พบว่าในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.47 รายต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นปีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในรอบ 10 ปี เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.07 รายต่อแสนประชากร สำหรับในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย 6.35 รายต่อแสนประชากร โดยรวมแล้วจะพบอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดจะอยู่ในช่วง 20-59 ปี เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคแล้วพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2559 ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดที่ 10.59 และ 10.16 รายต่อแสนประชากร รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 6.11 และ 5.36 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ (National Center For Suicide Prevention, 2015, 2016)

ในปีงบประมาณ 2559 มีรายงานถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่า มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 14.85 และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จร้อยละ 85.15 ซึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดร้อยละ 42.3 รองลงมาคือภาคเหนือ และภาคกลาง ร้อยละ 23.2 และ ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ โดยพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 16.9 คือ พฤติกรรมการติดสุรา (National Center For Suicide Prevention, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อมีการฆ่าตัวตาย 1 คน จะมีผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน เช่น บุคคลรอบข้าง ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท กลุ่มคนเหล่านี้จะมีปัญหาเรื่องการปรับตัว ปัญหาความเครียดจากการสูญเสียคนใกล้ชิดอย่างกะทันหันจากการฆ่าตัวตาย และอาจส่งผลกระทบนานถึง 4 ปี (Lotrakul, 2010) ในผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จนั้น ต้องกลับมาเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น ก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขและปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา (Lotrakul & Sukanich, 2015) จากผลกระทบของการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้มีการให้การช่วยเหลือและแก้ไขจากหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ทั้งการพัฒนาวิชาการ การถ่ายทอดองค์ความรู้ และพัฒนาระบบบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมและการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ทั้งเรื่องโรค สาเหตุ วิธีการรักษา การรับรู้การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง การเข้าถึงแหล่งข้อมูลและแหล่งช่วยเหลือ แนวทางการช่วยเหลือที่กล่าวมานั้นมีการมุ่งเน้นพัฒนาที่ระบบบริการและบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ควรมีการบูรณาการให้การช่วยเหลือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้รับบริการโดยตรง (Department of Mental Health, 2016)

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย หมายถึง การมีความคิด มีการวางแผนในการฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความพยายามในการทำร้าย (Tawee Tangseree et al., 2003; Beck, Steer & Ranieri, 1988) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนี้นั้นมีหลายด้าน เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอื่น ๆ และปัจจัยส่วนบุคคล (Lotrakul, 2010; Sitdthiraksa, 2015; Sriruenthong et al, 2011; Khamma, 2013; Patanavanichanun, Kessomboon & Sirivattana, 2008)



พฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นปัญหาวิกฤติและเรื้อรังของระบบสาธารณสุขไทยและอาจมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเนื่องจากสุราส่งผลให้การทำงานของร่างกายและจิตใจบกพร่อง โดยระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้นนั้นจะมีผลต่อระดับความรุนแรงของความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ (Assanangkornchai & Arunpongpaian, 2014; Treeprasertsuk, 2007) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งแบบแผนการดื่มสุราออกเป็น 4 แบบ ตามระดับของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา ประกอบด้วย 1) การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 2) การดื่มแบบเสี่ยง 3) การดื่มแบบอันตราย และ 4) การดื่มแบบติด (Silpakit & Kittirattanapaiboon, 2009) แบบแผนการดื่มที่แตกต่างกันจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจที่ต่างกันทำให้เกิดความยับยั้งชั่งใจ ขาดสมาธิในการควบคุมตนเอง การตัดสินใจบกพร่อง ก้าวร้าว มีพฤติกรรมรุนแรงหันเหไปทำอันตรายต่อนักบำบัด และการแก้ไขปัญหาก็แตกต่างกันออกไปตามแบบแผนการดื่ม (Keiwkingkaew, 2011) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองในระดับที่แตกต่างกัน ตามลักษณะของการดื่มสุรา (Lotrakul, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นอย่างมากจากความผิดปกติของการใช้สารเสพติดชนิดอื่น (Schneider, 2009) และมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรากับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย พบว่าการดื่มสุราในปริมาณที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่ต่างกัน ผู้ที่มีประวัติการดื่มอย่างหนักมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ดื่มในระดับปานกลางถึง 3 เท่า และผู้ที่ดื่มแบบติดมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายถึง 6 เท่า (Yaldizli, Kuhl, Graf, Wiesbeck, & Wurst, 2010) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของอัตราการฆ่าตัวตายต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศรัสเซียในปี 1985-1999 พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีบทบาทอย่างมากต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรชาวรัสเซีย โดยเฉพาะในเพศชาย โดยในปี 1991-1994 พบการเปลี่ยนแปลงของระดับการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเปลี่ยนแปลงระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่สูง ($r = 0.98$) (Alexander, 2003)

ในประเทศไทยมีการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของ ยุวรัตน์ อยู่ชา (2007) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของนักเรียนมีทั้งหมด 9 ปัจจัย ซึ่งการใช้สุราและสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในระดับต่ำ ($r = 0.179$) โดยการศึกษาของ จุฑามาศ หน่อตุ่น, ชนากานต์ เจริญใจ, และ ชิตชนก เรือนก้อน (Nortun, Jenjai, & Ruengorn, 2016) พบว่าการดื่มสุราขาวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดในการฆ่าตัวตาย (adjusted OR = 3.10 95% CI; 1.33-7.20, p-value = 0.009) และการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่น อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square 10.000, p-value 0.019) (Tittabut, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงลึกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นของ สุพัตรา สุขาวท และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (Sukhawaha and Arunpongpaian, 2017) พบว่าผู้ที่ติดสุรามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึง 5 เท่า และผู้ที่ใช้สุรามีความคิดในการฆ่าตัวตาย 2.32 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปทานนท์ ขวัญสนิท (Kwansanit, 2011) พบว่าผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและผู้ที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการพยายามทำร้ายตนเอง 3.697 เท่าของกลุ่มอื่น และจะเพิ่มความเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็น ความคิดฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย หรือการการตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป จะเห็นได้ว่าการพยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแม้เพียงระยะสั้นหรือเข้าเกณฑ์ภาวะติดสุรา ซึ่งบุคคลที่มีความเสี่ยงที่แตกต่างกันควรได้รับการดูแลที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่นการศึกษาถึงความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มผู้ติดสุราโดย ภัทราจิตต์ ศักดา และคณะ (Sakda et al, 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ติดสุราที่บำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยติดสุราที่พยายาม



ฆ่าตัวตายมีความต้องการในการช่วยเหลือด้านสุขภาพ 4 ประการ ได้แก่ ช่วยเหลือให้หายจากโรค ช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง ช่วยหาวิธีในการเลิกเหล้าได้ ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจ และช่วยให้คำปรึกษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราในปริมาณที่แตกต่างกัน ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันออกไป เนื่องจากระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลกระทบต่อความรุนแรงของความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าแบบแผนการดื่มสุราในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เนื่องจากพบเพียงข้อมูลการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป และในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานการป้องกัน แก้ไขปัญหา และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่ดื่มสุราในแต่ละแบบแผนได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกันออกไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนการดื่มสุราของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุรากับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นปัญหาระดับสากลที่มีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่ถือเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นปัจจัยที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาได้แก่ แบบแผนการดื่มสุรา โดยจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ ปทานนท์ ขวัญสนิท (Kwansanit, 2011) พบว่าปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ สารสื่อประสาท GABA, Serotonin และ Glutamate มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ที่ดื่มสุรา และจากการศึกษาทางประสาทชีววิทยาด้านพฤติกรรมในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการพร่องของสาร Serotonin ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงระดับสูงของการฆ่าตัวตายสำเร็จ และการทำหน้าที่ผิดปกติของ Dopamine อาจเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมในการฆ่าตัวตายจากการดื่มสุรา การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) ตามแนวคิดการจำแนกโรคทางจิตเวช (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ที่ประกอบด้วยความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt)

สำหรับพฤติกรรมในการดื่มสุรานั้น สามารถแบ่งแบบแผนการดื่มสุราออกเป็น 4 แบบแผน ตามการกำหนดขององค์การอนามัยโลก (2001) ได้แก่ การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ การดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย และ การดื่มแบบติด การดื่มสุราในแต่ละแบบแผนอาจส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรงรุนแรง หุนหันพลันแล่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ขาดการยับยั้งชั่งใจ ขาดสมาธิในการควบคุมตนเอง การตัดสินใจบกพร่อง ขาดทักษะในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา และระดับความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมดังกล่าวอาจจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณ



แอลกอฮอล์ในกระแสเลือดได้ การดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ แบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด อาจจะเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือป้องกันปัญหาในผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุรา และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 25- 59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 21,157 ราย (Ministry of Public Health, 2016)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่านและเขียนด้วยภาษาไทยได้ และ 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติดังกล่าว

ขนาดกลุ่มตัวอย่างนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการคำนวณโดยใช้สูตรของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยใช้ อัตราส่วน 3 : 1 (Srisatidnarakul, 2007) สุ่มจังหวัดจากแต่ละเขตบริการสุขภาพ ได้ 6 จังหวัด คือ มหาสารคาม สกลนคร เลย สุรินทร์ ยโสธร และศรีสะเกษ จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดตามอัตราส่วนดังกล่าวได้ 24 โรงพยาบาล แล้วทำการสุ่มตัวแทนโรงพยาบาลตามขนาดของโรงพยาบาล ได้ 8 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาล พยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลรัตนบุรี โรงพยาบาลพังโคน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง โรงพยาบาลลำโรงท่า โรงพยาบาลกาบเชิง และโรงพยาบาลเชียงยืน หลังจากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากการคำนวณสัดส่วนประชากรผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละโรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 378 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของรายได้ในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) พัฒนาขึ้นโดย องค์การอนามัยโลก (2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์ (Silpakit, Kittirattanapaiboon, 2009) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งจำแนกแบบแผนการดื่มตามระดับคะแนนได้ 4 แบบแผน (World Health Organization, 2001) ดังนี้ 0 – 7 คะแนน การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ, 8 – 15 คะแนน การดื่มแบบเสี่ยง, 16 – 19 คะแนน การดื่มแบบอันตราย, และ ≥ 20 คะแนน การดื่มแบบติด

หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.88 มีค่าความไว (sensitivity) = 0.95 ค่าความจำเพาะ (specificity) = 0.80 เนื่องจากเป็นแบบประเมินฉบับเดิมทั้งหมด ไม่มีการดัดแปลงเนื้อหา



ส่วนใด เป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้ และผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหามาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินนี้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ส่วนของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality) จากเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M.I.N.I.) ของ ซีฮาน และคณะ (Sheehan et al, 2006) ฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (Kittirattanapaiboon et al., 2007) ซึ่งผู้วิจัยได้รับการฝึกใช้ เครื่องมือจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 9 ข้อ จำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3 ระดับ (Kittirattanapaiboon et al., 2007) ดังนี้ ระดับน้อย มีค่าคะแนน 1-8 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 9-16 คะแนน ระดับรุนแรง มีค่าคะแนน ≥ 17 คะแนน

หาค่า interrater reliability กับจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ค่า เท่ากับ 100% หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.84 มีค่าความไว (sensitivity) = 0.96 ค่าความจำเพาะ (specificity) = 0.91 (Kittirattanapaiboon et al., 2007) เนื่องจากเป็น แบบประเมินฉบับเดิมทั้งหมดไม่มีการดัดแปลงเนื้อหา ส่วนใด เป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้ และผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหามาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตัวกับเจ้าหน้าที่ใน คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการ การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการปฏิเสธหรือเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและมีการนำเสนอผลใน ภาพรวม ในการบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย ด้วยตนเองตามความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างทำการลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยได้ขอ อนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการแจ้งข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างให้ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกที่เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อดำเนินการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้นำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ถึงหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวม ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานงานไปยังเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก และไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทำการ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยอ่านข้อ คำถามให้ฟัง และอาสาสมัครตอบคำถามเป็นรายข้อ ใช้เวลาสอบถามประมาณ 15-30 นาที เมื่อสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้แจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อให้อาสาสมัครได้รับการบริการของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชตามขั้นตอนต่อไป ผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วมาลงข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้วิธีการทางสถิติ การแจกแจงความถี่ การหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าร้อยละ และสถิติ Spearman rank correlation coefficient

**ผลการวิจัย****1. ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 220 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 และเพศหญิง 158 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 มีอายุระหว่าง 25-59 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปี มากที่สุด จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดจำนวน 374 คน คิดเป็นร้อยละ 98.9 มีสถานภาพโสดมากที่สุดจำนวน 174 คนคิดเป็นร้อยละ 46 และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ประถมศึกษามากที่สุด 218 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.2 และมีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่ายเท่านั้นมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.1 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยทางกาย 341 คน คิดเป็นร้อยละ 90.2 และเจ็บป่วยทางกาย 37 คน คิดเป็นร้อยละ 9.8 และมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชด้วยโรค Schizophrenia มากที่สุด 215 คน คิดเป็นร้อยละ 56.9 ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 303 คน คิดเป็นร้อยละ 80.2 มีประวัติเคยดื่มสุรามากที่สุด 262 คน คิดเป็นร้อยละ 69.3 และปัจจุบันยังคงดื่มอยู่ 92 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3

2. ข้อมูลแบบแผนการดื่มสุรา

กลุ่มตัวอย่างมีการดื่มสุราจำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 69.3 ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 และไม่เคยดื่มสุราจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแบบแผนการดื่มสุรา (n = 378)

แบบแผนการดื่มสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยดื่มสุรา	116	30.7
ดื่มสุรา	262	69.3
แบบแผนการดื่มสุรา		
แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ	150	57.3
แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยง	57	21.8
แบบแผนการดื่มสุราแบบอันตราย	17	6.5
แบบแผนการดื่มสุราแบบติด	38	14.5

3. ข้อมูลความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 33.1 โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.0 และไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 66.9 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (n = 378)

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	253	66.9
มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	125	33.1
ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย		
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับน้อย	100	80.0
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับปานกลาง	17	13.6
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับสูง	8	6.4

**4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย**

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าแบบแผนการดื่มสุราทั้ง 4 แบบแผนไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่า Spearman rank correlation coefficient ระหว่างแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ค่า Spearman rank correlation coefficient ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	P-value
แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ	-.074	.367
แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยง	-.120	.374
แบบแผนการดื่มสุราแบบอันตราย	-.122	.641
แบบแผนการดื่มสุราแบบติด	-.101	.546

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุรา และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 378 ราย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. แบบแผนการดื่มสุราของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 69.3 โดยส่วนใหญ่มีแบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 57.3 ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 21.8 ดื่มแบบติด ร้อยละ 14.5 และดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สาวิตรี อัชนางค์กรชัย และคณะ (Assanangkornchai et al., 2009) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการดื่มสุราในประเทศไทย พบว่าประชากรชายมีการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ ถึงร้อยละ 65.7 และรองลงมาคือ แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยง ร้อยละ 28.0 และการศึกษาของ ญัฐธิดา จุมปา และคณะ (Jumpa et al., 2017) ที่ทำการศึกษาถึงบริบทและแบบแผนการดื่มสุราของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่จังหวัดเชียงราย พบว่าแรงงานข้ามชาติชาวพม่ามีพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง แบบเสี่ยงต่ำ แบบอันตราย และแบบติด ร้อยละ 63.64, 20.78, 10.13 และ 5.45 ตามลำดับ และการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ด้านความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต และการเข้ารับบริการ ในปี 2556 พบความชุกของการดื่มสุราสูงที่สุดทั้งด้านความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือน ซึ่งพบความชุกของพฤติกรรมการดื่มสุราแบบ alcohol abuse ร้อยละ 3.5 และพบความชุกของการดื่ม แบบ alcohol dependence ร้อยละ 1.8 และยังพบว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดเข้ารับบริการใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 11.5 โดยในกลุ่มนี้พบผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 3.2 (Kittirattanapaiboon et al., 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้รับบริการร้อยละ 100 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโดยพบผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดมีเพียงร้อยละ 9.8 จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดื่มสุราของประชากรทั่วไปและผู้ป่วยทางจิตเวชส่วนมากแล้วนั้นมีรูปแบบการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ และพบรูปแบบการดื่มแบบติดค่อนข้างน้อยกว่าจำนวนรูปแบบการดื่มทั้งหมด



2. ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 66.9 มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายร้อยละ 33.1 ซึ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนี้พบว่ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 80.0 ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ร้อยละ 13.6 และมีความเสี่ยงในระดับสูง ร้อยละ 6.4 ผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ (Sriruenthong et al., 2011) ที่พบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย มากที่สุดร้อยละ 6.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.6 และระดับสูง ร้อยละ 0.7 และการศึกษาของ พัทธี พรหมทัต (Promthub, 2010) ที่ทำการศึกษาความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยพบระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อย ร้อยละ 67.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 18 ระดับสูง ร้อยละ 9.3 และระดับสูงมาก ร้อยละ 5.2 และจากการศึกษาของ สลิพร แสนไชย (Saenchai, 2006) ที่ทำการศึกษาความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 100 มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยพบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับสูงมาก โดยมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 44.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.1 ระดับสูง ร้อยละ 15.3 และระดับสูงมาก ร้อยละ 14.8 จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายพบกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับต่ำมากที่สุดและพบกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับสูงมากมีจำนวนน้อยที่สุด

3. แบบแผนการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบแผนการดื่มสุราทั้ง 4 แบบแผน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยพบว่า แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ มีค่า $r = -.074$, $sig = .367$, แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยง มีค่า $r = -.120$, $sig = .374$, แบบแผนการดื่มสุราแบบอันตราย มีค่า $r = -.122$, $sig = .641$, และแบบแผนการดื่มสุราแบบติด มีค่า $r = -.101$, $sig = .546$, ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้รับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่นการศึกษาทางระบาดวิทยาของอัตราการฆ่าตัวตายต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปี 1985-1999 พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีบทบาทอย่างมากต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรชาวรัสเซีย โดยเฉพาะในเพศชาย โดยในปี 1991-1994 พบการเปลี่ยนแปลงของระดับการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเปลี่ยนแปลงระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่สูง ($r = 0.98$) (Alexander, 2003) และการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าการใช้สุราและสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในระดับต่ำ และการดื่มสุราขาวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดในการฆ่าตัวตาย (Nortun et al., 2016) และจากการทบทวนองค์ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย พบว่าร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (substance abuse) และในจำนวนนี้พบผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 และมีการศึกษาคนที่พยายามฆ่าตัวตายที่รักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าคนที่มีการติดสุรามีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนที่ไม่มีภาวะติดสุราถึง 75 เท่า

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการดื่มสุรา (alcohol use disorder) จะเพิ่มความเสี่ยงเป็น 9.8 เท่า และการดื่มสุราอย่างหนักจะเพิ่มความเสี่ยงเป็น 3.5 เท่า ในขณะเดียวกันก็พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคจากการดื่มสุรา หรือทั้งสองโรคร่วมกัน มีการสันนิษฐานว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และมีประวัติการติดสุรามักจะมีความคิดทำร้ายตนเองมากขึ้น (Kwansanit, 2011) จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมานั้นจะเห็นได้ว่าการ



ฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการดื่มสุราแบบติดเพียงร้อยละ 14.5 มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช ส่วนมากพบเป็นผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 58.2 และพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพียง 12.7 ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้อาจมีผลต่อ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้รับบริการที่มารับ บริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อาคารทางจิตสงบลงแล้ว ไม่มีอาการหูแว่ว หรือภาพหลอน โดยมีงานวิจัยของ จีระพรรณ สุริยงค์ และคณะ (Suriyong, 2014) ที่ทำการศึกษาความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 67.6 และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ระดับน้อย ร้อยละ 24.3

อีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย คือ การมีประวัติในการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาไม่เคยมีประวัติในการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนถึงร้อยละ 80.2 และเคยพยายามฆ่าตัวตายเพียง ร้อยละ 19.8 และในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีลักษณะที่ไม่ ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อย ทั้งเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช และประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย อีกทั้งจากผลการวิจัย ในครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่มีแบบแผนการดื่มสุราแบบติด ที่อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เพียงร้อยละ 14.5 เท่านั้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีส่วนสำคัญต่อผลการวิจัยที่พบว่า แบบแผนการดื่มสุราทั้ง 4 แบบแผน ไม่มีความสัมพันธ์ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ของผู้รับบริการที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งจากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนั้นมีหลายด้าน ที่ยังไม่ได้ทำการศึกษาใน งานวิจัยครั้งนี้ เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ทักษะในการปรับตัว การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การมีความคิดแบบ สุดขีด มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การขาดความยืดหยุ่น ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว การ เลี้ยงดู ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการเลียนแบบ ปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสาร จากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น (Lotrakul, 2010; Sitdthiraksa, 2015; Siruenthong et al, 2011; Khamma, 2013; Patanavanichanun, Kessomboon & Sirivattana, 2008)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดื่มสุราทั้งการดื่มแบบเสียด่ำ แบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด ดังนั้นควรมีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้ ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับ ปัญหาของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

2. จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึง ร้อยละ 33.1 ซึ่งถือเป็นปัญหาที่สำคัญ ดังนั้นควรมีการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มารับบริการ เพื่อการส่งต่อและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาตัวแปรอื่นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้รับบริการที่คลินิก สุขภาพจิตและจิตเวช เช่น ทักษะในการปรับตัว การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การมีความคิดแบบสุดขีด พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การขาดความยืดหยุ่น ลักษณะของครอบครัว การเลี้ยงดู เป็นต้น



References

- Alexander Nemtsov. (2003). Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965–1999. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(2). 161-168.
- Assanangkornchai, S., Hmuktong, A., & Inthanon T., (2009). *A surveillance of drinking behaviors and other health-risk behaviors among high school students in Thailand*. Bangkok: Pimdee. (in Thai)
- Assanangkornchai, S. & Arunpongpaian, S. (2014). *Alcohol use disorders and related problems: Significance and management in Thailand*. Bangkok: Sahamitpattanakarnpim. (in Thai)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499-505.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). *Strategic Plan Department of Mental Health during the development plan Economy and Society, Vol. 12 (2017-2021)*. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/intranet/p2554/download/view.asp?id=159> (in Thai)
- Jumpa, N., Chainurak, P., & Jumpa, A. (2017). The study of context and patterns on alcohol drinking of Myanmar migrant workers in Chiang Rai Province. *Journal of Social Academic*, 10(2), 133-149. (in Thai)
- Keiwingkaew, S. (2011). *Psychiatric Nursing* (2nd ed). Bangkok: Thammasat University. (in Thai)
- Khamma, A. (2013). Risk factors associated with suicide: A case-control study in Sukhothai Province. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 58(1), 3-16. (in Thai)
- Kittirattanapaiboon, P., Arunpongpaial, S., Mahatnirunkul, S., Kongsuk, T., Choovong, K., Booncharoen, H., ... Thai M.I.N.I. Core Group. (2007). *Mini international neuropsychiatric interview Thai version 5.0.0-Revised 2007*. Retrieved from http://www.skph.go.th/newskph/Doc_file/Miti4_MINIInterview5.0.pdf. (in Thai)
- Kittirattanapaiboon, P., Tantirangsee, N., Chutha, W., Tanaree, A., Kwansanit, P., Assanangkornchai, S., ... Thai Mental Health Survey Working Group. (2016). *Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai national mental health survey 2013* (1st ed.). Nonthaburi: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Table for determining sample size from a given population. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kwansanit, P. (2011). *The relationship between alcohol consumption and suicide: A literature review*. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 5(2), 49-65.
- Lotrakul, M. (2010). *Suicide: Treatment and prevention*. Bangkok: Beyond Enterprise.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Psychiatry* (4th ed.). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- National Center for Suicide Prevention. (2016). *The report of the suicide rate in 2015*. Retrieved from <https://www.suicidethai.com/report/download/view.asp?id=19> (in Thai)



- National Center for Suicide Prevention. (2015). *The report of the suicide rate in 2014*. Retrieved from <https://www.suicidethai.com/report/download/view.asp?id=18> (in Thai)
- Nortun, J., Jenjai, Ch., & Ruengorn, Ch. (2016). Prevalence and factors associated with suicidal behavior in patients with mental and behavioral disorder due to alcohol. *Journal of Health Systems Research*, 10(2), 137-151. (in Thai)
- Patanavanichanun, N., Kessomboon, P., & Sirivattana, R. (2008). Risk and protective factors of self-harm behaviours. *Thai Journal of Nursing Council*, 23(3), 61-71. (in Thai)
- Promthub, P. (2010). Suicidal risk among hill tribes and related factors. *Nursing Journal*, 37(4), 153-166. (in Thai)
- Saenchai, C. (2006). *Suicide risk of alcohol patients at Suan Prung Phychiatric Hospital, Chiang Mai Province* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 303-316.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., ... Dunbar, G. (2006). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl 20), 22-33.
- Silpakit, P., & Kittirattanapaiboon, P. (2009). *AUDIT The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). Chiang Mai: Trantawan Paper. (in Thai)
- Sitdhiraksa, N. (Ed). (2015). *Psychiatric Siriraj DSM-5* (2nd ed.). Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- Suriyong, J., Viboonma, K., Keawma, P., Khamwongpin, M., & Tamdee, D. (2014). Prevalence of alcohol use disorders of schizophrenic patients. *Journal of Mental Health of Thailand*, 22(1), 38-47. (in Thai)
- Sriruenthong, W., Kongsuk, T., Pangchuntr, W., Kittirattanapaiboon, P., Kenbubpha, K., Yingyeun, R., ... Leejongpermpoon, J. (2011). The suicidality in Thai population: A national survey. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 56(4), 413-424. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in nursing research* (4th ed.). Bangkok: U & I inter media. (in Thai)
- Tittabut, J. (2011). *Situation analysis of adolescent attempted suicide in Chaiprakarn District, Chiang Mai Province, Thailand* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Treepraseetsuk, S. (2007). *Alcohol is not an ordinary commodity: Health impacts and treatment*. Bangkok: Morchawban. (in Thai)
- World Health Organization. (2013). *Suicide prevention (SUPRE)*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/



World health Organization. (2001). *Audit*. Retrieved from

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

Yaldizli, O., Kuhl, H. C., Graf, M., Wiesbeck, G. A., & Wurst, F. M. (2010). Risk factors for suicide attempts in patients with alcohol dependence or abuse and a history of depressive symptoms: A subgroup analysis from the WHO/ISBRA study. *Drug and Alcohol Review*, 29(1), 64-74.



Experiences of Returning to School during Chemotherapy of Adolescents with Cancer*

ประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง*

รุ่งเทวินทร์
สุรศักดิ์

สัมพันธ์**
ตรีนิย***

Rungtawin
Surasak

Samphan**
Treenai***

Abstract

Husserlian Phenomenology was applied as the principle for this qualitative research. The purpose of this study was to describe the illness experience of adolescent patients with cancer. The key informants were adolescent cancer patients aged 12-18 years who were undergoing chemotherapy at five tertiary hospitals according to the inclusion criteria. Data were collected through in-depth interviews with nine key informants and analyzed using Colaizzi's method until the data was saturated.

The results presented nine key informants, aged 12-16 years, including 8 patients with acute leukemia, and 1 lymphoma patient. These informants defined the experience of returning to school during chemotherapy into five themes; 1) getting back to school for myself, 2) getting back to school, but not the same, 3) getting help from the people around me, 4) being encouraged to stay, and 5) being happy about going back to school.

The results of this research could enhance a better understanding of the experience of adolescents with cancer returning to school during chemotherapy, and the research data can be used as fundamental data to support adolescents with cancer, who are ready, determined, and want to return to school, to be successful. Future research is recommended on related topics.

Keywords: Getting back to school; Experience; Adolescent patients with cancer

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Graduate Student in Master of Nursing Science program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; email: surasak.tr@chula.ac.th

Received 26 February 2022; Revised 29 August 2022; Accepted 5 September 2022



บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ทำตามหลักปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิร์ล (Husserl) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งอายุ 12-18 ปี ที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 5 แห่ง ตามเกณฑ์การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพร้อมกับวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของโคไลซซี (Colaizzi) จนข้อมูลอิ่มตัวด้วยจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก 9 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลัก 9 ราย อายุระหว่าง 12-16 ปี เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน 8 ราย และผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เล่าถึงประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด 5 ประเด็น คือ 1) กลับไปโรงเรียนอีกครั้งเพื่อตนเอง 2) กลับไปโรงเรียนอีกครั้ง แต่ไม่เหมือนเดิม 3) คนรอบข้างช่วยเหลือ 4) กำลังใจทำให้อยากอยู่ต่อ และ 5) ความสุขของการกลับไปโรงเรียนอีกครั้ง

ผลการศึกษาก่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง และข้อมูลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีความพร้อม มีความต้องการกลับไปโรงเรียน ประสบผลสำเร็จในการกลับไปโรงเรียนอีกครั้ง รวมทั้งการทำวิจัยในอนาคตในหัวข้อที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: กลับไปโรงเรียน ประสบการณ์ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย email: surasak.tr@chula.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรงและคุกคามชีวิต ในวัยรุ่นพบว่ามะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) และเนื้องอกในระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system tumors) คือมะเร็งชนิดที่พบบ่อย การรักษาหลักของมะเร็งทั้งสามชนิดคือเคมีบำบัด เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาของเซลล์มะเร็งทั้งสามชนิดตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้เป็นอย่างดี เซลล์มะเร็งจะถูกทำลายด้วยเคมีบำบัดอย่างรวดเร็ว ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งในวัยรุ่นนั้นจะได้ผลดีกว่าวัยผู้ใหญ่ เพราะร่างกายของวัยรุ่นสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาได้อีก หากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้มีโอกาสหายขาดได้สูงถึงร้อยละ 85 (Adamson, Bagatell, Balis, & Blaney, 2011) การรักษาด้วยเคมีบำบัดจึงมีความสำคัญอย่างมาก และส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่หยุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด แม้จะต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ค่อนข้างรุนแรง และส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจนั้นก็คือ หลังได้รับเคมีบำบัดอาการของโรคมะเร็งจะทุเลาลง (Rodgers, 2015) ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่เป็นปกติในระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ การกลับไปใช้ชีวิตปกติสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นการเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามวัยของวัยรุ่น โดยกิจกรรมนั้นมีความหมายต่อผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีชีวิตที่เป็นปกติได้แม้จะป่วยเป็นโรคมะเร็ง เช่น การไปโรงเรียน การไปเล่นกับเพื่อน (Treenai, Chaiyawat, & Yunibhand, 2015)

การกลับไปโรงเรียน คือ หนึ่งในกิจกรรมสำคัญของการกลับไปใช้ชีวิตที่เป็นปกติสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เพราะการกลับไปโรงเรียนทำให้ผู้ป่วยยังคงไว้ซึ่งความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง มีสังคมในแบบวัยรุ่นผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนพร้อมกับเพื่อน รวมทั้งได้เรียนหนังสือเพื่อการมีอนาคตที่ดี (Thompson et al., 2015) ในช่วงระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด การได้กลับไปโรงเรียนทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกว่ามีชีวิตเป็นปกติ สร้างความสบายใจ สร้างความหวัง เกิดพลังใจ และช่วยเยียวยาให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งพ้นหายจากอาการของโรคมะเร็ง และพ้นหายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การสนับสนุนให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีความตั้งใจและต้องการกลับไปโรงเรียนได้กลับไปโรงเรียน เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้กลับไปใช้ชีวิตที่เป็นปกติ (Treenai, Chaiyawat, & Yunibhand, 2013) และมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ทำให้ผลลัพธ์ทางการรักษาเป็นไปในทิศทางที่ดีและผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจะสามารถกลับไปโรงเรียนในระหว่างได้รับเคมีบำบัด พร้อม ๆ กับการดูแลตนเอง เป็นบทบาทที่ทำหายอย่างมากสำหรับพยาบาลเด็กในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่กลับไปโรงเรียนระหว่างการรักษาดูแลด้วยเคมีบำบัด เพราะการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ใช่เรื่องง่าย และไม่ใช่งานที่เป็นปกติในมุมมองของผู้ปกครอง และบุคลากรทางการแพทย์ เพราะกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและผลข้างเคียงของเคมีบำบัด โดยเฉพาะความเสี่ยงเรื่องการติดเชื้อ (Sandeberg, Johansson, Bjork, & Wettergren, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศไม่พบการรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่กลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาดูแลด้วยเคมีบำบัดที่ชัดเจน แต่พบว่าการกล่าวถึงผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจำนวนหนึ่งกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาดูแลด้วยเคมีบำบัด การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งแตกต่างจากการไปโรงเรียนของวัยรุ่นที่มีสุขภาพดี โดยผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวันและต้องดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเมื่อก่อนป่วย เช่น การป้องกันการติดเชื้อ (Treenai & Chaiyawat, 2006) จากการศึกษาของ แซนเดอเบิร์ก และคณะ (Sandeberg et al., 2008) พบว่า หลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดไปแล้ว 5 เดือน ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจะมีอาการของโรคมะเร็งทุเลาลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพร้อมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะการกลับไปโรงเรียน นอกจากนี้การกลับไปโรงเรียนยังเป็นความต้องการของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเอง (Drillings & Schilling, 2016) อาจเป็นเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ เข้าเรียนอย่างน้อย 1 คาบเรียน (1 ชั่วโมง) ต่อสัปดาห์



และอาจไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวัน เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านในช่วงที่ร่างกายอ่อนเพลียมาก (Sandeberg et al., 2008) และพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งหลังได้รับเคมีบำบัดสามารถไปโรงเรียนมีกิจกรรมทางกายได้ตามความทนของการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถประเมินได้เอง เพราะร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต และร่างกายสามารถเผาผลาญอาหารเป็นพลังงานให้ร่างกายฟื้นหายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pini, Gardner, & Hugh-Jones, 2016) การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจึงเป็นการกระทำที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจ มุ่งมั่น แสดงถึงการปรับตัว ความพร้อมทางด้านร่างกายตามสภาพของผู้ป่วย และอาจรวมไปถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่ที่โรงเรียน รวมถึงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและเกิดขึ้นจากการได้กลับไปโรงเรียน

ประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เป็นการวิจัยที่ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีงานวิจัยในประเด็นนี้จำกัด (Pini et al., 2016) และการศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่เกี่ยวกับการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่หายจากโรคแล้ว (Choquette, Rennick, & Lee, 2016) ดังนั้นการวิจัยเพื่อบรรยายประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ซึ่งเป็นมุมมองแบบคนใน (emic view) สามารถนำมาประยุกต์เพื่อการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดในการกลับไปโรงเรียน และการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีความพร้อมและต้องการกลับไปโรงเรียนให้สามารถกลับไปโรงเรียนได้สำเร็จ พร้อมกับการได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพตามหลักปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซอร์ล (Husserl) นี้ เน้นบรรยายประสบการณ์เฉพาะของบุคคล โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างไม่มีอคติและไม่มีความเอนเอียงในเรื่องที่ศึกษา จัดความคิดเห็นของผู้วิจัยออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา (bracketing) เน้นที่จุดมุ่งหมาย (intentionality) และบรรยายองค์ประกอบสำคัญ (essence) ของประสบการณ์นั้น ๆ ตามการรับรู้ของบุคคล ภายใต้ความเชื่อว่ามีมนุษย์เข้าใจประสบการณ์ต่าง ๆ ผ่านการรับรู้อย่างมีสติ (Zahavi, 2003) วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของโคไลซี (Colaizzi) ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้ค้นพบองค์ประกอบสำคัญของประสบการณ์ (Morrow, Rodriguez, & King, 2015) จนข้อมูลเกิดความอิ่มตัว (saturation) คือไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ เกิดขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีอายุ 12–18 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และเนื้องอกในระบบประสาทส่วนกลาง รับรู้การวินิจฉัยของตนเองที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 5 เดือน และยังรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อเนื่อง 2) มีประสบการณ์กลับไปโรงเรียน โดยมีช่วงเวลาอยู่ที่โรงเรียนอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน และไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียมาก (Sandeberg et al., 2008) 3) สามารถพูดสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 4) ผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลหลักให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการ



วิจัย เพื่อให้การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักได้มากขึ้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 5 แห่ง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้อย่างเคร่งครัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือการวิจัยที่สำคัญและมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผ่านการเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 หน่วยกิต จากหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ/การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนยังมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพให้คำปรึกษาและร่วมวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนแนวทางการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสร้างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสนามการวิจัยทุกแห่งให้สามารถใช้เก็บข้อมูลได้ ตัวอย่างแนวคำถามการสัมภาษณ์ “กลับไปโรงเรียนแล้วเกิดอะไรขึ้นบ้าง” “ดูแลตนเองอย่างไรตอนไปโรงเรียน” นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าถึงประสบการณ์การกลับโรงเรียนของผู้ให้ข้อมูลหลักได้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ รูปถ่ายของผู้ให้ข้อมูลหลักขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงเรียน ซึ่งเป็นรูปถ่ายที่บันทึกไว้บนแผ่นกระดาษหรือรูปถ่ายในโทรศัพท์มือถือที่ผู้ให้ข้อมูลหลักนำมาให้ผู้วิจัยได้ดูประกอบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพราะรูปถ่ายเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการเข้าถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักได้อย่างลุ่มลึกมากยิ่งขึ้น (Greene & Hogan, 2005) เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้คืนรูปถ่ายดังกล่าว และไม่ได้มีการบันทึกรูปถ่ายดังกล่าวไว้ ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์โดยเครื่องบันทึกเสียงดิจิทัลพร้อมทั้งจดบันทึกการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้รายละเอียดข้อมูลที่สมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No.256/2562, COA No.237/2563 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ากรมแพทยทหารเรือ COA-NMD_REC 049/62, COA-NMD_REC 028/63 โรงพยาบาลรามธิบดี COA. MURA 2020/134, COA. MURA 2020/134 (Ref.548) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี CA code 070/2562, CA code 100/2563 โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KEF62045 และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า IRBRTA 0394/2564 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยและให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ปกครองทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ปกครองรับทราบถึงการเก็บข้อมูลการวิจัยเป็นความลับ ใช้รหัสแทนการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหลัก นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ก่อนการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ได้ขออนุญาตผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทุกครั้ง ข้อมูลการบันทึกเทปการสัมภาษณ์/บทสัมภาษณ์ผู้วิจัยเก็บไว้อย่างปลอดภัยและทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลของโรงพยาบาลที่เป็นสนามการวิจัยทั้ง 5 แห่ง เพื่อขอความช่วยเหลือในการแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อพูดคุยสร้างสัมพันธภาพใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในวันที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ในช่วงที่ผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลหลักรายละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-50 นาที โดยใช้ห้องประชุม/ห้องว่างของสนามการวิจัยที่มีความเงียบสงบและเป็นส่วนตัวไม่มีสิ่งรบกวน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักโดยผู้ปกครองจะนั่งรออยู่หน้าห้อง ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์พร้อมทั้งจดบันทึกภาคสนาม (field notes) ซึ่งใช้บันทึกสภาพแวดล้อม บรรยากาศ สีหน้า ท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลักขณะทำการสัมภาษณ์ และ



บันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะทำการสัมภาษณ์ เพื่อช่วยในการประเมินคุณภาพของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้รูปถ่ายประกอบการสัมภาษณ์ทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญและลุ่มลึกมากยิ่งขึ้น ทำให้การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจึงอ้อมตัวที่ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 9

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ โคลไลซี (Colaizzi) ซึ่งเป็นวิธีที่เน้นความแม่นยำของผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการนำผลการวิจัยกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความถูกต้อง โดยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำเป็นบทสัมภาษณ์และอ่านบทวนความครบถ้วนของบทสัมภาษณ์
2. อ่านบทวนแต่ละข้อความในบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดและดึงคำ/ข้อความ กลุ่มคำ/หรือประโยคที่มีความสำคัญแบบบรรทัดต่อบรรทัด
3. วิเคราะห์คำ/ข้อความ กลุ่มคำ/หรือประโยคเหล่านั้นโดยการให้รหัสข้อมูล (coding) พร้อมกับการจดบันทึก (memo) โดยบันทึกความคิดที่ปรากฏขึ้นในขณะที่ผู้วิจัยอ่านข้อความข้อมูลแต่ยังไม่มีคำตอบที่จะลงรหัสให้เป็น Coding ได้ จึงทำการจดบันทึกไว้ก่อนเพื่อนำมาใช้พิจารณาในคราวต่อไป
4. จัดกลุ่มข้อมูลและสร้างเป็นประเด็นหลัก (theme) ประเด็นรอง (sub-theme) โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้โปรแกรม Freemind Trial version เขียนแผนผังความคิดเพื่อช่วยจัดกลุ่มข้อมูลและสร้างข้อสรุปเป็นประเด็น (Thaiware, 2015) และเชื่อมโยงกลับไปสู่บทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก
5. ผู้วิจัยเขียนบรรยายเชื่อมโยงผลของการศึกษาที่ปรากฏและอธิบายให้ตรงประเด็น
6. เขียนอธิบายผลการศึกษาย่างละเอียด ประเด็นหลัก ประเด็นรอง โดยใช้ข้อความจากบทสัมภาษณ์สนับสนุนประเด็นเหล่านั้น
7. ผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ค้นพบจากการวิจัยกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความถูกต้องและให้ข้อเสนอแนะในประเด็นต่าง ๆ เพื่อให้ผลการวิจัยตรงตามความเป็นจริง พร้อมปรับแก้ให้ครบถ้วน (Morrow et al., 2015)

ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยสร้างความเชื่อถือได้ของข้อมูลตามหลักการของ ลินคอล์น และ กูบา (Greene & Hogan, 2005) โดยเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ 4 ประการ ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ผู้วิจัยได้พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนนัดทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์การคัดเลือกอย่างเคร่งครัด ใช้เวลาอยู่กับข้อมูล ฟังและอ่านบทสัมภาษณ์อย่างตั้งใจ วิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยตัวผู้วิจัยผ่านการจดบันทึก (memo) ผู้วิจัยมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยได้ผ่านการเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยตลอด นอกจากนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลการวิจัยกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบ (member checks) ทำให้ข้อมูลการวิจัยได้รับการตรวจสอบแบบสามเส้า
2. ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยใช้รูปถ่ายประกอบการสัมภาษณ์ทำให้เข้าถึงข้อมูลที่ลุ่มลึกมากยิ่งขึ้น ร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม พร้อมทั้งนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยทุกขั้นตอนการวิจัยได้รับการตรวจสอบและคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างละเอียด

3. ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทุกข้อมูลสามารถตรวจสอบย้อนกลับไปยังบทสัมภาษณ์ได้ และได้นำบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักมาสนับสนุนในประเด็นที่ค้นพบทั้ง 5 ประเด็นอย่างสม่ำเสมอ และ 4) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) งานวิจัยนี้ได้บรรยายถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก บริบท และปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด การถ่ายโอนข้อมูลสามารถใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นหลัก และนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคร้ายอื่น ๆ ได้

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจำนวน 9 ราย เป็นเพศชาย 5 ราย เพศหญิง 4 ราย มีอายุระหว่าง 12-16 ปี เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 8 ราย และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด และกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษา ผู้ให้ข้อมูลหลักหยุดเรียน 2 เดือน - 1 ปี เพื่อรักษาโรคมะเร็ง จากนั้นกลับไปโรงเรียนเพื่อศึกษาต่อ โดยมี 3 ราย ที่ต้องเรียนซ้ำชั้นอีก 6 ราย สามารถเลื่อนชั้นเรียนได้พร้อมเพื่อน ในช่วงที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายนำรูปถ่ายที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน เช่น รูปถ่ายในวันปัจฉิมนิเทศ รูปถ่ายงานเกษียณของคุณครู ซึ่งเป็นรูปถ่ายที่มีผู้ให้ข้อมูลหลักและเพื่อนในบรรยากาศของโรงเรียน “ประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง” จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าประกอบไปด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) กลับไปโรงเรียนอีกครั้งเพื่อตนเอง 2) กลับไปโรงเรียนอีกครั้งแต่ไม่เหมือนเดิม 3) คนรอบข้างช่วยเหลือ 4) กำลังใจทำให้อยากอยู่ต่อ และ 5) ความสุขของการกลับไปโรงเรียนอีกครั้ง

1. การกลับไปโรงเรียนอีกครั้งเพื่อตนเอง: ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งอยากกลับไปโรงเรียนเพื่อเรียนหนังสือต่อ เพื่อให้มีความรู้ เพื่อชีวิตที่ดีในอนาคต มีอาชีพที่ดีทำ สามารถทำงานหาเงินเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ไม่อยากลำบาก การกลับไปโรงเรียนอีกครั้งก็เพื่อตัวของเขาเอง ในประเด็นหลักนี้ประกอบไปด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ

1.1 “อยากมีความรู้จากการกลับไปโรงเรียนเพื่อชีวิตที่ดีในอนาคต”: การกลับไปโรงเรียนอีกครั้งเป็นการทำเพื่อชีวิตและอนาคตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเอง เป็นการกลับไปทำตามเป้าหมายที่เคยตั้งไว้ให้ตนมีความรู้และสอบเข้าศึกษาต่อในระดับชั้นที่สูงขึ้น เพื่อจะได้มีความรู้ติดตัวและมีชีวิตที่ดีในอนาคต ดังที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “... อยากกลับไปเรียนให้จบ แล้วหางานที่ชอบทำ... ก็อยากให้มีอนาคตที่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 5)

1.2 “กลับไปโรงเรียนเพราะคิดถึงและอยากกลับไปหาเพื่อน”: ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งทุกราย เล่าว่าอยากกลับไปหาเพื่อน เพราะต้องหยุดเรียนเพื่อเข้ารับการรักษารวมถึงพักฟื้นอยู่บ้าน ทำให้ไม่ได้พบเพื่อน ๆ ผู้ป่วยทุกรายคิดถึงเพื่อน อยากพบเพื่อน เมื่อพูดถึงเพื่อนผู้ป่วยแสดงสีหน้ามีความสุข แววตาสดใส “ก็คือแบบอยากเข้าสังคม อยากพบปะกับเพื่อน ๆ อยากพบผู้คนที่คิดว่าอยู่ที่บ้าน อยู่ที่บ้านแล้วมันไม่มีอะไรทำ... หนูอยู่คนเดียวไม่มีเพื่อนเป็นปีกว่า ๆ แล้ว อยากกลับไปหาเพื่อน คิดถึง” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 1)

1.3 “กลับไปโรงเรียนเพราะอยากใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่น”: เมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดผู้ป่วยทุกรายรู้สึกว่าการดีขึ้น ร่างกายจิตใจดีขึ้น ทำให้สามารถไปโรงเรียนได้ ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “... แล้วเหมือนตอนนี้หนูได้กลับไปเรียนก็เหมือนหนูได้กลับไปใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่น ก็คือได้เรียน ได้วิ่งเล่น ได้คุยกันอะไรอย่างงี้ปกติเลย.... ได้กลับไปเรียนแล้ว ก็รู้สึกแบบเอ...กลับไปใช้ชีวิตปกติอะคะ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 4) ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งทุกรายอยากใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่น การกลับไปโรงเรียนคือสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมองว่าเป็นการกลับไปใช้ชีวิตปกติเหมือนตอนก่อนป่วย ได้เรียนหนังสือ ได้เล่นกับเพื่อนที่โรงเรียนได้ อยู่โรงเรียนเหมือนเพื่อนคนอื่น ๆ คือสิ่งที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งต้องการ

2. กลับไปโรงเรียนอีกครั้ง แต่ไม่เหมือนเดิม: ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งทุกรายหยุดเรียนไปนาน เมื่อกลับไปโรงเรียนอีกครั้งต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไป เช่น เพื่อน อีกทั้งอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดจึงเป็นการกลับไปโรงเรียนพร้อมกับข้อจำกัดต่าง ๆ มากมาย การกลับไปโรงเรียนในครั้งนี้จึงแตกต่างจากเดิม ในประเด็นหลักนี้ประกอบไปด้วย 4 ประเด็นย่อย

2.1 “อายเพราะไม่มีผม”: การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยกลับไปโรงเรียนแบบไม่มีผม เพราะผมร่วงจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “ก็อายครับ รู้สึกเครียด... มีรุ่นน้องหนึ่งปีมาล้อว่า ไอ้หัวโล้นอย่างเงี้ยอะครับ ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 9) แม้ผู้ป่วยบางรายจะใส่วิกหรือใส่หมวกไปโรงเรียนก็ยังคงความรู้สึกอายเพราะไม่มีผม ความรู้สึกอายที่ไม่มีผมคือความแตกต่างระหว่างตัวผู้ป่วยและเพื่อน ๆ ที่ผู้ป่วยทุกรายเล่าให้ฟัง ผู้ป่วยรายอื่น ๆ เล่าถึงการที่เพื่อนนักเรียนมองเมื่อเดินเข้าไปในโรงเรียน ทำให้รู้สึกเขินอาย

2.2 “เพื่อนใหม่ที่ไม่คุ้นชิน”: การกลับไปโรงเรียนครั้งใหม่เพื่อนร่วมชั้นของผู้ป่วยมักจะเลื่อนชั้นไปแล้ว ผู้ป่วยหลายรายจึงต้องเรียนซ้ำชั้นซึ่งเป็นการเรียนกับรุ่นน้องที่กลายเป็นเพื่อนใหม่ที่ไม่คุ้นเคยกัน ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “ก็...ตอนแรกก็รู้สึกแบบหวั่น ๆ แบบไม่กล้าเข้าเรียน แบบมันไม่ค่อยคุ้นชินกับเพื่อนร่วมชั้นด้วยแล้วคือเพื่อนคนอื่นเขาก็ขึ้น ม.4 ไปกันแล้ว ก็เหลือแค่เราคนเดียว ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 1) เมื่อกลับไปโรงเรียนอีกครั้งด้วยสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนเดิมทั้งสถานที่และบุคคลรอบข้าง ทำให้ในช่วงแรกผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกไม่คุ้นชิน แต่เมื่อไปบ่อยครั้งขึ้นหลังได้พูดคุย ทำความรู้จัก ก็เริ่มสนิทกับเพื่อนใหม่มากขึ้น ความรู้สึกไม่คุ้นชินก็หายไป

2.3 “ชีวิตที่มีข้อจำกัด”: การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นการกลับไปโรงเรียนอีกครั้งที่ไม่เหมือนเดิม เพราะมีข้อจำกัด คือ “ข้อจำกัดในการเรียนและข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่โรงเรียน” ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวันเหมือนนักเรียนสุขภาพดีปกติทั่วไป โดยในช่วงแรกที่เริ่มกลับไปโรงเรียนเป็นการกลับไปเรียนแค่ครึ่งวัน ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “... ให้กลับไปเรียนได้... ให้เรียนแค่ครึ่งวันก่อน แล้วก็กลับไปไม่ต้องเต็มวันครับ....ไปครึ่งเช้า แปะโม่งถึงเที่ยง ทานข้าวแล้วก็กลับ ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 2) ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งหยุดเรียนมานานเมื่อกลับไปโรงเรียนอีกครั้งพบว่า เรียนไม่ทันเพื่อน เรียนไม่เข้าใจ “...งานค้างเยอะ มีทั้ง ม.1 ม.2 ด้วย หนูต้องตามงานของ ม.1 ด้วย....ตอนอยู่โรงพยาบาลคือหนูไม่ได้เรียนเลยใช้ไหมคะ แล้วพอไปโรงเรียนแล้วคือแบบ....หนูงงไปหมดเลย (หัวเราะ) เรียนไม่รู้เรื่องเลย.. ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 6) ผู้ป่วยทุกรายยังเล่าถึงการเรียนวิชาพลศึกษาที่ครูพลจะแยกออกมานั่งดูเพื่อน ๆ เล่นพลศึกษา ผู้ป่วย “ไม่ได้เรียนพลศึกษา” นอกจากข้อจำกัดในการเรียนผู้ป่วยทุกรายยังบอกถึงข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของโรงเรียน เป็นข้อจำกัดที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้ข้อจำกัดว่าตนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่เหมือนเดิม เพราะกิจกรรมเหล่านั้นหนักเกินไปสำหรับร่างกายของเขา โดยผู้ป่วยจะเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนสามารถเข้าร่วมได้ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “อืม....ไม่ค่อยได้ทำอะไรอะคะ อย่างเช่น กีฬาสีหนูก็ไม่ได้เข้า เพราะว่ามันหนักเกินไป แบบว่ามันต้องตากแดดด้วย กิจกรรมมันเยอะอะคะ หนูก็เลยไม่เข้าร่วม แต่ถ้ากิจกรรมที่ไม่ใหญ่เช่นงานวันภาษาไทยก็มีไปนั่งฟังเขาพูดเฉย ๆ ี่ค่ะ ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 1)

2.4 “ชีวิตที่ต้องดูแลตนเองมากขึ้น”: การกลับไปโรงเรียนอีกครั้งของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยทุกรายต้องดูแลตนเองอย่างมาก โดยเฉพาะสองเรื่องคือ “ป้องกันการติดเชื้อขณะอยู่ที่โรงเรียน” ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้ว่าหากติดเชื้อจะทำให้อาการของเขาทรุด แผนการรักษาอาจเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่ได้รับเคมีบำบัดตามแผนการรักษา และหากรุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างมาก อีกทั้งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งยังเพิ่มการดูแลปกป้องตนเองมากขึ้นเป็นพิเศษ “ก็ ใส่แมสก์ แล้วก็ล้างมือบ่อย ๆ ก็ เวลาคุยกับเพื่อน ก็จะอยู่ห่างกัน.....ระวังการกิน



แล้วก็เพื่อนที่ไม่สลาย.....ใส่แมสก์ตามกฎโรงเรียนเพราะช่วงนี้โควิด ก็จะทำตามกฎโรงเรียนทุกอย่าง แล้วตัวเองเป็นแบบนี้ด้วย (เป็นโรคมะเร็ง) ก็เลยต้องระวังมากขึ้นไปอีก” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 5) การดูแลตนเองมากขึ้นอีกเรื่องหนึ่งที่ผู้ป่วยทุกรายให้ความสำคัญคือ “เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์” เป็นการเลือกอาหารที่มีประโยชน์สำหรับตนเองอย่างใส่ใจ ดังเช่นผู้ป่วยรายหนึ่งพูดว่า “แล้วก็กินข้าว... ก็ประมาณแบบว่า กินข้าวแบบเอาข้าวที่มีประโยชน์ อาหารที่มีประโยชน์ที่สุดโดยที่ตัวเองจะกินได้ กินแบบไข่ต้ม ผักต้ม แต่ว่าอยู่ที่โรงเรียนมัน (อาหาร) มีให้เลือกกินน้อย ก็เลยเลือกกินพวกผัดผักรับประทาน ที่มีผัก มีเห็ด มีไข่ มีหมูกรอบ ก็เลือกกินแบบนี้” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 3)

3. คนรอบข้างช่วยเหลือ: การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยเพื่อนคือบุคคลสำคัญที่อยู่เคียงข้างและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะอยู่ที่โรงเรียนและมีคุณครูให้การดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ แบ่งเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

3.1 “เพื่อนดูแลห่วงใยและเพื่อนช่วยเรื่องเรียน”: ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งใช้เวลาเกือบทั้งหมดของระยะเวลาที่อยู่ที่โรงเรียนอยู่กับกลุ่มเพื่อน และเพื่อนของผู้ป่วยเป็น “เพื่อนดูแลห่วงใย” ที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพราะเพื่อน ๆ รู้ว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งต้องการการดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องใช้แรงเยอะ ๆ “ก็อะไรที่ทำไม่ได้เขาก็จะช่วยครับ อย่างเช่น ยกถังน้ำอะไรมาอย่างเงี้ย เขาก็ยกแล้วก็ให้เราเดินได้ครับ ประมาณนี้ แล้วก็เวลาคุณครูให้ยกอะไรแล้วหนักเงี้ยเพื่อนจะห้าม แล้วเพื่อนก็จะทำแทนครับ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 9) เพื่อน ๆ ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งยังเป็น “เพื่อนช่วยเรื่องเรียน” ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวัน เพื่อนคือคนคอยช่วยเหลือเรื่องเรียน โดยจะช่วยเก็บงาน จัดการบ้าน เก็บเอกสารต่าง ๆ ไว้ให้ ช่วยอธิบายเรื่องที่ไม่เข้าใจ ช่วยติวหนังสือ และคอยดึงเข้ากลุ่ม “... ก็คือเวลาไปหาหมอเพื่อนก็จะทักมาถามว่าเป็นยังไงบ้าง หนูก็ หนูก็จะถามกลับไปว่ามีอาการอะไรไหม เพื่อนก็จะคอยบอกตลอดค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 4) “ก็... อาจารย์จะส่งงานมาให้ แล้วก็มีการกลุ่มด้วยครับ เพื่อนที่สนิทกันก็ลากเข้ากลุ่มครับ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 5)

3.2 “ครูดูแลห่วงใยใส่ใจเป็นพิเศษ”: ครูที่โรงเรียนทราบเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งทราบเรื่องข้อจำกัดด้านสุขภาพในการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียน ข้อจำกัดเรื่องผู้ป่วยต้องดูแลมากขึ้น ดังนั้นครูจึงช่วยเหลือเรื่องเรียนและเรื่องต่าง ๆ อย่างใส่ใจเป็นพิเศษด้วยความเข้าใจ ซึ่ง ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “อาจารย์เขาก็บอกว่าถ้ามาได้แล้ว (มาโรงเรียน) ไม่ไหวก็บอกอาจารย์ได้นะ อาจารย์เขาก็เข้าใจครับ แบบว่าคาบเรียนพละ เรียนพละถ้าอาจารย์ให้วิ่ง ให้ออกกำลังกายแบบถ้าไม่ไหวจริง ๆ ก็ให้บอกอาจารย์ได้ อาจารย์เข้าใจอยู่ครับ.....” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 3) สอดคล้องกับที่ผู้ป่วยอีกรายเล่าว่า “ก็มีบ้างนะครับ ตอนไม่ได้ไปเรียน ตอนสอบอย่างเงี้ยครูก็เอาข้อสอบมาให้ทำที่บ้าน...ช่วยสอนเพิ่มเติมให้ครับ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 9) การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นพิเศษมากกว่านักเรียนคนอื่น ๆ เช่น ให้ออกกำลังกายได้เวลาที่เหนื่อย ไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมของทางโรงเรียนและการเรียนวิชาพละ ไม่ลงโทษด้วยวิธีการเหมือนนักเรียนคนอื่น ๆ ดังเช่นผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “ส่วนมากถ้าเกิดแบบมีกิจกรรมจะต้องเข้าแถวด้วย ครูเขาจะให้หนูไปพักที่ห้องปกครอง เพราะว่าถ้าหนูอยู่ตรงที่ร้อน ๆ นานกลัวหนูจะเป็นลม.....แล้วคุณครูก็ให้ขึ้นลิฟท์ค่ะ...ถ้าเกิดวันไหนเหนื่อย ๆ ก็...จะให้เพื่อนพาขึ้นลิฟท์” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 6) ครูที่โรงเรียนทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งและมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ จึงให้การดูแลและช่วยเหลือเป็นพิเศษมากกว่าเด็กนักเรียนคนอื่น ๆ ให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเครียดต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

4. กำลังใจทำให้อยากอยู่ต่อ: เมื่อกลับไปโรงเรียนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้พบเพื่อนและคุณครู ทั้งเพื่อนและคุณครูให้กำลังใจให้สู้กับโรคมะเร็งและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป แบ่งออกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

4.1 “กำลังใจในการรักษา”: การกลับไปโรงเรียนอีกครั้งทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้พบเพื่อนและคุณครู ทั้งเพื่อนและคุณครูจะคอยสอบถามและให้กำลังใจอยู่เสมอทั้งก่อนและหลังไปรับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีและมีกำลังใจในการสู้กับโรคมะเร็งและผลข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการรักษา ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “มีทั้งเพื่อน ๆ คุณครู คนรอบข้างให้กำลังใจ แบบว่าอย่างเพื่อนก็ สู้ ๆ นะ อย่าไปคิดมาก เดี่ยวมันก็หายอะไรประมาณนี้ จะได้กลับมาเรียน มาเล่น มาพูดคุยกัน ส่วนคุณครูเขาก็จะบอกว่าเราจะได้เรียนพร้อมกับเพื่อน ๆ จบไปพร้อมกับเพื่อน ๆ อะไรประมาณเนี่ย” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 1) สอดคล้องกับที่ผู้ป่วยอีกรายเล่าว่า “.....แล้วแบบว่าอยู่โรงเรียนเพื่อนก็ให้กำลังใจเยอะ.....ครูก็ให้กำลังใจอย่างจ๊ะจ๋าครับ ก็ให้กำลังใจตัวเองแบบว่า ... เราก็ต้องสู้ต่อไป ครับ... แบบว่าอย่าไปยอมแพ้มัน (โรคมะเร็ง)” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 3) การกลับไปโรงเรียนทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับกำลังใจจากบุคคลต่าง ๆ มากมายโดยเฉพาะจากเพื่อนและคุณครู เพื่อนจะคอยให้กำลังใจและสอบถามอาการอยู่เสมอ กำลังใจเหล่านั้นเป็นพลังบวกที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการรักษา จากที่เหนื่อยที่ท้อทำให้มีแรงลุกขึ้นมาสู้กับโรคมะเร็งและผลข้างเคียงอีกครั้ง และกลับมามีความหวังในการรักษา อยากหายอยากกลับไปใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่น

4.2 “สู้ต่อไป ไม่อยากตาย”: ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้โรคมะเร็งที่ตนเป็นสามารถรักษาให้หายได้ การได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้างทำให้ลุกขึ้นมาทำทุกอย่างตามคำแนะนำของแพทย์ ไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัดทุกครั้งเพื่อรับเคมีบำบัด เพราะอยากหาย อยากกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิม อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่อทำสิ่งต่าง ๆ อีกมากมาย ผู้ป่วยกล่าวว่า “ก็ให้กำลังใจกัน ...ใจเราสู้ มันก็ทำให้เราอยากสู้ต่อไป ก็รู้สึกว่าชีวิตยังไม่ถึงวันตายหรอก” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 5) “ก็ความรู้สึก อยากสู้ต่อครับ ไม่อยากตาย แล้วก็เพื่อนก็ให้กำลังใจครับ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 9) การกลับไปโรงเรียนทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับกำลังใจจากเพื่อน คุณครู ทำให้รู้สึกมีกำลังใจในการสู้กับโรคมะเร็งและผลข้างเคียงของการรักษา พยายามดูแลตนเองจากความเครียดต่าง ๆ ทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง สามารถรับเคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษา จึงมีส่วนทำให้อาการของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งดีขึ้น ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “ได้กลับไปโรงเรียนมันดีครับ ทำให้เราดีขึ้น (อาการดีขึ้น) ได้รักษาตัว ได้กลับไปหาเพื่อนอะไรอย่างเงี้ยครับ รู้สึกว่ามันมีกำลังใจมากขึ้น ดีขึ้นครับ” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 2)

5. ความสุขของการกลับไปโรงเรียนอีกครั้ง: เมื่อผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้กลับไปโรงเรียนอย่างที่มีหวังทำให้รู้สึกดีใจและมีความสุขมากที่ได้กลับไปอยู่กับเพื่อน ได้เล่น ได้เรียน ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนที่โรงเรียน แบ่งเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

5.1 “รู้สึกดีใจและมีความสุขที่ได้กลับไปเรียนหนังสืออีกครั้ง”: การได้กลับไปโรงเรียนอีกครั้งทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกดีใจและมีความสุขมาก ได้กลับไปใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่น ได้เรียนหนังสือเหมือนนักเรียนปกติทั่วไป ได้เรียนจบพร้อมเพื่อน ได้ถ่ายรูปวันปัจฉิมนิเทศร่วมกับเพื่อน ๆ ภาพเหล่านั้นคือความสุขและเป็นความทรงจำที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง “ก็รู้สึกดีใจครับ ได้เห็นโรงเรียนอีกครั้ง...ตอนนั้นก็กลายเป็นเด็กเรียนไปเลย (หัวเราะ) พยายามตั้งใจเรียน นั่งเรียนถึงบางทีจะไม่รู้เรื่องบ้างเพราะว่าเราไม่ได้เรียนกับเพื่อน” (ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 5) ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกดีใจและมีความสุขที่ได้กลับไปโรงเรียนอีกครั้ง การกลับไปโรงเรียนเหมือนได้กลับไปใช้ชีวิตปกติ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งพูดถึงโรงเรียนด้วยสีหน้า แววตา และท่าทางที่บ่งบอกถึงความสุข มีแต่รอยยิ้มและเสียงหัวเราะ

5.2 “ความสุขที่ได้มีเพื่อนอีกครั้ง”: การกลับเข้าสู่สังคมเพื่อนนั้นคือสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความสุขมาก ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งทุกรายเล่าว่าคิดถึงเพื่อนที่ตัดสินใจกลับไปโรงเรียนอีกครั้งแม้จะอยู่



ในช่วงระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด เพราะทำให้ได้กลับไปทำในสิ่งที่ชอบร่วมกับเพื่อน การได้อยู่กับเพื่อนทำให้มีความสุขมาก “มีความสุขมาก ๆ ค่ะ...ได้เจอเพื่อน ได้เรียนกับเพื่อน แล้วก็ได้จับไปพร้อมเพื่อน ๆ แล้วก็ได้ความรู้ด้วย ได้เจอคนด้วย ได้พูดคุยกับคนอื่นด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลหลักทรายที่ 1) และผู้ป่วยอีกรายหนึ่งเล่าว่า “แบบ มีความสุขได้เจอเพื่อน ได้เจออะไรอย่างเงี้ย มีความสุข....โรงเรียนให้ความรู้ แล้วก็ให้หนูมีความสุขค่ะ ที่ได้เจอเพื่อน (ยิ้ม) ก็มีความสุขที่ได้เจอเพื่อนค่ะ ได้เล่นกับเพื่อน ได้พูดคุยกับเพื่อน ได้ทำกิจกรรมกับเพื่อน ได้นั่งเรียน ได้อยู่กับเพื่อนตลอดเวลา (ยิ้ม หัวเราะ) (ผู้ให้ข้อมูลหลักทรายที่ 6) การกลับไปโรงเรียนคือความสุขที่ได้มีเพื่อนเหมือนเดิม เมื่อพูดถึงโรงเรียนและเพื่อนพบว่าผู้ป่วยมีแต่รอยยิ้มและเสียงหัวเราะอยู่เสมอ

การอภิปรายผล

การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง มาจากความต้องการของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ต้องการ “กลับไปโรงเรียนอีกครั้ง” ซึ่งเป็นข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ที่สอดคล้องกับพัฒนาการทางจิตสังคมของวัยรุ่นที่การกลับไปโรงเรียนสำคัญกับวัยรุ่นอย่างมากในแง่ของการพัฒนาอัตลักษณ์ พร้อมกับการตระหนักและรับรู้ถึงชีวิตในอนาคตที่มาจากการไปโรงเรียน คือ การมีความรู้ การเรียนต่อ การทำงานที่ดี มีชีวิตที่ดี (Gesell, 2021) การศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายมีเป้าหมายที่เหมือนกัน คือ อยากหายป่วยจากโรคมะเร็งเพื่อจะได้มีชีวิตไปตามทิศทางที่ต้องการ อยากเรียนให้จบ อยากเรียนต่อชั้นสูง ๆ มีงานที่ดีทำได้ เงินเดือนสูง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีทิพย์ เครือหลิ, วันธนี วิรุฬห์พานิช, และ บุษกร พันธเมธาฤทธิ์ (Klerlhee, Wiroonpanich, & Punthmatharith, 2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งยังคงมีเป้าหมายในชีวิตที่เป็นส่วนหนึ่งของสภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยกลับไปโรงเรียนอีกครั้งได้ตามความตั้งใจ

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งทุกรายรับรู้ถึงข้อจำกัดของการกลับไปโรงเรียนระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ได้แก่ การมีผมร่วงและเกิดความรู้สึกอาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลเลียมสัน, ฮาร์คอร์ต, ฮัลลิเวลล์, ฟริธ, และ วอลเลซ (Williamson, Harcourt, Halliwell, Frith, & Wallace, 2010) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกไม่แน่นอนกับปฏิกิริยาของเพื่อนต่อภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกังวลเรื่องภาพลักษณ์มากที่สุดและมองว่าหากได้รับกำลังใจ ได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือบุคคลอื่นในโรงเรียน ไม่มีใครล้อเลียนเรื่องรูปลักษณ์ การกลับไปโรงเรียนจะราบรื่นมากกว่านี้ ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีความรู้สึกไม่คุ้นชินโดยเฉพาะกับเพื่อนใหม่ที่โรงเรียน โดยผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมองเพื่อนใหม่ว่าเป็นคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จัก ทำให้เกิดความรู้สึกทั้งตื่นเต้นและกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ ซิมิคาลิส, เจเนสต์, สตีเวน, อังเกอร์, และ บาร์ (Tsimicalis, Genest, Stevens, Ungar, & Barr, 2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีสุขภาพดีกลับไปโรงเรียนหลังจากที่ขาดเรียนไปหลายวันเป็นช่วงเวลาของความท้าทายใหม่ภายใต้ความรู้สึกตื่นเต้นสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากต้องพบปะกับเพื่อน ๆ อีกครั้ง และต้องปรับตัวให้เข้ากับกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียน ผลการศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทุกอย่างของทางโรงเรียนโดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องใช้แรงเยอะ เช่น กิจกรรมกีฬา ภาระงานก็หา ผู้ป่วยจะเข้าร่วมเท่าที่ไหว สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัญญา พานิชย์ และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Pharnit & Chaiyawat, 2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่กลับไปโรงเรียนไม่ได้ทำกิจกรรมบางอย่างเหมือนเพื่อนคนอื่น ๆ เช่น การเดินสวนสนาม งานกีฬา และไม่ได้เรียนวิชาพล

การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการกลับไปโรงเรียน ที่ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และตระหนักว่าต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ ตรินัย และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Treenai & Chaiyawat, 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่เลือกกลับไปโรงเรียน กลับไปเล่นกับเพื่อนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยรับรู้ความเสี่ยงจาก



การกลับไปโรงเรียนและต้องดูแลตัวเอง หลีกห่างจากสิ่งที่อาจบั่นทอนสุขภาพ อีกทั้งวัยรุ่นสามารถดูแลตนเองได้ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ (Gesell, 2021) การกลับไปโรงเรียนคือส่วนหนึ่งที่ทำให้ได้กลับไปใช้ชีวิตปกติอีกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษา สุรศักดิ์ ตรีชัย และคณะ (Treenai et al., 2013) และสุรศักดิ์ ตรีชัย และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Treenai & Chaiyawat, 2006) ที่พบว่า การกลับไปโรงเรียนทำให้ได้กลับไปใช้ชีวิตปกติในแบบที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งต้องการ ซึ่งเป็นการให้ความหมายของการกลับไปใช้ชีวิตที่เป็นปกติด้วยตัวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเองว่าตนก็เป็นวัยรุ่นคนหนึ่ง แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก็ยังสามารถมีชีวิตที่เป็นปกติได้ โดยชีวิตปกตินั้นคือ การได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะการไปโรงเรียน ได้อยู่กับเพื่อน ภายใต้การรับรู้ข้อจำกัดและสุขภาพของตนเองทั้งจากโรคและการรักษา

จากการศึกษาของ บริเมเยอร์, นอร์ททรอป, และ แม็คคาร์ที (Brimeyer, Northup, & McCarthy, 2012) ที่พบว่า การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเองที่ต้องได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น ผู้ปกครอง ครู เพื่อน สอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับไปโรงเรียนเพื่อตนเอง ทั้งเพื่อนและคุณครูคือบุคคลสำคัญที่ช่วยเหลือระหว่างที่ผู้ป่วยกลับไปโรงเรียน เกิดผลทางบวกกับผู้ป่วยคือ เป็นกำลังใจให้อยากมีชีวิตอยู่ต่ออยากหายจากโรคมะเร็ง ดังนั้นเพื่อนและคุณครูจึงถือเป็นบุคคลที่โรงเรียนที่ให้แรงสนับสนุนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขจากการได้กลับไปโรงเรียนอีกครั้งซึ่งเป็นข้อค้นพบในการศึกษานี้ และผู้ป่วยทุกรายในการศึกษานี้เมื่อดูรูปถ่ายของตนเองขณะอยู่ที่โรงเรียนก็มองและเล่าถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับการไปโรงเรียนด้วยรอยยิ้ม เมื่อพูดถึงการกลับไปโรงเรียน ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจะยิ้มและแววตาดูมีความสุข การกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นเรื่องไม่ย้ง่ายนักสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักโดยตรง และเป็นข้อมูลที่ช่วยให้พยาบาล ผู้ปกครอง ครู และเพื่อน เข้าใจว่าการกลับไปโรงเรียนเป็นกิจกรรมหนึ่งของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ต้องการและมีความตั้งใจกลับไปโรงเรียน ที่ควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเด็กควรให้การสนับสนุนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีความพร้อม มีความตั้งใจ และต้องการกลับไปโรงเรียน โดยติดต่อประสานกับผู้ปกครอง พยาบาลอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น เพื่อร่วมกันช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งให้สามารถกลับไปโรงเรียนได้สำเร็จ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้พยาบาลเด็กใช้เริ่มต้นทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง และนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติ/คู่มือ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ต้องการและมีความตั้งใจที่จะกลับไปโรงเรียนให้สามารถกลับไปโรงเรียนได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับการกลับไปโรงเรียนของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดในมุมมองของผู้ปกครองและพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานจากมุมมองที่ครอบคลุม
2. ควรมีการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับการกลับไปโรงเรียนในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง และการศึกษาเชิงทดลอง/โปรแกรมเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ต้องการและมีความตั้งใจที่จะกลับไปโรงเรียนให้สามารถกลับไปโรงเรียนได้สำเร็จ



References

- Adamson, P. C., Bagatell, R., Balis, F. M., & Blaney, S. M. (2011). General principles of chemotherapy. In P. A. Pizzo, & D. G. Pollack (Eds.), *Principles and practice of pediatric oncology* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Brimeyer, C., Northup, J., & McCarthy, A. (2012). *The adolescent with cancer's school re-entry experience: Exploration of predictors and successful outcomes* (Doctoral dissertation). University of Iowa. USA.
- Choquette, A., Rennick, J. E., & Lee, V. (2016). Back to school after cancer treatment: Making sense of the adolescent experience. *Cancer Nursing*, 39(5), 393-401.
- Drillings, J., & Schilling, E. (2016). *The school reentry process in North Carolina schools for children with pediatric cancer* (Graduate School, Specialist in School Psychology). University of Western Carolina. USA.
- Gesell, A. (2021). *Child development*. New Delhi: Prabhat Prakashan.
- Greene, S., & Hogan, D. (2005). *Researching children's experience: Approaches and methods*. California; Sage.
- Klerlhee, T., Wiroonpanich, W., & Punthmatharith, B. (2018). Spiritual well-being experience of adolescents with cancer. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 102-118. (in Thai)
- Morrow, R., Rodriguez, A., & King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist*, 28(8), 643-644.
- Pharnit, J., & Chaiyawat, W. (2007). Illness experience of school age patients with leukemia. *Thai Journal of Nursing Council*, 22(3), 40-50. (in Thai)
- Pini, S., Gardner, P., & Hugh-Jones, S. (2016). How teenagers continue school after a diagnosis of cancer: Experiences of young people and recommendations for practice. *Future Oncology*, 12(24), 2785-2800.
- Rodgers, C. C. (2015). The child with cancer. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). St Louis: Elsevier Health Sciences.
- Sandeberg, A. M., Johansson, E., Bjork, O., & Wettergren, L. (2008). Health-related quality of life relates to school attendance in children on treatment for cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 25(5), 265-274.
- Thaiware. (2015). *FreeMind (free mind map creator)*. Retrieved from <https://software.thaiware.com/download.php?id=2664>
- Thompson, A. L., Christiansen, H. L., Elam, M., Hoag, J., Irwin, M. K., Pao, M., ... Kelly, K. P. (2015). Academic continuity and school reentry support as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), 805-817.
- Treenai, S., & Chaiyawat, W. (2006). Illness experience of adolescent patients with leukemia. *Thai Journal of Nursing Council*, 21(3), 47-60. (in Thai)



- Treenai, S., Chaipayat, W., & Yunibhand, J. (2013). *Returning to normality among adolescents with leukemia receiving chemotherapy* (Doctoral dissertation). Chulalongkorn University. Thailand.
- Treenai, S., Chaipayat, W., & Yunibhand, J. (2015). Realizing being a leukemic patient: The starting point of returning to normality in Thai adolescents. *Journal of Health Research*, 29(1), 7-13. (in Thai)
- Tsimicalis, A., Genest, L., Stevens, B., Ungar, W. J., & Barr, R. (2018). The impact of a childhood cancer diagnosis on the children and siblings' school attendance, performance, and activities: A qualitative descriptive study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 35(2), 118-131.
- Williamson, H., Harcourt, D., Halliwell, E., Frith, H., & Wallace, M. (2010). Adolescents' and parents' experiences of managing the psychosocial impact of appearance change during cancer treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(3), 168-175.
- Zahavi, D. (2003). *Husserl's phenomenology*. California: Stanford University Press.



The Effects of a Peripheral Intravenous Infusion Program on the Compliance Behaviors of Preschool Children

ผลของโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายต่อพฤติกรรมความร่วมมือของเด็กวัยก่อนเรียน

จิณวรรณ	คุตมาสุนย์*	Tunyawan	Khuttamasoon*
อรเพ็ญ	พงศ์กล้า**	Orapen	Pongklum**
ภัทร์พิชชา	ครุฑางคะ***	Phatphitcha	Kruthangka***

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the effects of a peripheral intravenous infusion program on compliance behaviors. Subjects were preschool children admitted to pediatric wards with 20 subjects in each group. The experimental group received a peripheral intravenous infusion program, while the control group received routine nursing care. The research instruments consisted of the peripheral intravenous infusion program, and a compliance behavioral observation form which yielded respective content validity. The inter-rater reliability of the observation form was 0.97. Descriptive statistics and an independent sample t-test were used to analyze the data.

The results revealed that the mean scores for compliance behavior in peripheral intravenous infusion among the experimental group were higher than those of the control group ($p < .05$). When classified by situation, the experimental group and the control group had no difference in mean scores for compliance behaviors before the instillation of the solution. However, while inserting the catheter into the blood vessel and after retaining the vascular salvage tube to provide the solution, the mean scores for compliance behaviors in peripheral intravenous infusion among the experimental group were higher than those of the control group ($p < .05$).

Certainly, the peripheral intravenous infusion program can increase compliance behaviors and prevent complications during the peripheral intravenous infusion of preschool children. The results of this study will be beneficial for preschool pediatric patients in preparation for peripheral intravenous infusion procedure.

Keywords: Compliance behaviors; Peripheral intravenous infusion; Preschool children

* Corresponding author, Instructor, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University; e-mail: k.tunyawan@gmail.com

** Instructor, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University

*** Instructor, Faculty of Nursing, Pathumthani University



บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายต่อพฤติกรรมความร่วมมือ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก จำนวนกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และแบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบสังเกตมีความเชื่อมั่นจากการสังเกตเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกตามสถานการณ์ พบว่า ก่อนแทงหลอดเลือดดำกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือไม่แตกต่างกัน แต่ในขณะที่แทงหลอดเลือดดำและภายหลังคาสายสวนหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับสารละลาย ผลการวิจัยนี้อาจจะเป็นประโยชน์ในการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

คำสำคัญ: พฤติกรรมความร่วมมือ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เด็กวัยก่อนเรียน

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

e-mail: k.tunyawan@gmail.com

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

วันที่รับบทความ 1 กรกฎาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 29 สิงหาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 5 ตุลาคม 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (peripheral intravenous infusion) เป็นหัตถการทางการแพทย์ที่พบมากในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยในการรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ให้สารอาหาร หรือการให้ยา เป็นต้น (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019) การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ต้องมีการแทงหลอดเลือดดำเพื่อเปิดทางให้สารละลาย และคาสายสวนหลอดเลือดดำ (angiocatheter) เพื่อให้สารละลายตามแผนการรักษาของแพทย์ หัตถการการแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย มักพบพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในเด็กทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนเมื่อต้องได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตามพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ยังไม่สามารถเข้าใจเหตุผลได้ดี เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องได้รับหัตถการ เด็กวัยก่อนเรียนจะรู้สึกเสียการควบคุมตนเอง อีกทั้งต้องแยกจากครอบครัว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลจากการแยกจาก และยังไม่สามารถแยกความคิดจินตนาการออกจากสถานการณ์จริงได้ ทำให้เกิดความกลัว จึงแสดงพฤติกรรมต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือ (Hockenberry et al., 2019)

พฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการได้รับสารละลาย คือ ร้อง ดิ้น งอพับบริเวณที่ให้สารละลาย แทะหรือฉีกอุปกรณ์ที่ตาม และดึงสายที่ให้สารละลาย (Khamenkan, 2012; Purachakueg, Tripanom, Kiatchoo-sakun, Taksaphan, & Jirapradittha, 2012) ซึ่งพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายอาจส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย หากมีการเลื่อนหลุดของสายสวนหลอดเลือดดำที่ให้สารละลาย ทำให้มีการรั่วซึมของสารละลายออกนอกหลอดเลือดดำ (leakage) เกิดอันตรายต่อผิวหนัง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นเกิดการบวม และอักเสบ จนทำให้เกิดแผลเป็นตามมา ถ้าเนื้อเยื่อมีการตายอาจทำให้ผิวหนัง เส้นประสาท และเส้นเอ็นถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดความพิการถาวรได้ (Purachakueg et al., 2012) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อจิตใจต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว หากต้องมีการแทงหลอดเลือดดำซ้ำ เด็กวัยก่อนเรียนจะตีความสิ่งที่ทำให้ตนเองกลัวและเจ็บปวดว่ากำลังถูกคุกคาม (da Silva et al., 2016) ซึ่งเป็นความรู้สึกด้านลบของผู้ป่วยเด็ก และนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Ouzouni, Galli-Tsinopoulou, KaZakos, & Maria Lavdaniti, 2019)

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (compliance) เป็นการกระทำและการแสดงออกของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และพยาบาล (Sackett, 1976, as cited in Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008) ทีมผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ด้วยการสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ที่ต้องได้รับสารละลายที่ไม่ใช่ภาวะเร่งด่วน ในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 4 – 6 ปี จำนวน 10 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลหุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 (เด็กอายุ 4 ปี พบพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ 3 ใน 4 คน เด็กอายุ 5 ปี พบพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ 2 ใน 3 คน และเด็กอายุ 6 ปี พบพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ 2 ใน 3 คน) โดยผู้ป่วยเด็กแต่ละคนมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือที่คล้ายคลึงกัน คือ พุดปฏิเสธ ดิ้น และชักแขนขาหนี จากการศึกษานี้ทำให้พบว่าการพยาบาลตามปกติเพื่อการเตรียมผู้ป่วยเด็กในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ยังส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กในอัตราที่สูง ซึ่งตามพัฒนาการด้านสติปัญญาของเพียเจย์ กล่าวว่าเด็กอายุระหว่าง 4 – 6 ปี อยู่ในพัฒนาการขั้นก่อนปฏิบัติการ (preoperational phase) เด็กวัยนี้จะเข้าใจตามสิ่งที่ได้เห็น สิ่งที่สัมผัส และมีความคิดจินตนาการสูง (Hockenberry et al., 2019) เมื่อผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเกิดความกลัวในการเข้ารับการรักษาและการทำหัตถการต่าง ๆ จากการศึกษาพบว่า การเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนให้ทราบถึงวิธีการทำหัตถการต่าง ๆ ล่วงหน้า จะทำให้



จินตนาการความกลัวของเด็กลดลง และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Khungtumneam, 2014) นอกจากนี้การนำการ์ตูนแอนิเมชันมาใช้ในการให้ความรู้เด็กวัยก่อนเรียน สามารถช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติตามได้ดี (Rongmuang et al., 2014) และยังสามารถช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในเด็กวัยก่อนเรียนได้เป็นอย่างดี (Choosrijun & Chaiyawat, 2018)

ในปัจจุบันเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทในหลายกิจกรรมของมนุษย์ และเด็กได้มีการเรียนรู้ผ่านสื่ออุปกรณ์เทคโนโลยีมากขึ้น เช่น การ์ตูนแอนิเมชัน เพราะเป็นสื่อที่เหมาะสมกับพัฒนาการเรียนรู้ของเด็กวัยก่อนเรียน ทำให้เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน อีกทั้งยังกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้ของเด็กวัยก่อนเรียนได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การใช้การ์ตูนแอนิเมชันเพื่อให้ความรู้ก่อนการทำการหัตถการช่วยลดความวิตกกังวลในเด็กทั้งในระยะก่อนและขณะทำการหัตถการ (Molu & Acikgöz, 2022) แต่ยังไม่มีการนำการ์ตูนแอนิเมชันเพื่อให้ความรู้ร่วมกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลาย กับเด็กวัยก่อนเรียน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กด้านจิตใจที่ต้องปฏิบัติไปพร้อมกับการดูแลด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กสามารถปรับตัวและผ่านพ้นสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้ (Supsung, Khunkaew, & Udomlerd, 2017) ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตลอดจนได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายอย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน ให้เหมาะสมตามวัย ตามแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในเด็กของ ฟิลดิง และ ดัฟฟ์ (Fielding & Duff, 1999) กล่าวว่าการพฤติกรรมความร่วมมือในเด็กเกิดขึ้นได้จาก 3 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกัน 2) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและพยาบาลมีเป้าหมายในการรักษาที่ตรงกัน และ 3) การกำกับตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ช่วยลดอุปสรรคการเลื่อนหลุดจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับสารละลาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย ขณะแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย และภายหลังคาสายสวนหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายตามแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในเด็กของ ฟิลดิง และดัฟฟ์ (Fielding & Duff, 1999) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษา และการป้องกันปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ผ่านสื่อการ์ตูน



แอนิเมชัน เรื่อง “เมื่อหนูได้รับน้ำเกลือ” 2) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือ โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเด็กและพยาบาล การเสนอแนะ การเสริมแรง และการให้กำลังใจ และ 3) การกำกับตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีการวางแผน การคิดแก้ปัญหา และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two group post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายอายุ 4 – 6 ปี ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลหทัยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 4 – 6 ปี ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษาตามความสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 4 – 6 ปี ที่มีคำสั่งการรักษาให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่ไม่ใช่ภาวะเร่งด่วน ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการโรคสมาธิสั้น สามารถเข้าใจและฟังภาษาไทยรู้เรื่อง ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ไข้สูง ซึมลง และได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายไม่ครบทุกขั้นตอนตามโปรแกรม

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การเปิดตารางของ โพลิต (Polit, 2014) ขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว กำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ .90 ค่าอำนาจการทดสอบ .80 ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน และโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ และประสบการณ์การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย รวมจำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียนของ ธัญวรรณ คุตมาสุนย์, วิภา จีระแพทย์, และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (Khuttamasoon, Jirapeat, & Ua-Kit, 2015) โดยเป็นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) ใน 3 สถานการณ์ คือ 1) ก่อนแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย (ขณะเด็กนอนรอเตียง ขณะพยาบาลขอให้เด็กยื่นแขนเพื่อหาเส้น ขณะที่พยาบาลรัดสายยางเหนือเส้นเลือด และขณะเช็ดทำความสะอาดบริเวณที่เจาะเลือด) 2) ขณะแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย (ขณะแทงเข็มผ่านชั้นผิวหนัง ขณะติดพลาสติก และขณะตามมือหรือแขน) และ 3) ภายหลังคาสายสวนหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย (ระยะเวลาในการสังเกต 60 นาที) เป็นลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (check list) การคิดคะแนนได้จากการสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างในช่วงสิ้นสุดแต่ละสถานการณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือให้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่ม



ตัวอย่างมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการให้ความร่วมมือให้ 1 คะแนน โดยมีช่วงคะแนน 0 – 34 คะแนน

การแปลผลแบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจาก
คะแนนรวมที่ได้ ถ้าคะแนนรวมมีค่าสูงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทาง
หลอดเลือดดำส่วนปลายสูง ถ้าคะแนนที่ได้มีค่าต่ำ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับ
สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายต่ำ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI)
เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ 0.97

ชุดที่ 2 โปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริม
พฤติกรรมความร่วมมือในเด็กของ ฟิลดิง และ ดัฟฟ์ (Fielding & Duff, 1999) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การให้
ความรู้ ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง “เมื่อหนูได้รับน้ำเกลือ” 2) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความ
ร่วมมือ และ 3) การกำกับตนเอง

โปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง
จุดประสงค์กับเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เด็ก 2 คน และพยาบาลประจำการผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 คน
และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง จำนวน 10 คน พบว่ามีไม่มีการปรับปรุงแก้ไขจึงนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม และได้รับ
ความเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนาการวิจัยและตำแหน่งวิชาการ สำนักงานวิจัย มหาวิทยาลัยนานาชาติ
เอเชีย-แปซิฟิก ตามหนังสือรับรองเลขที่ 03/2561 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ภายหลังได้รับ
อนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง เพื่ออธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจง
ให้ทราบถึงกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการ
ให้บริการที่ได้รับแต่อย่างใด และหากพบความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจะหยุดทำการทดลองทันที และให้การ
พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถาม แล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมการให้
ความร่วมมือในการวิจัย (inform consent) ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยใน
ภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างวิจัยเป็นรายบุคคล
และจะทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตและขอ
ใช้สถานที่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ติดต่อประสานงานพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัย

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ใน
การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างน้อย 3 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการทำงานวิจัย และสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยสามารถเก็บ
ข้อมูลได้ในเวลาที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มีหน้าที่เตรียมผู้ป่วยเด็กโดยใช้โปรแกรมการให้สารละลายทาง
หลอดเลือดดำส่วนปลาย และประเมินพฤติกรรมความร่วมมือแบบรายบุคคล โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความ
ร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งเป็นการสังเกตแบบไม่มี
ส่วนร่วม (non-participant observation) ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยฝึกปฏิบัติการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม



พร้อมทั้งให้ฝึกการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำของเด็กวัยก่อนเรียน (try out) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง จำนวน 10 คน จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยออกแบบให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 20 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายให้กับกลุ่มควบคุมทุกคน เพื่อให้ได้รับการปฏิบัติจากผู้วิจัยอย่างเท่าเทียมกัน และได้รื้อให้กลุ่มควบคุมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งหมด จึงเริ่มทำการศึกษาในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contamination) ของกิจกรรมการทดลองกับการพยาบาลตามปกติ ที่อาจทำให้เกิดการถ่ายทอดของข้อมูลจากกลุ่มควบคุมไปสู่กลุ่มทดลอง ซึ่งอาจมีผลต่อความตรงภายในของการทดลองได้ อีกทั้งหวั่นพวนมีลักษณะเป็นห้องเดียวกันจึงทำให้ไม่มีการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง โดยจัดสิ่งแวดล้อมในการให้สารละลายทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเหมือนกัน สถานที่ในการให้สารละลายคือห้องทำหัตถการ ผู้ปกครองอยู่ด้วยขณะกลุ่มตัวอย่างได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการทดลอง

ในขั้นการทดลองนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มจากการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยพอสังเขป

สำหรับกลุ่มควบคุม เมื่อมีคำสั่งการรักษาให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจากแพทย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมก่อนการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยพยาบาลอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเข้าใจถึงประโยชน์และความจำเป็นในการได้รับสารละลาย และการป้องกันการเลื่อนหลุดของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย พร้อมทั้งพูดปลอบประโลมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ

สำหรับกลุ่มทดลอง เมื่อมีคำสั่งการรักษาให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจากแพทย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมโดยใช้โปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือ 1) การให้ความรู้ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง “เมื่อหนูได้รับน้ำเกลือ” ระยะเวลา 5 นาที โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการได้รับสารละลาย สถานการณ์เมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับสารละลาย และการปฏิบัติตัวภายหลังการใส่สายสวนหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย 2) ภายหลังเสร็จสิ้นการให้ความรู้ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน ได้ทำการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือ (ประมาณ 10 นาที) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงบทบาทสมมติ (role play) ตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการ์ตูนแอนิเมชัน เป็นพยาบาลผู้ให้สารละลาย ตักตักเป็นเด็กที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ให้การดูแลตักตักภายหลังการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแทงหลอดเลือดดำซ้ำ โดยใช้อุปกรณ์จริงในการให้สารละลาย มีการเสริมแรงโดยการให้ของรางวัลและกล่าวชมเชย และ 3) ให้กลุ่มตัวอย่างได้รู้จักการกำกับตนเอง (ประมาณ 10 นาที) โดยการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการคิดวางแผน การคิดแก้ปัญหา และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม จากการเล่นบทบาทสมมติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยใช้อุปกรณ์จริงในการให้สารละลาย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยไม่ต้องโดนแทงหลอดเลือดดำส่วนปลายซ้ำ และแสดงพฤติกรรมขณะใส่สายสวนหลอดเลือดดำไว้เพื่อไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุดนาน 5 นาที โปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 25 นาที



ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมความร่วมมือโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน ใน 3 สถานการณ์ คือ ก่อนแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย ขณะแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย และภายหลังแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย (ระยะเวลาในการสังเกต 60 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent sample t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และระหว่าง 3 สถานการณ์ คือ ก่อนแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย ขณะแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย และภายหลังแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 24 คน (ร้อยละ 60) ในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 4.95 ปี ($SD = .887$) และประสบการณ์การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 8 คน (คิดเป็นร้อยละ 40) สำหรับกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 4.80 ปี ($SD = .897$) และประสบการณ์การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปี จำนวน 12 คน (คิดเป็นร้อยละ 60) เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการทดสอบสถิติ พบว่า อายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(38) = .533, p = .597$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
อายุ	4.95	.887	4.80	.897	.533	.597

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 31.10, SD = 4.518$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 24.95, SD = 11.723$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(38) = 2.189, p = .038$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย		t	p-value
	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง	31.10	4.518	2.189	.038*
กลุ่มควบคุม	24.95	11.723		

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน จำแนกตามสถานการณ์ พบว่า ก่อนแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(38) = 1.692, p = .102$) แต่คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในขณะแทงหลอดเลือดเพื่อให้สารละลาย ($t(38) = 2.82, p = .010$) และภายหลังคาสายสวนหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย ($t(38) = 2.795, p = .012$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใน 3 สถานการณ์

พฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนแทงหลอดเลือดดำ	14.00	3.403	10.95	7.309	1.692	.102
ขณะแทงหลอดเลือดดำ	11.15	1.387	8.50	3.967	2.820	.010*
ภายหลังคาสายสวนหลอดเลือดดำ	6.00	.000	5.35	1.040	2.795	.012*

การอภิปรายผล

จากการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตามแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในเด็กของ ฟิลดิง และ ดัฟฟ์ (Fielding & Duff, 1999) ทั้ง 3 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1.1. การได้รับความรู้ โดยผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชั่น เรื่อง “เมื่อหนูได้รับน้ำเกลือ” ซึ่งให้ความรู้เกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการได้รับสารละลาย สถานการณ์ที่เด็กจะต้องพบเมื่อได้รับสารละลาย และการปฏิบัติตัวภายหลังคาสายสวนหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลายผ่านการ์ตูนภาพเคลื่อนไหว ที่มีสีสันสดใส บรรยายด้วยภาษาที่เด็กวัยก่อนเรียนเข้าใจง่าย มีเสียงและดนตรีประกอบที่เร้าความสนใจ สามารถกระตุ้นและดึงดูดให้เด็กวัยก่อนเรียนมีความตั้งใจในการรับชม และสนใจเนื้อหาในเรื่องที่น่าเสนอ (Rongmuang et al., 2014) เด็กวัย



ก่อนเรียนจึงได้รับทั้งความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง พร้อมความสนุกสนานผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน ประกอบกับตามพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน อยู่ในพัฒนาการขั้นก่อนปฏิบัติการ (preoperational phase) เด็กวัยนี้จะรับรู้และเข้าใจตามสิ่งที่ได้เห็น (Hockenberry et al., 2019) จึงทำให้เด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เกิดกระบวนการรับรู้ จดจำ และปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน

1.2. การได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือ เด็กวัยก่อนเรียนได้รับความรู้จากสื่อการ์ตูนแอนิเมชันมาใช้ในการประกอบความคิด มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างเด็กวัยก่อนเรียน และพยาบาลเพื่อการได้รับสารละลาย ประกอบกับเด็กวัยนี้มีจินตนาการสูง ชอบเล่นบทบาทสมมติ (role play) โดยการเล่นบทบาทสมมติทางการแพทย์ ได้สัมผัสอุปกรณ์จริงในการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ช่วยให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดการรับรู้และเข้าใจในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ได้แสดงออกถึงความรู้สึกละแวมณ์ เกิดความรู้สึกละแวมณ์คลาย เกิดการพัฒนาทักษะในการเผชิญสถานการณ์ การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา (Rueangworaboon & Prabmeechai, 2016; Pavarojkit, Chandarasiri, & Buathong, 2019) อีกทั้งการเสริมแรงโดยการให้ของรางวัล และคำพูดชมเชย ช่วยจูงใจให้เด็กวัยก่อนเรียนปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้สำเร็จ

1.3. การกำกับพฤติกรรมของตนเอง เป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในเด็ก โดยเด็กวัยก่อนเรียนได้สังเกตพฤติกรรมของตนเอง ขณะเล่นบทบาทสมมติเมื่อได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ทั้งในสถานการณ์ก่อนและขณะได้รับสารละลาย ตลอดจนภายหลังได้รับสารละลาย ได้ฝึกการควบคุมตนเองเมื่อต้องคาสายสวนหลอดเลือดดำ ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดกระบวนการคิด ตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อจูงใจตนเองไม่ให้โดนแทงหลอดเลือดดำซ้ำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์จริงเมื่อต้องได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สอดคล้องกับ แซนเดอร์ส, เทิร์นเนอร์, และเมตซ์เลอร์ (Sanders, Turner, & Metzler, 2019) ที่กล่าวว่า การให้โอกาสเด็กในการเพิ่มขีดความสามารถเพื่อควบคุมตนเอง เป็นทักษะที่สำคัญที่ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้การตั้งเป้าหมาย การตรวจสอบตนเอง การประเมินตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมความคิดความรู้สึก ส่งผลให้เด็กได้เกิดการแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างอิสระ

การศึกษาครั้งนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน มากกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการเตรียมผู้ป่วยเด็กก่อนการทำหัตถการ ที่พบว่าสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในเด็กวัยก่อนเรียนได้ (Choosrijun & Chaiyawat, 2018; Lim, Kim, & Lee, 2013; Szeszak et al., 2016) ในขณะที่เด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายต่ำกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากการให้ข้อมูลก่อนการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ยังเป็นการให้ข้อมูลที่ไม่มีแบบแผนชัดเจน ไม่ดึงดูดความสนใจของเด็กวัยก่อนเรียน และจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มควบคุมมีประสบการณ์การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปี ซึ่งมีระยะเวลาเวลานานกว่ากลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในระยะเวลา 6 เดือน จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือของเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มควบคุม

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ก่อนแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย ขณะแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย และภายหลังคาสายสวนหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเป็นเพราะก่อนแทง



หลอดเลือดดำ เป็นสถานการณ์ที่เด็กวัยก่อนเรียนมีผู้ปกครองอยู่ด้วยขณะทำหัตถการและคอยพูดปลอบประโลม จึงส่งผลให้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในสถานการณ์ก่อนแทงหลอดเลือดดำที่ไม่แตกต่างกัน แต่ในขณะแทงหลอดเลือดดำและภายหลังคาสายสวนหลอดเลือดดำเพื่อให้สารละลาย กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ได้มีการเตรียมความพร้อมของเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อเจอสถานการณ์ต่อไป การได้เล่นบทบาทสมมติ และการได้สัมผัสอุปกรณ์การแพทย์จริง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญภา เพ็ชรเล็ก, โสพิต สุวรรณเวลา, และ พีรวิญญ์ สุวรรณเวลา (Petchlek, Suwanvala, & Suwanvala, 2021) ที่พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนที่ได้สัมผัสอุปกรณ์การแพทย์จริงก่อนการได้รับหัตถการ ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนได้รับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้ความกลัวลดลง จึงส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน เกิดขึ้นได้จากการได้รับความรู้ที่เหมาะสมตามพัฒนาการ และการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือ เพื่อจูงใจให้เด็กวัยก่อนเรียนปฏิบัติตามเป้าหมายในการป้องกันการเลื่อนหลุดของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตลอดจนการกำกับตนเองของเด็กวัยก่อนเรียน ที่สามารถคาสายสวนหลอดเลือดดำไว้ได้นานที่สุด โดยไม่ต้องโดนแทงหลอดเลือดดำซ้ำ ดังนั้นการนำแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในเด็กของ ฟิลดิง และ ดัฟฟ์ (Fielding & Duff, 1999) ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือ และ 3) การกำกับตนเอง จึงส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย มีพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายสูงกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพสามารถนำโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายไปใช้ในการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่ต้องได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเด็กได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trial) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของเด็กวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด
3. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เลือกตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษาตามความสะดวก (convenience sampling) จากคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงของประชากรที่ศึกษาในภาพรวมได้



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิกที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ
โรงพยาบาลที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วม
โครงการวิจัยในครั้งนี้

References

- Choosrijun, W., & Chaiyawat, W. (2018). Effects of aerosol spray cooperation promoting program on aerosol spray cooperation of preschool patients with acute respiratory infection. *Journal of Police Nurses, 10*(2), 233-243. (in Thai)
- da Silva, J. R. S., Pizzoli, L. M. L., do Prado Amorim, A. R., Pinheiros, F. T., Romanini, G. C., da Silva, J. G., ... Alves, S. S. (2016). Using therapeutic toys to facilitate venipuncture procedure in preschool children. *Pediatric Nursing, 42*(2), 61-68.
- Fielding, D., & Duff, A. (1999). Compliance with treatment protocols: Interventions for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood, 80*, 196-200.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M. S., & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management, 4*(1), 269-286. doi: 10.2147/TCRM.S1458
- Khamenkan, K. (2012). Intravenous cannulation procedure in pediatric patients: Nursing strategies to success. *Journal of Nursing Science and Health, 35*(2), 131-139. (in Thai)
- Khungtumneam, K. (2014). The strategies for promoting illness pre-school age development during hospitalization. *HCU Journal, 17*(34), 155-167. (in Thai)
- Khuttamasoon, T., Jirapeat, V., & Ua-Kit, N. (2015). The effect of pediatric patient preparation combined with computer-assisted instruction program on compliance behavior in peripheral intravenous infusion among school-age children. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 16*(1), 70-77. (in Thai)
- Lim, S. H., Kim, M. J., & Lee, M. J. (2013). Use of animated cartoons with children's songs to increase compliance with ultrasonography in young children. *Yonsei Medical Journal, 54*(6), 1533-1537. doi: 10.3349/ymj.2013.54.6.1533
- Molu, B., & Açıkgoz, A. (2022). A randomized controlled study: The effect of preprocedurals informative animation watch about echocardiography and intraprocedural kaleidoscope watch on anxiety in children. *Japan Journal of Nursing Science, 19*(2), e12468. doi: 10.1111/jjns.12468
- Ouzouni, A., Galli-Tsinopoulou, A., Kyriakos Kazakos, M. D., & Maria Lavdaniti, R. N. (2019). Adolescents with diabetes type 1: Psychological and behavioral problems and compliance with treatment. *International Journal of Caring Sciences, 12*(2), 1298-1304.



- Pavarojkit, P., Chandarasiri, P., & Buathong, N. (2019). Therapeutic play for children coping with stress underwent venipuncture at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(4), 323-335. (in Thai)
- Petchlek, P., Suwanvala, S., & Suwanvala, P. (2021). Effects of a storytelling program with a three-dimensional book on preschool children's fear of receiving aerosol therapy. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 41-52. (in Thai)
- Polit, D. F. (2014). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Harlow, England: Pearson.
- Purachakueng, S., Tripanom, N., Kiatchoosakun, P., Taksaphan, S., & Jirapradittha, J. (2012). Practice guideline for prevention of intravenous leakage. In V. Jirapaet, & K. Jirapaet (Eds.), *Patient safety management concepts, process and clinical practice guideline*. Bangkok: Darnsutha Press. (in Thai)
- Rongmuang, D., Narkchuttri, C., Rodsri, P., Meesri, S., Klubchum, W., Thongsuk, W., ... Samerpark, S. (2014). Using two-dimension cartoon animation in order to prevent the "hand, foot and mouth disease" (HFMD) among pre-school children: Knowledge for practice in preventing HFDM. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 1(1), 29-41. (in Thai)
- Rueangworaboon, S., & Prabmeechai, S. (2016). The effect of role play with the invented doll on fear from intravenous fluid Infusion in pre-school children. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 144-154. (in Thai)
- Sanders, M. R., Turner, K. M., & Metzler, C. W. (2019). Applying self-regulation principles in the delivery of parenting interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(1), 24-42. doi: 10.1007/s10567-019-00287-z
- Supsung, A., Khunkaew, S., & Udomlerd, M. (2017). Managing fear needle pain in children: Nursing practice in pediatric care. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18 (suppl.2), 25-31. (in Thai)
- Szeszak, S., Man, R., Love, A., Langmack, G., Wharrad, H., & Dineen, R. A. (2016). Animated educational video to prepare children for MRI without sedation: Evaluation of the appeal and value. *Pediatric Radiology*, 46(12), 1744-1750.



Factors Influencing Daily Foot Care Behaviors Among Diabetic Persons with Peripheral Neuropathy in a Community*

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน*

ณัฐสุดา คติชอบ** Natsuda Khatichop**
 พนิดา จันทโสภิษฐ์*** Phanida Juntasopeepun***
 วราภรณ์ บุญเชียง**** Waraporn Boonchiang****

Abstract

Peripheral neuropathy is considered a risk factor for diabetic foot ulcers. The practice of daily foot care behavior depends on several individual and family factors. This predictive correlational research used the Becker and Rosenstock Health Belief Model. The objectives of the study were to 1) examine daily foot care behaviors of persons with diabetic peripheral neuropathy; 2) determine the relationship between perceived susceptibility to foot amputation, perceived seriousness of foot amputation, perceived benefits of foot care practice, perceived barriers to foot care practice, awareness of diabetic peripheral neuropathy, receiving recommendations from healthcare providers, knowledge about foot care practice, level of diabetic peripheral neuropathy, perceived self-efficacy, family support, and daily foot care behaviors; and 3) identify factors influencing daily foot care behaviors among persons with diabetic peripheral neuropathy. One hundred and eighteen persons with diabetic peripheral neuropathy were recruited from an outpatient clinic at Saraphi Hospital. Research instruments consisted of general information, the Daily Foot Care Behavior Scale, knowledge about foot care practice, the Diabetic Foot Ulcer Health Belief Scale, the Foot Care Confidence Scale, and the Family Support Scale. The content validity was evaluated by a panel of experts; content validity indices ranged from 0.81-1.00, and internal consistency coefficients ranged from 0.81-0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rho correlation, and the Mann-Whitney U test, including logistic regression.

The study results revealed the following:

1. The practice of daily foot care behaviors among participants was relatively high, ranging from 13 to 36 ($\bar{X}$ = 29.72, SD = 4.50).
2. Perceived susceptibility to foot amputation, perceived barriers to foot care practice, knowledge about foot care practice, perceived self-efficacy, and family support were slightly correlated with daily foot care behaviors. (r = 0.243, p < 0.01; r = -0.249, p < 0.01; r = 0.193, p < 0.05; r = 0.289, p < 0.01, and r = 0.191, p < 0.05, respectively). Also, receiving or not receiving foot care recommendations from health care providers affected daily foot care behaviors differently (U = 846, p < 0.05).
3. Receiving recommendations from healthcare providers and perceived susceptibility to foot amputation were found to be significantly associated with daily foot care behaviors (OR = 6.57, 95% CI = 2.19 - 19.74 and OR = 2.06, 95% CI = 1.14 - 3.72, respectively).

The results from this study can provide guidelines for health care providers, including local and national healthcare policymakers, to design healthcare services to promote the practice of daily foot care behaviors for persons with diabetic peripheral neuropathy in the community setting.

Key words: Diabetes mellitus; Peripheral neuropathy; Daily foot care behaviors; Health belief model

* 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: sodazporz@gmail.com

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

**** Associate Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Received 30 January 2017; Revised 1 March 2017; Accepted 21 March 2017



บทคัดย่อ

ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายที่เท้าเสื่อมในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลที่เท้า การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านครอบครัว การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ และ โรเซนสต็อก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า การรับรู้ความรุนแรงในการถูกตัดเท้า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลเท้า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า ความตระหนักของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน ความรู้เรื่องการดูแลเท้า ระดับของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน และ 3) อำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมของปัจจัยดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ที่เป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสารภี จำนวน 118 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเท้า แบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลเท้าด้วยตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.81 - 1.00 และมีความสอดคล้องภายในของเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.81 - 0.90 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Spearman's rho correlation สถิติ Mann - Whitney U test และสถิติ logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมค่อนข้างสูงอยู่ระหว่าง 13 - 36 ($\bar{X}$ = 29.72, SD = 4.50)
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.243, p < 0.01; r = -0.249, p < 0.01; r = 0.193, p < 0.05; r = 0.289, p < 0.01; r = 0.191, p < 0.05 ตามลำดับ) นอกจากนี้การได้รับหรือไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชนมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U = 846, p < 0.05)
3. การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้าสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมได้ (OR = 6.57, 95% CI = 2.19 - 19.74) และ (OR = 2.06, 95% CI = 1.14 - 3.72) ตามลำดับ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายสาธารณสุขทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติในการออกแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมที่เท้าเสื่อมในชุมชน

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม พฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เท้าเบาหวานเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า (American Diabetes Association, 2015) สำหรับประเทศไทยพบความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายมากที่สุด ได้แก่ เท้าแห้ง รอยแตกที่เท้า และ เส้นประสาทรับความรู้สึกเสื่อมที่ประเมินด้วยโมโนฟิลาเมนต์ คิดเป็นร้อยละ 60.20 และ 19.2 ตามลำดับ (Kosachunhanun, Tongprasert, Rerkasem, 2012) ส่วนโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ พบ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมร้อยละ 34 (Nitiyanant, Cheethakul, Sang-A-kad, Therakiatkumjorn, Kunsuikmengrai, & Yeo, 2007) และในหน่วยบริการปฐมภูมิ 37 แห่ง ร้อยละ 75.3 (Tantisiriwat & Janchai, 2008) จากสถิติดังกล่าวเห็นว่าภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลที่เท้ามากที่สุด หากดูแลเท้าไม่ถูกต้องทำให้แผลที่เท้า ติดเชื้อ และอาจถูกตัดเท้าตามมาได้ ดังนั้นการดูแลเท้าสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมควรมีพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันอย่างถูกต้อง ประกอบด้วย การทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้า การดูแลผิวหนังที่เท้า และการสวมรองเท้าและถุงเท้า งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่เห็นความสำคัญโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมมีการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง เช่น การทำความสะอาดเท้า ดูแลเท้าตามความเคยชิน และไม่สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ปัญหาอุปสรรคทางด้านร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุก็ตรวจเท้าด้วยตนเองมีความลำบาก เป็นต้น (Booranathai, 2010) และไม่ทาครีมหรือโลชั่นเนื่องจากสภาพภูมิอากาศมีลักษณะร้อน (Jun-In, 2015; Namvongprom, 2012) หากไม่ดูแลเท้าเป็นประจำทุกวันจะทำให้เกิดแผลที่เท้า และมีผลกระทบต่าง ๆ ตามมา

ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเป็นโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโดย เบคเกอร์ (Becker, 1974) และ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ต่อมา โรเซนสต็อก, สเตรชเชอร์, และ เบ็คเกอร์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ได้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเข้าไปในแบบจำลอง จากการรวบรวมงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งชักนำการรับรู้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย สิ่งชักนำภายในคือความตระหนักว่าตนเองมีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม และสิ่งชักนำภายนอกคือการได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรทางสุขภาพ ปัจจัยร่วมคือความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง และระดับของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน นอกจากนี้แนวคิดแบบแผนทางด้านสุขภาพอย่างเดียวยังไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลเท้าได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมอาศัยอยู่ที่บ้าน ครอบครัวถือได้ว่ามีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลเท้า บุคคลกลุ่มนี้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในต่างประเทศได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาล (Chin, Huang, & Hsu, 2013) และสำหรับประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในบริบทชุมชน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่อยู่ในชุมชนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้



ปกติ คิดว่าตนเองไม่มีภาวะแทรกซ้อนทำให้คิดว่าการดูแลเท้ายังไม่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันและไม่ให้ความสำคัญในการดูแลเท้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้บุคคลเหล่านี้ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า การรับรู้ความรุนแรงในการถูกตัดเท้า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลเท้า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า ความตระหนักของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน ความรู้เรื่องการดูแลเท้า ระดับของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า และ การสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชนของปัจจัยที่ศึกษาดังกล่าวข้างต้น

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) และ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) และปัจจัยด้านครอบครัวเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน โดยมีตัวแปรต้นประกอบด้วย (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า (2) การรับรู้ความรุนแรงในการถูกตัดเท้า (3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลเท้า (4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า (5) ความตระหนักของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (6) การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน (7) ความรู้เรื่องการดูแลเท้า (8) ระดับของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (9) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าและ (10) การสนับสนุนจากครอบครัว และ ตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้า การดูแลผิวหนังที่เท้า และการสวมรองเท้าและถุงเท้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมมีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนอำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยภูมิ และมีชื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลสรรคบุรี เกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (3) มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าระดับ 2 และ 3 ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลและป้องกันผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ปี 2556 (4) สื่อสารภาษาไทย และ(5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย



การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบความถดถอยสหสัมพันธ์เชิงซ้อนของ โคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง เท่ากับ 0.15 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และค่ากำลังทดสอบ เท่ากับ 0.80 ได้จำนวนตัวอย่าง เท่ากับ 118 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน แล้วแบ่งกลุ่มเสี่ยงระดับ 2 และ 3 กลุ่มละ 59 คน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ระดับของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ความตระหนักของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม และการได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ชิน และ หวง (Chin & Huang, 2013)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า ใช้แบบสอบถามของ อารยา ตระกูลการ (Trakulkarn, 2012)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเท้า ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ชิน และคณะ (Chin et al., 2013)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลเท้าด้วยตนเอง ใช้แบบสอบถามของ สโลน (Sloan, 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรารมย์ กาญจนสมุทร, ปราณิต เพ็ญศรี, ประวิตร เจนวรธนะกุล, และ สมนึก กุลสถิตพร (Kanchanasamut, Pensri, Janwantanakul, & Gulsatitporn, 2014)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ นวลอนงค์ ศรีสุกไสย (Srisuksai, 2013)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดังนี้ ส่วนที่ 1 ใช้แบบ face validity ส่วนที่ 2 และ 4 ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.93 และ 0.95 ตามลำดับ ในส่วนที่ 3, 5 และ 6 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้วจึงไม่ทดสอบซ้ำ หลังจากนั้นหาความเชื่อมั่นโดย นำไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในส่วนที่ 2, 4, 5 และ 6 ใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ส่วนที่ 2 ได้เท่ากับ 0.83 ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า ได้เท่ากับ 0.81 ด้านการรับรู้ความรุนแรงในการถูกตัดเท้า ได้เท่ากับ 0.80 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลเท้า ได้เท่ากับ 0.90 และ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า ได้เท่ากับ 0.80 ส่วนที่ 5 ได้เท่ากับ 0.80 และ ส่วนที่ 6 ได้เท่ากับ 0.86 สำหรับส่วนที่ 3 ใช้สูตร Kruder – Richardson (KR – 20) ได้เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัย ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายรายละเอียดงานวิจัย และสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการพยาบาลแต่อย่างใด และข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมและไม่เปิดเผย ชื่อ-สกุล ที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี ขออนุญาตรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง สํารวจรายชื่อหลังจากนั้นคัดเลือกเกณฑ์และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย และติดตามไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจนครบ และตรวจสอบ



ความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมการคำนวณสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณของตัวแปรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร ทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน และระดับของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน และทดสอบด้วยค่า Spearman's rho correlation ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า การรับรู้ความรุนแรงในการถูกตัดเท้า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลเท้า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

3. อำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติ multiple logistic regression

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 60.52 ปี และสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 65.30 และ 34.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.8 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.8 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ในขณะที่ประมาณร้อยละ 24 ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 49.20 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21.2 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 38.9) รองลงมา คือ ญาติหรือพี่น้อง (ร้อยละ 13) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 8,016 บาทต่อเดือน และข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.2 สวมรองเท้าแตะมากกว่ารองเท้าหุ้มส้น กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีประวัติการเกิดแผลที่เท้า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.1) เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน ดังนี้ พยาบาล แพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 64.4, 27.1 และ 22 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.2 ทราบว่าตนเองมีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 12 ปี

พฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน

พฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 13-36 ($\bar{x}$ = 29.72, SD = 4.50) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.243, p < 0.01$; $r = -0.249, p < 0.01$; $r = 0.193, p < 0.05$; $r = 0.289, p < 0.01$; $r = 0.191, p < 0.05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1 และคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มที่ไม่เคยและกลุ่มที่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 846, p < 0.05$) ดังตารางที่ 2



Factors Influencing Daily Foot Care Behaviors Among Diabetic Persons
with Peripheral Neuropathy in a Community
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน (n = 118)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า	0.243	0.008**
2. การรับรู้ความรุนแรงในการถูกตัดเท้า	0.160	0.084
3. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลเท้า	0.500	0.593
4. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า	- 0.249	0.006**
5. ความรู้เรื่องการดูแลเท้า	0.193	0.036*
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า	0.289	0.001**
7. การสนับสนุนจากครอบครัว	0.191	0.038*

* p < 0.05, ** p < 0.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันกับปัจจัยที่ศึกษา (n = 118)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน				U	p-value
	จำนวน	$\bar{x}$	SD	Mean rank		
1. ความตระหนักของภาวะ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม					1,529.00	0.281
ไม่ทราบ	54	29.35	4.44	45.33		
ทราบ	64	30.03	4.56	63.70		
2. การได้รับคำแนะนำเรื่องการ ดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพใน ชุมชน					846	0.014*
ไม่เคย	27	27.63	5.31	55.81		
เคย	91	30.34	4.06	62.61		
3. ระดับของภาวะเส้น ประสาทส่วนปลายเสื่อม					1,544	0.288
กลุ่มเสี่ยงระดับ 2	59	30.00	4.64	62.83		
กลุ่มเสี่ยงระดับ 3	59	29.44	4.38	56.17		

* p < .05

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวแปรต้นทั้งหมดที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 38.2 (Nagelkerke's $R^2 = 0.382$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 36.95$, $p < 0.05$, $df = 10$) การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้าสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชนจะมีพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำเป็น 6.57 เท่า (95% CI = 2.19 -19.74) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้าสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้าเป็น



2.06 เท่า (95% CI = 1.14 - 3.72) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ logistic regression ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน (n = 118)

ปัจจัย	OR (95% CI)	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า	2.06 (1.14-3.72)	0.017*
2. การรับรู้ความรุนแรงในการถูกตัดเท้า	1.00 (0.72-1.41)	0.977
3. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลเท้า	1.10 (0.77-1.54)	0.600
4. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า	0.94 (0.78-1.14)	0.523
5. ความตระหนักของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม	1.98 (0.75-5.23)	0.170
6. การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน	6.57 (2.19-19.74)	0.001*
7. ความรู้เรื่องการดูแลเท้า	1.44 (0.83-2.50)	0.194
8. ระดับของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม	1.59 (0.57-4.38)	0.375
9. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า	1.05 (0.96-1.15)	0.285
10. การสนับสนุนจากครอบครัว	1.12 (0.99-1.26)	0.071

*p < 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันค่อนข้างสูงอยู่ระหว่าง 13 - 36 ($\bar{x}$ = 29.72, S.D. = 4.50) อาจเนื่องมาจาก 1) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานนาน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.47 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 12 ปี ทำให้มีการแสวงหาความรู้ในเรื่องการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะในดูแลเท้าให้มีความเหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของตนเอง 2) การใช้เวลาว่างในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.20) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันมากขึ้น และ 3) การคัดเลือกรวมตัวอย่างจากสถานพยาบาลที่มารับการประเมินเท้าและเป็นกลุ่มที่มารับบริการมาตรวจตามนัดที่คลินิกอย่างต่อเนื่องทำให้ได้รับคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ และโรงพยาบาลสารภีได้มีการพัฒนางานดูแลเท้าอย่างเป็นระบบทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าด้วยตนเองอย่างเหมาะสมได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.243, p < 0.01) อาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงระดับ 2 และ 3 (ร้อยละ 50) ทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการถูกตัดเท้าและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการถูกตัดเท้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (รวมพฤติกรรมด้านการดูแลเท้า) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.437, p < 0.01) (Dehghani -Tafti, Morowatisharifabad, Ardakani, Rezaeipandari, & Lotfi, 2015)



2. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.249, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิน และคณะ (Chin et al., 2013) พบว่า ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลเท้าของกลุ่มที่ดูแลเท้ากับกลุ่มที่ไม่ดูแลเท้าในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.10, p < 0.01$)

3. การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชนของกลุ่มไม่เคยได้รับคำแนะนำ (Mean rank = 45.33) กับกลุ่มเคยได้รับคำแนะนำ (Mean rank = 63.70) มีความแตกต่างกันในพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 846, p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 77.10 เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน บุคคลเหล่านี้ช่วยกระตุ้นให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลเท้ามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิน และคณะ (Chin et al., 2013) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 22.92, p < 0.01$)

4. ความรู้เรื่องการดูแลเท้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.193, p < 0.05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ลี และคณะ (Li et al., 2014) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.27, p < 0.001$)

5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.289, p < 0.01$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำทำให้มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.44, p < 0.001$) (Hamedan, Hamedan, & Torki, 2011)

6. การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.191, p < 0.05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 54.2) และพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 38.90) การได้รับความสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลอนงค์ ศรีสุกไสย (Srisuksai, 2013) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (รวมพฤติกรรมด้านการดูแลเท้า) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.29, p < 0.000$)

การศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงในการถูกตัดเท้าอาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งเคยมีแผลที่เท้าเพียงเล็กน้อยและหายเร็ว ทำให้มีการรับรู้ถึงความรุนแรงในการถูกตัดเท้าน้อย 2) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลเท้า อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้าค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 14.38, SD = 1.71, Min = 7, Max = 16$) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 15 ถึง 16 คะแนน ร้อยละ 56 ซึ่งคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้ามีการกระจายแบบเบ้ซ้าย (skewness = -1.337) อาจทำให้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพในเรื่องประโยชน์ของการดูแลเท้าเหมือนกัน ทำให้มีการรับรู้ประโยชน์ที่ไม่แตกต่างกัน 3) ความตระหนักของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.80) ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม แต่รับรู้ว่าตนเองต้องดูแลตนเองตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพอาจทำให้การปฏิบัติ



พฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และ 4) ระดับของภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม งานวิจัยนี้ร้อยละ 50 เป็นกลุ่มเสี่ยงระดับ 2 ที่ไม่มีประวัติแผลที่เท้าและ ร้อยละ 50 เป็นกลุ่มเสี่ยงระดับ 3 ที่ส่วนใหญ่เคยมีแผลที่เท้าเล็กน้อยแต่ปัจจุบันแผลหายแล้ว ถึงแม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะถูกจัดให้อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ต่างกัน แต่ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันในด้านระดับความรุนแรงของโรคทำให้ทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันที่ไม่แตกต่างกัน

การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันได้สูงสุด อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเท้าจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน ย่อมทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าเป็นประจำทุกวัน เพื่อป้องกันการเกิดแผลและการถูกตัดเท้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิน และคณะ (Chin et al., 2013) ที่พบว่าการได้รับคำแนะนำสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 5.27, 95\% CI = 2.39-11.65, p < 0.001$) และ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้าเป็นปัจจัยตัวที่สองที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันได้ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้าสูงย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าที่สูงด้วย รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงในการเกิดแผลมากกว่าคนอื่น เมื่อมีแผลที่เท้าหากไม่ดูแลเท้าด้วยตนเองเป็นประจำทุกวันอย่างถูกต้องอาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงถูกตัดเท้ามากกว่าคนอื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหมือนมี (Muanmee, 2015) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.168, p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายสาธารณสุขทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติสามารถนำข้อค้นพบไปเป็นแนวทางในการออกแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายที่เท้าเสื่อมในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงทดลองโดยพัฒนาหรือออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน โดยนำสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง

References

- American Diabetes Association. (2015). Standards of medical care in diabetes-2016. *Diabetes Care*, 38(Suppl.1), S58-S66.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Booranathai, N. (2010). *Situational analysis of foot care behavior enhancement among older persons with diabetes mellitus, Srisangworn Sukhothai Hospital* (Unpublished master's thesis) Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Chin, Y. F., & Huang, T. T. (2013). Development and validation of a diabetes foot self-care behavior scale. *Journal of Nursing Research*, 21(1), 19 - 25.



- Chin, Y. F., Huang, T. T., & Hsu, B. R. S. (2013). Impact of action cues, self-efficacy and perceived barriers on daily foot exam practice in type 2 diabetes mellitus patients with peripheral neuropathy. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 61-68.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dehghani -Tafti, A., Morowatisharifabad, M. A., Ardakani, M. A., Rezaeipandari, H., & Lotfi, M. H. (2015). Determinants of self -care in diabetic patients based on health belief model. *Global Journal of Health Science*, 7(5), 33 - 42.
- Hamedan, M. S., Hamedan, M. S., & Torki, Z. S. (2011). Relationship between foot-care self-efficacy beliefs and self-care behaviors in diabetic patients in Iran 2011. *Journal of Diabetes & Metabolism*, 3, 220. doi: 10.4172/2155-6156.1000220
- Jun-In, N. (2015). Foot care bahaviors of older persons with type 2 diabetes. *Ramathibodi Nursing Journal*, 21(2), 19 - 123. (in Thai)
- Kanchanasamut, W., Pensri, P., Janwantanakul, P., & Gulsatitporn, S., (2014). Cross-cultural adaptation of the foot care confidence scale into Thai and relationship between the foot care confidence scale and foot care behavior in people with diabetes. *Chulalongkorn Medical Journal*, 58(4), 395-410.
- Kosachunhanun, N., Tongprasert, S., Rerkasem, K. (2012). Diabetic foot problems in tertiary care diabetic clinic in Thailand. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 11(2), 124-127.
- Li, R., Yuan, L., Guo, X. H., Lou, Q. Q., Zhao, F., Shen, L., ... Sun, Z. L. (2014). The current status of foot self-care knowledge, behaviours, and analysis of influencing factors in patients with type 2 diabetes mellitus in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 266-271. doi: 10.1016/j.ijnss.2014.05.023
- Muanmee, W. (2015). Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among hypertensive patients. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 9(2), 156-165. (in Thai)
- Namvongprom, A. (2012). *Foot care behaviors of persons with type 2 diabetes*. *Journal of Nursing Sciences and Health*, 35(4), 93 - 101. (in Thai)
- Nitiyanant, W., Cheethakul, T., Sang-A-kad, P., Therakiatkumjorn, C., Kunsuikmengrai, K., Yeo, J. P. (2007). A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. *Journal of Medical Association of Thailand*, 90(1), 65-71.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175 - 183.



- Sloan, H. L. (2002). Developing and testing of the foot care confidence scale. *Journal of Nursing Measurement, 10*(3), 207 - 218.
- Srisuksai, N. (2013). Relationship between family function and perceived family support with diabetes self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus in Banpong District, Ratchaburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 23*(1), 60-69.
(in Thai)
- Tantisiriwat, N., & Janchai, S. (2008). Common foot problems in diabetic foot clinic. *Journal of Medical Association of Thailand, 91*(7), 1097 - 1101.
- Trakulkarn, A. (2012). *Effect of foot care program to foot care knowledge and behavior of older persons with diabetes mellitus type 2* (Master's thesis). Khon Kaen University, Thailand.
(in Thai)



The Model Development of a New Normal for Diabetes Mellitus and Hypertensive Clinics to Promote Health Literacy in the Prevention and Control of Coronavirus 2019

การพัฒนารูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กฤตพัทธ์	ฝึกฝน*	Krittapat	Fukfon*
อภิชาติ	ใจใหม่**	Apichart	Chaimai**
ปฐยาวัชร	ปรากฏผล***	Padthayawad	Pragodpol***
อรัญญา	นามวงศ์*	Arunya	Namwong*
เอมอร	แสงศิริ****	Aem-Orn	Saengsiri****
ภัทรพร	เทวอักษร*****	Phattraporn	Thewaaksorn*****

Abstract

This research and development aimed to determine the health literacy (HL) of patients with diabetes mellitus (DM) and hypertension (HT) in relation to the prevention and control of Coronavirus 2019 (COVID-19) and to develop a new normal model of DM and HT clinics to promote HL in COVID-19 prevention and control. The research methodology consisted of 2 phases: Phase 1 - situation analysis; samples were 2,201 DM and HT patients and 20 health personnel; and Phase 2 - the development a new normal DM and HT clinic model to promote HL in COVID-19 prevention and control; samples were 11 specialists. The instruments consisted of a self-assessment questionnaire for COVID-19 HL and semi-structured interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results showed that the samples had HL in COVID-19 prevention and control at moderate levels (mean = 29.98, SD = 10.28). Positive effects were found in terms of improving disease control and increasing family involvement in patient care. Negative effects were reported in terms of inaccessibility to health services, deviation from self-care, symptoms according to COVID infection, and psychological problems. The new normal model for DM and HT clinics to improve HL in COVID-19 prevention and control consists of provision of services, health workers, access to essential treatments and medical equipment, and health information. Patients with poor to moderate HL receive an intensive HL program, close monitoring, and family involvement. Those with higher HL receive informational support and continuous monitoring.

The new normal health service covers all epidemic stages of COVID-19 or emerging diseases to promote infection control in DM and HT patients.

Key words: Diabetes mellitus and hypertension; New normal; Health literacy; Coronavirus 2019; Infection control and prevention

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Chiangrai College; e-mail: Apichart.Chaimai@crc.ac.th

*** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phraputthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**** Registered Nurse, King Chulalongkorn Memorial Hospital

***** Public Health Officer, Department of Health, Ministry of Public Health

Received 30 October 2022; Revised 21 December 2022; Accepted 26 December 2022



บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และพัฒนาแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่ที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 การวิจัยมี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2,201 คน และบุคลากรสุขภาพ 20 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ 11 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในระดับปานกลาง (mean = 29.98, SD = 10.28) โควิด-19 ส่งผลกระทบทางบวก ได้แก่ การควบคุมโรคดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ด้านลบ ได้แก่ การเข้าถึงบริการลดลง การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม มีอาการหลังติดเชื้อ และปัญหาด้านจิตใจ รูปแบบการให้บริการแบบบรรทัดฐานใหม่มีองค์ประกอบสำคัญคือ การออกแบบบริการ ที่มีความสุข การเข้าถึงการรักษาและอุปกรณ์ป้องกัน และสารสนเทศสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยถึงปานกลางจะได้รับการฝึกอบรมและการใช้วิธีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากจะได้รับการสนับสนุนข้อมูลสารสนเทศ และการติดตามต่อเนื่อง

รูปแบบบริการบรรทัดฐานใหม่ครอบคลุมการทำงานในทุกระยะของการระบาดของโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่อื่นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อได้

คำสำคัญ: เบาหวานและความดันโลหิตสูง บรรทัดฐานใหม่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019
การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: Apichart.Chaimai@crc.ac.th

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

***** นักวิชาการสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ถือเป็นภาวะวิกฤตทางสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก แม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มีแนวโน้มที่ลดลงนับตั้งแต่การระบาดในระลอกหลังเดือนมกราคม 2565 เป็นต้นมา แต่ก็ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าจะไม่มีการระบาดซ้ำเกิดขึ้นในประเทศ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรการการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างเข้มงวด (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการติดเชื้อโควิด-19 ดังรายงานที่พบว่าโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน เป็นโรคร่วมที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19 (Richardson et al., 2020; Tin, Vivili, Na'ati, Bertrand, & Kubuabola, 2020)

ประเทศไทยโดยศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ซึ่งส่งผลต่อระบบบริการในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ต้องปรับการให้บริการอย่างฉับพลันเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและสถานการณ์ของโควิด-19 ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเพราะไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองในสถานการณ์ของการระบาดของโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาความรู้เพิ่มเติมผ่านช่องทางอื่น ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีหลากหลายในปัจจุบัน โดยบางส่วนเป็นข้อมูลที่ยังไม่มีการอธิบายความถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ หากผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลต่าง ๆ โดยขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและเพียงพออาจทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินโรคได้ เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคร่วมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Liu, Qian, Chen, & He, 2020) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีอัตราการใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง (Woratanarat, Woratanarat, Wongdontri, & Chenphanitsub, 2015)

ในสถานการณ์ของโควิด-19 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถฝ่าวิกฤตของการระบาดไปได้ ช่วยให้เกิดความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องปลอดภัยจากโควิด-19 ดังนั้น การดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญยิ่งเพราะจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีได้ตามแนวคิดของ ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008; Nutbeam, 2009) ทั้งนี้การจะพัฒนารูปแบบการบริการแบบใหม่เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้นั้น จำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ในการนำมาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคโควิด-19

ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้พัฒนาแนวทางในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งพัฒนาแนวทางให้เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของไทย นั่นคือ “แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ หรือ Six Building Blocks of Health System ประกอบไปด้วยการให้บริการ (service delivery) บุคลากรด้านสุขภาพหรือกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information systems) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (access to essential medicines) ระบบการคลังด้านสุขภาพ (financing) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership and governance) (World Health Organization, 2010) โดยในการศึกษาครั้งนี้เน้นองค์ประกอบสำคัญ 4 องค์ประกอบแรก เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินการในสถานการณ์เร่งด่วนของโควิด-19 ที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้าน



สุขภาพมากกว่าการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพของการบริการผู้ป่วยเรื้อรังทั้งระบบ โดยการออกแบบบริการร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทีมสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนในการปรับรูปแบบบริการบรรทัดฐานใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับวิธีการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ที่ถูกต้อง ตลอดจนเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลในการจัดการตนเองและภาวะสุขภาพขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID-19 และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนสถานบริการสุขภาพได้พัฒนาความพร้อมในด้านสิ่งแวดล้อมของสถานที่สามารถรองรับและจัดการปัญหาได้หากเกิดการแพร่ระบาดของ COVID-19 รวมถึงช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทั้งในสถานบริการและช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อเป็นต้นแบบของการพัฒนาคลินิกการจัดการโรคเรื้อรังของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วย และคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่มีต่อผู้ป่วยและการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่ที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ ดอน นัทบีม ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (self - management skill) และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008; Nutbeam, 2009) ร่วมกับกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ได้แก่ 1) การบริการสุขภาพ (service delivery) 2) กำลังคนสุขภาพ (health workforce) 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information system) 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์และการดูแลที่จำเป็น (access to essential medicines and care) 5) การคลังด้านสุขภาพ (financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership and governance) (World Health Organization, 2010) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เพียง 4 แนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการส่งเสริมความรอบรู้ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วยแนวคิดด้าน 1) งานบริการสุขภาพ 2) กำลังคนสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ และ 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์และการดูแลที่จำเป็น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 และผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่มีต่อผู้ป่วยและการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและ



ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บรรทัดฐานใหม่ที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ใน 10 จังหวัดที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 สูง และ 2 จังหวัดที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ต่ำสุดของไทย ณ วันที่ 17 เมษายน 2564 และ 2) บุคลากรสุขภาพคลินิกโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลในข้อที่ 1

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณของ แดเนียล (Daniel, 1999) คือ $n = [Z^2 P(1-P)] / d^2$ โดยใช้ค่าสัดส่วนของประชากรผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ของ วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า (Aekplakorn, Puckcharern, Thaikla, & Satheannoppakao, 2014) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่า $Z = 1.96 \approx 2$ ค่าความคลาดเคลื่อน (d) ร้อยละ 2 = 0.02 สำหรับสัดส่วน (P) ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.9 ($P = 0.089$) และความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 24.7 ($P=0.247$) ขนาดกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวาน $n = [2^2 \times 0.089 (1-0.089)] / (0.02)^2 = 810.79 \approx 811$ คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูง $n = [2^2 \times 0.247 (1-0.247)] / (0.02)^2 = 1,859.91 \approx 1,860$ คน รวมเท่ากับ 2,671 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถเข้าใจการสื่อสารด้วยการใช้ภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งอาจจะเป็น รพศ.หรือ รพท. จังหวัดละ 1 แห่ง และทำการคัดเลือก รพช. เพียง 1 แห่งโดยการสุ่มอย่างง่าย รวมจังหวัดละ 2 โรงพยาบาล ส่วนในกรุงเทพมหานครสุ่มเลือกโรงพยาบาลจากทุกสังกัดของหน่วยงานรัฐบาลเพียง 1 แห่ง ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างจาก 23 โรงพยาบาลเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ รพ.มหาวิทยาลัย/รพศ. 7 แห่ง รพท. 6 แห่ง และ รพช. 10 แห่ง

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และที่เกี่ยวข้องของ 23 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 36 คน

ระยะที่ 2 ศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง 2 คน นักระบาดวิทยา 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และผู้บริหารสาธารณสุข 1 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 จำนวนทั้งสิ้น 41 ข้อ จำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ 6 ข้อ ความเข้าใจข้อมูลและบริการทางสุขภาพ 10 ข้อ การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ 8 ข้อ การจัดการตนเอง 6 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 6 ข้อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 5 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ได้แก่ ไม่ได้ทำ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ยาก ทำได้ยาก และยากมากทำไม่ได้ ซึ่งสะท้อนระดับความยากง่ายในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญให้ผู้ป่วย



ปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID-19 หากกลุ่มตัวอย่างตอบ ไม่ได้ทำ ทำได้ยาก หรือยากมากทำไม่ได้จะได้ 0 คะแนน หากกลุ่มตัวอย่างตอบ ทำได้ง่าย หรือทำได้ง่ายมากจะได้ 1 คะแนน จำนวน 41 ข้อ คะแนนเต็ม 41 คะแนน

แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์การแบ่งคะแนนของ บลูม, มาดาอัส, และ เฮสติ้งส์ (Bloom, Madaus, & Hastings, 1971) และการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่มีการใช้ เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิดหรือ HLS-COVID-Q22 ที่แบ่งระดับความ รอบรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (inadequate health literacy) มีปัญหาความ รอบรู้ด้านสุขภาพ (problematic health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (sufficient health literacy) (Okan, Bollweg, Berens, Hurrelmann, Bauer, & Schaeffer, 2020) และการศึกษาความรอบรู้ด้าน สุขภาพของประชาชนไทยที่ได้จัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดีพอ (ได้คะแนน < 60% ของคะแนนเต็ม) ระดับพอใช้ได้ ($\geq 60 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม) และระดับดีมาก (≥ 80 % ของคะแนน เต็ม) (Intarakamhang, Kammungkul, & Boocha, 2022) ดังนี้

คะแนน 33 - 41 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก

คะแนน 24 - 32 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

คะแนน 0 - 23 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ ค่า CVI = .98 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 30 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .91

2. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เป็นข้อคำถามปลายเปิด (open-ended questions) ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการระบาดของ เชื้อโควิด-19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 เป็นต้น

3. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง เป็นข้อคำถามปลายเปิด ใช้สนทนากลุ่มประเด็นเฉพาะ (focus group) กับบุคลากรสุขภาพของคลินิกโรคเรื้อรัง ด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการดำเนินงานในช่วงการระบาดของโควิด-19 และวิธีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น “สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ส่งผล กระทบกับรูปแบบการให้บริการของคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างไร” “คลินิกของท่านมีการ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการของคลินิกในประเด็นใดบ้าง อย่างไร ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19” “ถ้าเราจะปรับรูปแบบบริการเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโควิด 19 ของผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูงควรทำอย่างไร”

4. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง เป็นข้อคำถามปลายเปิด ใช้สำหรับสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงาน เป็นรายบุคคลในประเด็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานและความดัน โลหิตและระบบบริการในสถานการณ์ของโควิด-19 และรูปแบบ/แนวทาง/วิธีการใหม่ของคลินิกในการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อการป้องกันตนเองจากโควิด-19 เช่น “รูปแบบ/แนวทาง/ข้อเสนอแนะที่ เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาการให้บริการของคลินิกโรคเรื้อรังเมื่อมีสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ควรเป็น อย่างไร” “รูปแบบ/แนวทาง/วิธีการใหม่ (new normal) ของคลินิกโรคเรื้อรังในการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อการป้องกันตนเองจากโควิด-19 ควรเป็นอย่างไร”

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เลขที่ REC001/64 และหน่วยงานทุกแห่งที่เป็นพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยดำเนินการ



ปกป้องสิทธิการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงการเผยแพร่ข้อมูล และเก็บข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะใช้ประกอบการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลัง 10 ปีนับตั้งแต่โครงการวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1

การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประชาสัมพันธ์ที่คลินิกโรคเรื้อรังให้ข้อมูลเพื่อเชิญชวนให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ถ้าผู้ป่วยยินยอมให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยอ่านข้อความในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามข้อคำถาม

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายบุคคลผ่านทางโทรศัพท์จนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว (saturated data) กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพผู้วิจัยสัมภาษณ์ผ่าน Zoom meeting กลุ่ม 2 - 5 คน ขึ้นอยู่กับจำนวนบุคลากรสุขภาพในแต่ละระดับของสถานบริการจนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว ระหว่างการสัมภาษณ์กับทุกกลุ่มผู้วิจัยบันทึกเสียงของการสนทนาเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที

การรวบรวมข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2

การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศและสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้แล้วสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติหรือรูปแบบที่มีความเป็นไปได้ 2) ประมวลผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1, 3) สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 11 คน แบบรายบุคคลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านระบบ Zoom meeting 4) จัดทำ (ร่าง) รูปแบบการบริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่ เพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 หลังจากนั้นมีการคืนข้อมูลให้กับผู้ทรงคุณวุฒิในขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความถูกต้อง ยืนยันข้อมูลพร้อมกับการให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และ 5) การตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของรูปแบบการบริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่ที่ได้จากขั้นตอนที่ 4 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 11 ท่านข้างต้น โดยใช้การสัมภาษณ์ผ่านระบบ Zoom meeting

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการบันทึกเสียงถูกถอดเทปชนิดคำต่อคำและวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และการจัดกลุ่มตามสาระข้อมูลที่ได้โดยผ่านกระบวนการตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูลด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัย

1. ภายหลังรวบรวมข้อมูลวิจัยมีจำนวนแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน 2,201 ฉบับ เนื่องจากการดำเนินงานรวบรวมข้อมูลวิจัยอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานวิจัยได้ในโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง ผู้วิจัยจึงคัดกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 2 แห่งออกจากโครงการวิจัย ทำให้เหลือพื้นที่วิจัย 21 แห่ง ได้ตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการวิจัยครั้งนี้จำนวน 2,251 คน จากจำนวนทั้งหมดที่คาดการณ์ไว้ 2,671 คน ภายหลังเก็บข้อมูลวิจัยเสร็จสิ้นพบว่า มีจำนวนแบบสอบถามที่ถูกต้องและมีความสมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน 2,201 คน จากจำนวนทั้งหมด 2,251 คน คิดเป็นร้อยละ 97.78



กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.29 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44.07 มีอายุระหว่าง 61 - 80 ปี อายุเฉลี่ย 59.50 ปี ร้อยละ 57.61 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 49.75 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีความสามารถในการอ่าน การเขียน การฟัง และการมองเห็นอยู่ในระดับไม่มีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 64.80, 60.00, 77.10 และ 60.40 ตามลำดับ ร้อยละ 59.43 มีโรคร่วมที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 19.94 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.41 ปี กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.49 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.53 ปี ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.57 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 10.46 และ 9.62 ปี ตามลำดับ

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 29.98 คะแนน (SD = 10.28) สูงสุด 41 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน หากพิจารณาความถี่ตามระดับช่วงคะแนน พบว่า ร้อยละ 49.07 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 26.58 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 24.35 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

2. ผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แบ่งออกเป็นประเด็นหลัก ดังนี้

ผลกระทบทางบวก ได้แก่ ผู้ป่วยระมัดระวังตนเองมากขึ้น ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ได้รับข้อมูลที่หลากหลาย ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าว

“ดูแลตนเองเข้มงวดมากขึ้นเพราะกลัวมีอาการแทรกซ้อน ไปโรงพยาบาลไม่ได้” (ผู้ป่วยให้ข้อมูลคนที่ 7)

“จะเห็นหน้าญาติคนไข้ เพราะว่าเมื่อก่อนนี้คนไข้มาคนเดียว ผู้สูงอายุอะคะ เขาก็จะไม่มีญาติมาด้วย เพราะว่าเขาเกรงใจลูกหลาน แต่ตอนนี้เราจะเห็นญาติคนไข้ที่มาพร้อมกับคนไข้ที่เป็นผู้สูงอายุ ก็จะมาดูแลโดยญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมคะ” (บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลคนที่ 13)

“ผู้ใหญ่บ้านเขาจะประกาศ ทางเสียงตามสายในหมู่บ้าน ก็ได้รู้ข่าวจากผู้ใหญ่บ้านนี้แหละที่ว่าจะต้องทำตัวยังไง” (ผู้ป่วยให้ข้อมูลคนที่ 14)

“ตอนรอตรวจอยากให้มีกิจกรรมให้ความรู้ หรือให้เอกสาร แนะนำการป้องกันโควิด และดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างเรากลับไปบ้านด้วย เพราะบางทีจะให้ลูกหลานอ่านให้ฟัง” (ผู้ป่วยให้ข้อมูลคนที่ 6)

ผลกระทบด้านลบ ได้แก่ การเข้าถึงบริการของคลินิกลดลง การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ควบคุมโรคไม่ได้ อาการระยะยาวหลังติดเชื้อ และกลัววิตกกังวล ดังคำกล่าว

“ฉันมาโรงพยาบาลอยู่มาตามปกติ แต่ไม่นาน แปป ๆ ไม่ได้เจาะเลือด ไม่ได้เจอหมอใหญ่ วัดความดันอะไรเสร็จก็เอายากลับบ้านเลย” (ผู้ป่วยให้ข้อมูลคนที่ 11)

“การตรวจคัดกรองทำได้น้อยลงมากเลยคะ ทำได้น้อย พอเรานัดกันจะออกที่หนึ่งก็มีปัญหาระบาดหนักในอำเภอของเรา เลยก็ต้องเก็บทัพไป ทำได้น้อยมาก ไม่ได้ตามเป้าเลย ตกมา 2 ปีแล้วคะ” (บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ยาหมดจะไปโรงพยาบาลก็ไม่ได้ก็เอายาของแพนมากินก่อน เพราะเป็นเหมือนกัน พอถึงเวลาค่อยไปเอายาทีเดียว” (ผู้ป่วยให้ข้อมูลคนที่ 12)

“คนไข้ uncontrol clinical outcome เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เช่น ความดัน และระดับน้ำตาลในเลือดก็ เพราะว่าเขากินมากขึ้น ขาดการกระตุ้นเตือน น้ำหนักตัวก็เพิ่มขึ้น ค่าไตก็เพิ่มขึ้นด้วย” (บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เดิมเป็นแต่ความดันก็กินยาความดันมาตลอดพอติดโควิด กลายเป็นน้ำตาลสูงขึ้นด้วย ตอนนั้นก็เลยต้องมาตรวจน้ำตาลตลอด” (ผู้ป่วยให้ข้อมูลคนที่ 16)

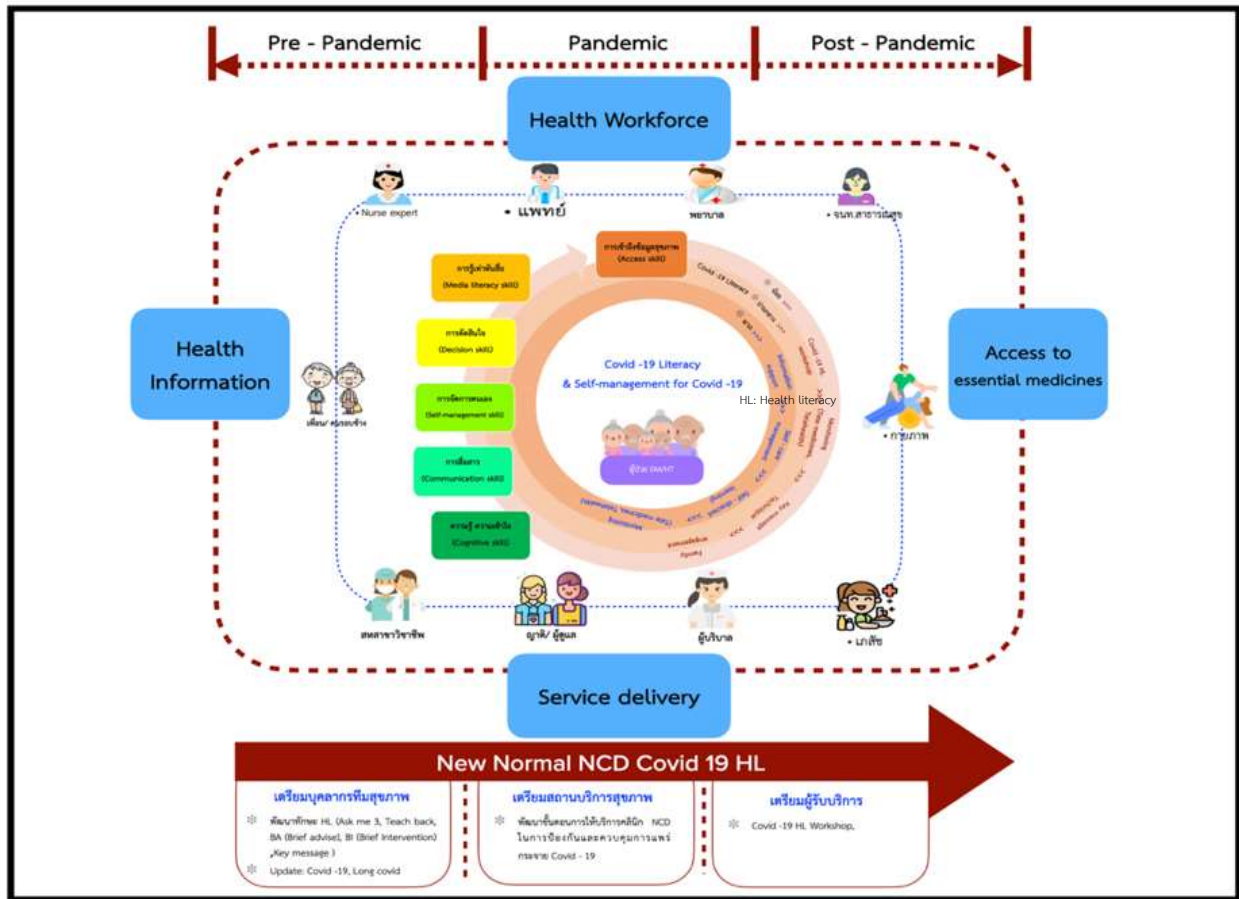


“ตอนนี้ก็ยังไม่กลัวเพราะเขาบอกว่ามันจะติดอีกได้ กลัวหายใจไม่ออก” (ผู้ป่วยให้ข้อมูลคนที่ 19)

3. รูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ถูกออกแบบภายใต้ข้อมูลจากการวิจัยในระยะที่ 1 ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาในแต่ละระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และน้อยร้อยละ 49.07, 26.58 และ 24.35 ตามลำดับ และข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบจากสถานการณ์โควิด-19 ที่มีต่อผู้ป่วยและการให้บริการของคลินิก

จากการสัมภาษณ์กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และข้อมูลจากการศึกษาในโครงการวิจัยระยะที่ 2 การค้นคว้าเอกสารวิชาการเพิ่มเติม พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่ได้รับการยอมรับในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ 1) การประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน 2) การใช้ข้อมูลสุขภาพ 3) การเน้นย้ำข้อมูลสำคัญที่ถูกจัดเป็นถ้อยคำหรือข้อความสั้นๆ 4) การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทีมสุขภาพ 5) การให้คำแนะนำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 6) การฝึกความสามารถในการค้นหาข้อมูล การเสนอทางเลือก การแลกเปลี่ยน การตัดสินใจในการปฏิบัติ 7) การใช้เทคนิค Teach back และ 8) การใช้เทคนิค ask me 3 เป็นต้น ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่พบว่า การปรับรูปแบบบริการสุขภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการใช้สื่อที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะทางด้านดิจิทัลแตกต่างกัน 2) สนับสนุนญาติ/ผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ป่วย 3) ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาทั้งบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพโดยตรง 4) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย และ 5) ปรับรูปแบบการให้บริการของคลินิก NCD ที่สะดวก ปลอดภัย เข้าถึงง่าย การจัดหา ATK ที่ราคาถูกลง การลดระยะเวลารอคอย การปรับวันเวลานัดในระบบการนัด การส่งยาทางไปรษณีย์ และการทำ group discussion/ group therapy เพื่อสร้าง motivation ด้วยการใช้อุปกรณ์สื่อสารที่หลากหลายเพื่อการติดต่อสื่อสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวถูกนำมาประมวลกับแนวคิด 4 เสาหลักจาก 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ คือ 1) รูปแบบบริการใหม่ (service delivery) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information system) บุคลากรทีมสุขภาพ (health workforce) และการเข้าถึงยาและการดูแลที่จำเป็น (access to essential medicines) เกิดเป็นรูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในระยะก่อนการระบาด (pre-pandemic) ระยะของการระบาด (pandemic) และระยะหลังการระบาด (post-pandemic) ที่มีวิธีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละระยะที่แตกต่างกันตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 รูปแบบการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่เพื่อส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19

รูปแบบบริการหรือ service delivery เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ และเป็นรูปแบบสำคัญของการบริการบรรทัดฐานใหม่หรือ New normal NCD COVID-19 health literacy โดยจะแบ่งรูปแบบบริการตามระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงคือระดับมาก ปานกลางและน้อย ทีมสุขภาพจะเป็นผู้พิจารณาเลือกใช้รูปแบบบริการที่เหมาะสมกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแต่ละคน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก จะได้รับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างสูงสุดเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 โดยทีมสุขภาพเป็นผู้สนับสนุนข้อมูล (information support) แหล่งศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-directed learning) และการจัดการดูแลตนเอง (self-care management) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสูงในการติดตามต่อเนื่อง เช่น Line counselling, Telemedicine, Telehealth และ 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับน้อยถึงปานกลาง เป็นกลุ่มที่ทีมสุขภาพจะให้ความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้ด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประโยชน์ โดยการออกแบบบริการที่มีการผสมผสานระหว่างการอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะ (COVID-19 health literacy workshop) การกำกับติดตามต่อเนื่องโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศแบบง่าย เช่น Line หรือโทรศัพท์ และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว

บุคลากรสุขภาพหรือ health workforces เป็นผู้เกี่ยวข้องกับคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะ 1) การประเมินความรู้ด้านสุขภาพและการจำแนกผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน 2) การเลือกใช้รูปแบบบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม



กับผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน 3) ด้านความรู้พื้นฐานและหลักการของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ 4) ด้านความรู้และทักษะในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 และหลักการในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 และ 5) ด้านความรู้เรื่องผลกระทบของการติดเชื้อโควิด-19 และอาการระยะยาวหลังติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สารสนเทศด้านสุขภาพหรือ health information เป็นเทคโนโลยีสารสนเทศที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถใช้ในการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อการควบคุมโรคและการบำบัดอาการที่เป็นผลกระทบในระยะยาวจากการติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญทางด้านสารสนเทศ ดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแล 2) แหล่งข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้ของทีมสหสาขาและของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ เพื่อการเรียนรู้ทบทวนด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล 3) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาลทางไกลระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ติดเชื้อโควิด-19 เช่น Line, Facetime application, Telemed, Telehealth ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพของโรงพยาบาลและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การเข้าถึงยา อุปกรณ์ป้องกัน และการดูแลที่จำเป็น (access to essential medicines) เพื่อการป้องกันรักษาโควิด-19 และกลุ่มอาการระยะยาวหลังโควิด-19 ระบบการดูแลแบบ NCD COVID-19 health literacy จะต้องจัดเตรียมความพร้อมและความพอเพียงของอุปกรณ์ป้องกันและการดูแลที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันเชื้อโควิด-19 เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ แอลกอฮอล์ น้ำยาฆ่าเชื้อโรค และ face shield ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันเชื้อที่มีคุณภาพ สามารถเลือกซื้อหรือเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สามารถแยกแยะได้ว่าอุปกรณ์ใดที่สามารถใช้ป้องกันเชื้อได้ ตลอดจนมีทักษะในการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ ทักษะการใส่และการถอดหน้ากากที่ถูกต้อง การล้างมือ การทำความสะอาดเสื้อผ้าและสิ่งแวดลอม เป็นต้น

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยและคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่มีต่อผู้ป่วยและการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในระดับปานกลาง 29.98 คะแนน (SD = 10.28) หรือมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 48.80 ซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดในการรู้ คิด ความจำ ที่มีการเสื่อมหรือถดถอยตามวัยที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับไม่ได้เรียนหนังสือและจบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 57.11 รวมถึงมีความสามารถในการอ่านคืออ่านไม่ได้และอ่านได้ไม่คล่องรวมกันถึง ร้อยละ 35.21 และไม่สามารถในการเขียนและเขียนได้ไม่คล่อง ถึงร้อยละ 40.03 ซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับขั้นพื้นฐานถึงขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือความสามารถในระดับการฟัง พูด อ่าน เขียน ในระดับที่สื่อสารได้ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้บางส่วนแต่มีข้อจำกัดด้านการค้นหาข้อมูล การกลั่นกรอง การตรวจสอบข้อมูลที่ได้มา รวมถึงความเข้าใจในข้อมูลที่รับที่อาจจะมียข้อจำกัดด้านการจดจำ ทำให้การพัฒนาสู่ขั้นปฏิสัมพันธ์ที่ต้องการทักษะด้านการสื่อสาร การตั้งคำถาม ไม่สมบูรณ์



มากนัก ส่งผลทำให้ความรู้ด้านสุขภาพในชั้นวิจารณ์ฐานที่ต้องคิด วิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลความรู้ รวมถึง การตัดสินใจ การนำไปใช้ เพื่อการจัดการการดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความไม่สมบูรณ์เพียงพอ จากอายุที่มากขึ้น ร่วมกับข้อจำกัดด้านการศึกษากลุ่มตัวอย่างจึงอาจทำให้ระดับของความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง นอกจากนี้การมีอายุที่มากขึ้นจะมีโรคประจำตัวอื่น ๆ เพิ่มขึ้นหลายโรคจำเป็นต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (Rheault, Coyer, Jones, & Bonner, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ ร็อด และคณะ (Rheault et al., 2019) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของออสเตรเลีย พบว่า ระดับการศึกษา อายุ สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฟินบราเทน และคณะ (Finbråten et al., 2020) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานประเทศนอร์เวย์ พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยร่วมทำนายความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่ที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19

จากผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้ได้รูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สามารถนำไปใช้ทั้งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ รวมถึงปรับใช้ในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดได้ แม้ว่าในประเทศไทยจะมีการศึกษาการดำเนินงานของการจัดบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของ ปฐมพร ศิริประภาศิริ และ สันติลาภเบญจกุล (Siraprasasiri & Lapbenjakul, 2020) ภายใต้แนวคิดของ 6 เสาหลัก แต่การศึกษานี้ได้นำเสนอรูปแบบการบริการที่แตกต่างออกไปโดยอาศัยแนวคิดของ 4 เสาหลักจากทั้งหมด 6 เสาหลัก คือ 1) งานบริการสุขภาพ 2) กำลังคนสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ และ 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์และการดูแลที่จำเป็น เพื่อเป้าหมายหลักคือการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 หรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่มีการออกแบบระบบบริการตามระดับของความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล มากกว่าการมุ่งเน้นรูปแบบบริการที่มีลักษณะเดียวแต่ใช้กับทุกกลุ่มบุคคล (one size fits all) (Woratanarat et al., 2015) ซึ่งปัจจุบันถือว่าเป็นช่องว่างของระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในการพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความรู้ด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อสามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ในทุกช่องทางของการติดต่อ ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อต่าง ๆ จนเกิดเป็นศักยภาพในการดูแลตนเองได้สูงสุดในสถานการณ์ของการระบาดของโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต หากการพัฒนาสามารถให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นก็จะเป็นการเปิดช่องทางให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างการดูแลสุขภาพป้องกันโรคกับตนเองได้ (Goggins et al., 2014)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถนำรูปแบบการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่ไปใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่อื่นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการนำรูปแบบการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่ไปใช้เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่อื่น



กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประจำปี พ.ศ. 2564

References

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H., Thaikla, K., & Satheannoppakao, W. (2014). *The 5th Thai national health examination survey*. Nonthaburi: Health System Research Institute. (in Thai)
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Daniel, W. (1999). *Biostatistics: A foundations for analysis in the health sciences* (7th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *COVID-19 situation in Thailand*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
- Finbråten, H. S., Guttersrud, Ø., Nordström, G., Pettersen, K. S., Trollvik, A., & Wilde-Larsson, B. (2020). Explaining variance in health literacy among people with type 2 diabetes: The association between health literacy and health behaviour and empowerment. *BMC Public Health*, 20(1), 161. doi: 10.1186/s12889-020-8274-z
- Goggins, K. M., Wallston, K. A., Nwosu, S., Schildcrout, J. S., Castel, L., Kripalani, S., & Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). (2014). Health literacy, numeracy, and other characteristics associated with hospitalized patients' preferences for involvement in decision making. *Journal of Health Communication*, 19 (Suppl 2), 29–43. doi: 10.1080/10810730.2014.938841
- Intarakamhang, U., Kammungkul, J., & Boocha, P. (2022). General health literacy scale for Thais and comparison between age groups. *Heliyon*, 8(5), e09462. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09462
- Liu, L., Qian, X., Chen, Z., & He, T. (2020). Health literacy and its effect on chronic disease prevention: Evidence from China's data. *BMC Public Health*, 20, 690. doi: 10.1186/s12889-020-08804-4
- 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
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305. doi: 10.1007/s00038-009-0050-x



- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E. M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5503. doi: 10.3390/ijerph17155503
- Rheault, H., Coyer, F., Jones, L., & Bonner, A. (2019). Correction to: Health literacy in indigenous people with chronic disease living in remote Australia. *BMC Health Service Research*, 19(566). doi: 10.1186/s12913-019-4411-8
- Richardson, S., Hirsch, J. S., Narasimhan, M., Crawford, J. M., McGinn, T., Davidson, K. W., ... Zanos, T. P. (2020). Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *The Journal of the American Medical Association*, 323(20), 2052-2059. doi: 10.1001/jama.2020.6775
- Siraprapasiri, P., & Lapbenjakul, S. (2020). *Handbook of integrated, people-centered health services in new normal diabetic & hypertensive clinic for healthcare workers*. Bangkok: The Printing Office of the War Veterans Organization of Thailand. (in Thai)
- Tin, S. T. W., Vivili, P., Na'ati, E., Bertrand, S., & Kubuabola, I. (2020). Insights in public health: Covid-19 special column: The crisis of non-communicable diseases in the Pacific and the coronavirus disease 2019 pandemic. *Hawaii Journal of Health & Social Welfare*, 79(5), 147-148.
- Woratanarat, T., Woratanarat, P., Wongdontri, O., & Chenphanitsub, M. (2015). *A systematic review of situations and managment mechanisms of health literacy*. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4291?locale-attribute=th> (in Thai)
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Retrieved from <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/26.pdf>



Challenging Role of Nurse-midwives during the Pandemic of the Coronavirus 2019 บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

ถิรวรรณ	ทองวล*	Thirawan	Thongwon*
วายุรี	ลำโป**	Wayuree	Lumpo**
อริศรา	แสนทวิสุข***	Arissara	Saenthaweek***
ลัดดาวัลย์	พลอดฤทธิ์****	Laddawan	Plodrit****
ปัทมญา	มีชัยชนะ*****	Papatchaya	Meechaichana*****
นราภรณ์	ขุนคำแหง*****	Naraporn	Khunkumhaeng*****
ปิยาภรณ์	ลำฟ้าเรณู*****	Piyaporn	Lahfahroengron*****

Abstract

Currently, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) is an emerging disease that has a high rate of infection and is spreading rapidly in the global situation. There are many infected and dead. The incidence of life-threatening injuries was found in people with low immunity or people with congenital disorders, the elderly, overweight patients, chronic disease patients and pregnant women. In Thailand, there is a large increase in pregnant women who are infected with the 2019 coronavirus. Infection in pregnant women increases the risk of serious complications and death than women in general. It has also been found that the 2019 coronavirus infection in pregnant women affects the baby, increasing the risk of miscarriage, intrauterine growth restriction, premature rupture of membranes. In addition, fetal and newborn deaths are also higher and affect the mental health of pregnant women, women in labor and their families.

This article aims to present the causes, effects and challenging roles of nurse-midwives during the 2019 coronavirus pandemic. Nurse-midwives have had to change how they work to sustain their care for expectant mothers during the pandemic. Nursing practice need to be changed from normal conditions to be able to promote health, prevent infection, provide care and rehabilitate the body and mind for women of childbearing age, pregnant women, women in labor and postpartum mothers to ensure proper safety.

Keywords: Challenging roles; Nurse-midwives; Coronavirus; COVID-19; Infection disease

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University

** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University;

e-mail: wayuree.lum@sru.ac.th

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University

**** Director (Nursing), Krabi Hospital

***** Lecturer, Boromrajonani College of Nursing Songkhla

***** Registered Nurse in Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Naresuan University

***** Registered Nurse in Division of Obstetrics & Gynecology Nursing, Departments of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Received 30 June 2022; Revised 15 December 2022; Accepted 28 December 2022



บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีอัตราการขยายเชื้อสูง และแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ในสถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยอัตราการเกิดความรุนแรงต่อชีวิตพบในกลุ่มผู้มีระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ หรือผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิด ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสตรีตั้งครรภ์ ในประเทศไทยพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการที่รุนแรงทำให้เสียชีวิตได้มากกว่าสตรีทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในสตรีตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อทารกทำให้มีความเสี่ยงต่อการแท้ง ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด รวมทั้งทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดเสียชีวิตได้สูงขึ้น ส่งผลต่อสภาพจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ ผู้คลอด และครอบครัว

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาเหตุ ผลกระทบ และบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อให้ก้าวทันต่อสถานการณ์ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงบทบาทที่ต้องปรับเปลี่ยนไปจากภาวะปกติ สามารถส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการติดเชื้อ ให้การดูแล ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ ผู้คลอด และมารดาหลังคลอดให้มีความปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: บทบาทท้าทาย พยาบาลผดุงครรภ์ เชื้อโคโรนาไวรัส โควิด 19 โรคติดเชื้อ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

** ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี;

e-mail: wayuree.lum@sru.ac.th

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

**** หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่

***** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

***** พยาบาลปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาลสูตินรีเวชกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

***** หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



บทนำ

ตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน ทวีตกำลังเผชิญกับการระบาดอย่างหนักจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) โดยพบการแพร่ระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น (Wuhan) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei) ประเทศจีน (Wang et al., 2020) ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเตือนการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ให้เป็นภาวะฉุกเฉินไปทั่วโลก ช่วงต้นปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อมากกว่า 400 ล้านคน และพบผู้เสียชีวิตจำนวนเกือบ 6 ล้านคน (World Health Organization, 2022) ประเทศไทยพบการระบาดกระจายไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยอดผู้ติดเชื้อ ณ วันที่ 10 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 2,531,051 คน ผู้เสียชีวิต จำนวน 22,344 คน (Royal Thai Government, 2022) ช่วงต้นปี พ.ศ. 2565 สถานการณ์รุนแรงมากยิ่งขึ้น มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง และพบผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งมีปัญหารุนแรงในระบบทางเดินหายใจ และมีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปที่ไม่ติดเชื้อ (Department of Health, 2022)

จากรายงานสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 118,267 ราย เสียชีวิตจำนวน 147 ราย คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 0.12 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021a) ส่วนในประเทศไทย มีรายงานสถิติในสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อ 6,758 ราย อัตราการเสียชีวิตทั้งก่อนและหลังคลอด ร้อยละ 2.4 ในจำนวนนี้มีสตรีตั้งครรภ์จำนวนมากที่มีอาการรุนแรงกว่าบุคคลทั่วไป โดยมีผู้ป่วยอาการหนัก 1,443 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 21.35 ได้แก่ ปอดอักเสบรุนแรงจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ เลือดแข็งตัวผิดปกติ คลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย ส่วนทารกแรกเกิดมีผู้ติดเชื้อ 307 ราย เสียชีวิต 64 ราย คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 1.7 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2022) ซึ่งนับเป็นปัญหาที่ท้าทายความสามารถของระบบสาธารณสุข และการอนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย

พยาบาลผดุงครรภ์มีความจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องสาเหตุโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ผลกระทบต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด และบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้ข้อมูล เพื่อเป็นทางเลือกในการตั้งครรภ์ การสนับสนุนให้ได้รับวัคซีน การให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 การค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพทางจิตและให้การดูแลอย่างทันที่ การให้สุขศึกษาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ การสร้างความมั่นใจต่อความปลอดภัยจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในขณะคลอดและพักในโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรมที่ติดเชื้อโรคที่มีการแพร่ระบาดได้ง่าย การเป็นผู้ดูแลจิตใจของผู้คลอด การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ และติดตามอาการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีและครอบครัวในการดูแลสตรีในระยะหลังคลอดและให้นมบุตรได้อย่างเหมาะสม

สาเหตุของการเกิดโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในสตรีตั้งครรภ์

เชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ คือ ซาร์ส-โควิ-ทู (SARS-CoV-2) เริ่มตั้งแต่สายพันธุ์ S ที่พบในประเทศจีน สายพันธุ์อัลฟา (B.1.1.7) เบต้า (B.1.351) เดลต้า (B.1.617.2) ปัจจุบันมีการกลายพันธุ์อย่างรวดเร็วเป็นสายพันธุ์โอมิครอน B.1.1.529, BA.2, BA.2.75, และ BA.4/BA.5 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ย่อยของโอมิครอนที่กำลังแพร่ระบาดทั่วโลก ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกประกาศให้เฝ้าระวัง เพราะเป็นสายพันธุ์ที่แพร่กระจายได้เร็วที่สุดและมากกว่าสายพันธุ์เดลต้า 3.6 เท่า โดยจะมีอาการแสดง คือ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไอแห้ง เจ็บคอ มีน้ำมูก มีไข้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ครั่นเนื้อครั่นตัว ปวดเมื่อยตามร่างกาย และถ่ายเหลว อาการของโรคจะแสดงหลังจากรับเชื้อ 2-3 วัน ซึ่งเร็วกว่าเชื้อกลายพันธุ์ตัวอื่นที่พบในคนและ



สัตว์ เชื้อไวรัสสามารถติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจหรือการสัมผัสกับละอองฝอยเมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการไอ จาม หรือ มีสารคัดหลั่งของร่างกายออกมา กลุ่มที่ติดเชื้อแล้วเกิดอาการรุนแรง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022) สตรีตั้งครรภ์จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อ โคโรนาไวรัส 2019 เนื่องจากในระยะตั้งครรภ์การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่อาศัยเซลล์ (Cell-Mediated Immunity) ได้แก่ ทีเซลล์ (T Cell) ลดต่ำลง รวมทั้งการขยายตัวของปอดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะ ตั้งครรภ์ของระบบทางเดินหายใจที่มดลูกมีขนาดโตไปดันกระบังลมให้ยกตัวขึ้น ทำให้ความจุปอดลดลง ปอดขยายตัว ได้ไม่เต็มที่ จึงเกิดการหายใจเร็วและลำบากกว่าในภาวะไม่ตั้งครรภ์ และหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ยิ่งเพิ่มความรุนแรงเพราะทำให้ถุงลมปอดอักเสบ เกิดการอุดตัน เนื้อปอดขาดความยืดหยุ่นและมีฝ้าขาวที่ปอด ส่งผล ให้การขยายตัวของปอดไม่มีประสิทธิภาพหรือขยายตัวไม่ได้ เกิดภาวะปอดบวม หรือการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจในสตรีตั้งครรภ์รุนแรงกว่าสตรีทั่วไป (Cunningham et al., 2022)

ผลกระทบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ผลกระทบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก สามารถจำแนกออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทารก ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในบุคคลทั่วไปมีอาการแสดงตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อย ได้แก่ มีไข้ ไอแห้ง ๆ หายใจติดขัด หายใจเหนื่อย ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอ มีน้ำมูก ตาแดง ผื่น และถ่ายเหลวไปจนถึงระดับที่ อาการรุนแรงมาก ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) ระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และเสียชีวิต (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2022a) ส่วนในสตรีตั้งครรภ์พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการที่รุนแรงกว่าบุคคลทั่วไป โดยพบอัตราการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น 3 เท่า มีอัตราการใช้เครื่องช่วย หายใจเพิ่มขึ้น 2.9 เท่า (Zambrano et al., 2020) อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ และเลือด แฉงตัวผิดปกติ และยังเพิ่มความเสี่ยงดังกล่าวมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี มีดัชนีมวลกายสูงกว่าหรือ เท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และมีภาวะครรภ์ เป็นพิษ (Jafari et al., 2021) รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหนักและเข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปที่ไม่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Allotey et al., 2020)

การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัดคลอดเพิ่มมากขึ้น จากรายงาน วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 พบสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน 6,758 ราย คลอดแล้วทั้งหมด 3,830 คน โดยคลอดด้วยการผ่าตัดคลอด 1,989 คน คิดเป็นร้อยละ 51.93 ซึ่งมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นกว่าปกติ และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุมาจากกรณีไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคและสัญญาณชีพของผู้คลอดผิดปกติ การผ่าตัดคลอดทันทีจะช่วยให้การกู้ชีพ ผู้คลอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น กรณีมีภาวะผิดปกติในระยะรอคลอด เช่น fetal distress การคลอดไม่ก้าวหน้า และกรณีมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร (Department of Health, Ministry of Public Health, 2022) การศึกษาในประเทศอิตาลีพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ร้อยละ 16.7 ขอผ่าตัดคลอดบุตรทาง หน้าท้อง เพราะกังวลว่าทารกจะได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด (Saccone et al., 2020) และยังพบว่าสตรี ตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการแสดงรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า ปกติ โดยระบบหายใจล้มเหลวส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Hammad, Beloushi, Ahmed, & Konje, 2021)



พบอุบัติการณ์เสียชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 2.4 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2022)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจในสตรีตั้งครรภ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น การวิจัยในประเทศเบลเยียม ไอร์แลนด์ นอร์เวย์ เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร และสวิตเซอร์แลนด์ เรื่องผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ต่อสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร ทำการวิจัยในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร จำนวน 2,064 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความเครียดของตนเองสูงขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Lambelet et al., 2021) การวิจัยในเมืองฟิลาเดลเฟีย รัฐเพนซิลเวเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เรื่องประสบการณ์ทางจิตใจของผู้ป่วยสูติกรรมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายหลังการตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยทำการวิจัยในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการแสดงของการได้รับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 แต่เข้ารับการตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน 318 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีความวิตกกังวลสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ในภาวะปกติ เนื่องจากปัญหาการว่างงาน การสูญเสียรายได้ และความไม่มั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรในระยะหลังคลอด อัตราความชุกของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าพบได้สูงในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และคลอดบุตรในช่วงที่มีการแพร่ระบาด โดยพบในระดับปานกลางถึงรุนแรง เพราะกังวลเกี่ยวกับการสัมผัสเชื้อภายในโรงพยาบาล รวมถึงมาตรการแยกผู้ป่วยทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ สามี และญาติคอยดูแล ความรู้สึกดังกล่าวยังส่งผลกระทบจนถึงระยะหลังคลอด เพราะมีการแยกทารกหลังคลอดและการงดเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา (Bender, Srinivas, Coutifaris, Acker, & Hirshberg, 2020) และการวิจัยในประเทศแคนาดา พบว่าช่วงการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 สตรีตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น 1.9 เท่า (Berthelot et al., 2020)

3. ผลกระทบด้านทารก

มีรายงานอัตราการถ่ายทอดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จากสตรีตั้งครรภ์สู่ทารกแรกคลอด แบบ vertical transmission ประมาณร้อยละ 3.2-5.3 (Kotlyar et al., 2021) ทำให้เกิดผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก โรคทางระบบทางเดินหายใจ และภาวะตัวเหลืองภายหลังคลอดเพิ่มขึ้น (Norman et al., 2021) อีกทั้งการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในมารดาที่กำลังตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด ถึง 2.5 เท่า (Jafari et al., 2021) ซึ่งการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้เชื้อจุลินทรีย์แพร่กระจายเข้าสู่โพรงมดลูกและน้ำคร่ำ การติดเชื้อโคโรนาไวรัสยังทำให้เกิดกระบวนการอักเสบในร่างกายส่งผลให้เกิดการหลังกรด arachidonic มากขึ้น จึงเกิดระดับเม็ดเลือดขาวในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการหลั่งเอ็นไซม์ที่สามารถย่อยสลายเซลล์ถุงน้ำคร่ำ เกิดการลดแรงตึงและความยืดหยุ่นของถุงน้ำคร่ำ จึงเกิดเป็นภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดตามมา (Margono, Sukrisno, Nugrohowati, & Lestari, 2021)

การติดเชื้อไวรัสในสตรีตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะการขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ส่งผลให้เลือดเป็นกรด การไหลเวียนของเลือดบริเวณรกลดลง ทำให้ทารกขาดออกซิเจน จนเป็นเหตุให้เสียชีวิต (Cunningham et al., 2022) อีกทั้งยังทำให้เกิดการแท้ง และทารกน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้นเป็น 9 เท่า ประเทศไทยพบสถิติทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 17.5 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) และทารกแรกเกิดมีโอกาสดำเนินการรับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก (NICU) เพิ่มขึ้น (Zhu et al., 2020) แต่ไม่มีหลักฐานจากการศึกษาใดที่ยืนยันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกผ่านทางน้ำคร่ำ ผ่านทางเลือดจากสายสะดือ หรือผ่านทางน้ำนมมารดาสู่ทารก โดยมีการตรวจเชื้อในตัวอ่อนน้ำคร่ำ ตรวจเลือดจากสายสะดือของทารก ร่วมกับเก็บตัวอย่างเชื้อบริเวณลำคอและหลังโพรงจมูก (swab



test) ของทารก ซึ่งตรวจไม่พบอาร์เอ็นเอ (RNA) ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในน้ำคร่ำ และในเลือดจากสายสะดือทารก

บทบาทที่ทำทนายของพยาบาลผดุงครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการคัดกรอง ประเมิน ส่งเสริม และจัดการเบื้องต้นแก่สตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์ และสตรีตั้งครรภ์ โดยให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ การดูแลในระยะคลอดและหลังคลอด และการส่งต่อสตรีเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม บทบาทที่ทำทนายของพยาบาลผดุงครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จำแนกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ 2) ระยะคลอด และ 3) ระยะหลังคลอดและให้นมบุตร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะก่อนตั้งครรภ์และตั้งครรภ์

ระยะก่อนตั้งครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในช่วงการแพร่ระบาดซึ่งแตกต่างจากในภาวะปกติ ที่มีหน้าที่ให้คำแนะนำแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ เรื่องการเตรียมความพร้อมในการสมรส/ตั้งครรภ์ เช่น การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย โรคทางเพศสัมพันธ์ โรคทางพันธุกรรม เป็นต้น แต่ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาททำทนาย ดังนี้

1.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อเป็นทางเลือกในการตั้งครรภ์

จากประสบการณ์ทำงานของผู้เขียนพบว่า การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้สตรีจำนวนหนึ่งเลื่อนการตั้งครรภ์ออกไป เพราะกลัวว่าบุตรจะมีอันตรายหากได้รับเชื้อในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งตรงกับคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในประเทศบราซิลที่ให้สตรีชะลอการตั้งครรภ์ไปจนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จะดีขึ้น (Cable News Network (CNN), 2021) ส่วนประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2565 รัฐบาลมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 รมรณรงค์ให้ครอบครัวที่มีความพร้อมมีบุตรครอบครัวละไม่น้อยกว่า 2 คน โดยจัดให้มีการดูแลทุกระยะของการตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 20-34 ปี มีอัตราการคลอดเพิ่มมากขึ้น ป้องกันปัญหาจำนวนการเกิดของประชากรลดลงและกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2583 ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ควรพิจารณาทั้งผลดีของการตั้งครรภ์ และความเสี่ยงต่อสตรีและทารกหากได้รับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อสตรีและประเทศชาติ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ โอกาสการได้รับเชื้อและผลกระทบจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ วิธีและแนวทางการคัดกรองภาวะเสี่ยง การดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในระยะตั้งครรภ์ การรักษาและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับรักษาพยาบาลเมื่อติดเชื้อดังกล่าว โดยเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสถานการณ์อยู่เสมอ เพื่อเป็นทางเลือกให้สตรีวัยเจริญพันธุ์และครอบครัวตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์หรือไม่ตั้งครรภ์ก็ตาม

1.2 การสนับสนุนสตรีวัยเจริญพันธุ์และสตรีตั้งครรภ์ให้ได้รับวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019

สตรีที่วางแผนตั้งครรภ์ควรได้รับวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 โดยไม่ต้องเว้นระยะการมีบุตรหรือเลื่อนการตั้งครรภ์ออกไป และไม่ต้องคุมกำเนิดภายหลังการได้รับวัคซีน สามารถใช้วัคซีนได้ทุกชนิด ปัจจุบันไม่พบรายงานว่าวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 มีผลกระทบต่อการแบ่งเซลล์ของตัวอ่อนภายในครรภ์ (Rasmussen, & Jamieson, 2021) เมื่อสตรีได้รับวัคซีนก่อนการตั้งครรภ์ก็จะสร้างภูมิคุ้มกัน ลดโอกาสได้รับเชื้อหรือเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในระยะตั้งครรภ์ (Rieley et al., 2022) โดยสมาคมอเมริกันเพื่อเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์แนะนำให้สตรีที่วางแผนตั้งครรภ์มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องฉีดวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 ก่อนตั้งครรภ์ (American Society for Reproductive Medicine (ASRM), 2020) ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนในประเด็นที่สตรีกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการแพ้วัคซีนอย่างรุนแรง อาการชาหรืออ่อนแรงที่เป็นปฏิกิริยาของร่างกายตอบสนองต่อการฉีดวัคซีน และผลข้างเคียงจากวัคซีนต่อการตั้งครรภ์ โดยการบอกสถิติที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่พบได้น้อย บอกประโยชน์ของวัคซีนว่าเป็นการลดโอกาสเจ็บป่วยที่รุนแรงในระยะตั้งครรภ์ ประสานกับ



พยาบาลชุมชนหรือผู้นำชุมชนในการให้ข้อมูลดังกล่าวแก่สตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์ โดยเป็นการให้ทางเลือกแก่สตรีตัดสินใจด้วยตนเองในการรับหรือไม่รับวัคซีนพร้อมชี้แจงเหตุผลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ในส่วนของสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีนในสตรีตั้งครรภ์ และจัดการให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับวัคซีน โดยมีรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกาสนับสนุนให้สตรีที่กำลังวางแผนจะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ และให้นมบุตรรับวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 การได้รับวัคซีนไม่มีผลเสียต่อสตรีตั้งครรภ์ การพัฒนาของตัวอ่อน และสตรีที่ให้นมบุตร (CDC, 2021b) องค์การอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ที่อาจมีระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำมาก ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคอ้วน มีโรคแทรกซ้อน และทำงานเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ควรได้รับวัคซีนเพราะถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง การฉีดวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องตรวจว่าติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ก่อนฉีดวัคซีน (U.S. Food and Drug Administration (FDA), 2021) สตรีตั้งครรภ์สามารถฉีดวัคซีนเข็ม 3 เพื่อกระตุ้นได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป โดยให้ฉีดห่างจากเข็มที่ 2 นานอย่างน้อย 6 เดือน แนะนำให้ฉีดวัคซีนได้ตั้งแต่อายุ 12 ปีขึ้นไป และสามารถฉีดพร้อมกับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนคอตีบและไอกรนได้ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021) แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 17 ธันวาคม 2564) แนะนำว่าสตรีตั้งครรภ์สามารถฉีดวัคซีนได้ทุกอายุครรภ์ เพราะวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงของการแท้งบุตรก่อนอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ และไม่เพิ่มโอกาสทารกพิการแต่กำเนิด (Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOG), 2021)

โดยปัจจุบันสามารถติดต่อขอรับบริการวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 ได้ทุกโรงพยาบาลของรัฐตามแนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาล โดยจะฉีดบริเวณต้นแขน เข้าชั้นกล้ามเนื้อ หลังฉีดผู้รับบริการนั่งพักสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที หากไม่พบภาวะผิดปกติสามารถกลับบ้านได้ ข้อห้ามของการได้รับวัคซีน คือ มีประวัติเกิดอาการแพ้รุนแรงจากการฉีดวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 ครึ่งก่อน หรือแพ้ส่วนประกอบของวัคซีน การติดตามอาการแสดงภายหลังได้รับวัคซีน ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มีไข้ ปวดบริเวณที่ฉีด ปวดเมื่อยตัว และที่สำคัญคือต้องเฝ้าระวังเกี่ยวกับปฏิกิริยาแพ้อย่างรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น (CDC, 2021c) ในประเทศไทยมีนโยบายให้วัคซีนใน สตรีตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดกระจายไปหลายพื้นที่ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นการฉีดวัคซีนจึงมีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงของวัคซีน แต่ยังมีสตรีตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยที่กังวลถึงผลกระทบจากวัคซีน และไม่ต้องการได้รับวัคซีน ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องค้นหาสตรีกลุ่มดังกล่าว เพื่อชี้แจง ปรับทัศนคติให้ได้รับวัคซีนในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งอำนวยความสะดวกในขณะที่มารับวัคซีน โดยการชักประวัติการได้รับวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 ประสานงานให้ได้รับวัคซีน ณ จุดฉีดวัคซีน โดยลดขั้นตอนการรอในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด จัดให้มีที่นั่งพักขณะรอและภายหลังการฉีดวัคซีน เพื่อความปลอดภัยและสุขสบายของสตรีตั้งครรภ์

ระยะตั้งครรภ์

ระยะตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 3 ไตรมาส แต่ละไตรมาสพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาท ดังต่อไปนี้

ไตรมาสที่หนึ่ง เริ่มตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ ถึง 12 สัปดาห์ เป็นระยะที่มีการแบ่งเซลล์ของตัวอ่อนเป็นอวัยวะต่าง ๆ ทารกเสี่ยงต่อการเกิดความพิการแต่กำเนิดหากได้รับสิ่งแปลกปลอมที่เป็นอันตราย (teratogen) เช่น เชื้อโรค และสารเคมี เป็นต้น ส่วนด้านจิตใจสตรีจะรู้สึกไม่แน่ใจว่ากำลังตั้งครรภ์ กลัวการตั้งครรภ์และการคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ต้องส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ผ่านพัฒนาจิตด้านการสร้างความมั่นใจและยอมรับการตั้งครรภ์ ให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย/อารมณ์ วินิจฉัยการตั้งครรภ์ ประเมินภาวะผิดปกติของสตรีตั้งครรภ์และทารก และตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 สตรีตั้งครรภ์อาจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตใจซึ่งส่งผลต่อการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น



ไตรมาสที่สอง เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 13 สัปดาห์ ถึง 28 สัปดาห์ ทารกมีอวัยวะครบถ้วนและเจริญเติบโตได้มากที่สุด สตรีตั้งครรภ์เริ่มยอมรับการตั้งครรภ์ มีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์จากคนรอบข้าง ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการขั้นที่ 2 การรับรู้การมีตัวตนของทารก และรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของตน จากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความกังวลถึงความปลอดภัยขณะเดินทางโดยสารรถประจำทางมาฝากครรภ์ยังโรงพยาบาล ไม่มั่นใจในสามีหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านเพราะอาจนำเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มาสู่ตัวตนเอง ในขณะที่มาฝากครรภ์จะป้องกันตนเองโดยสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ใช้แอลกอฮอล์ล้างมือ และระมัดระวังการใกล้ชิดกับบุคคลอื่น

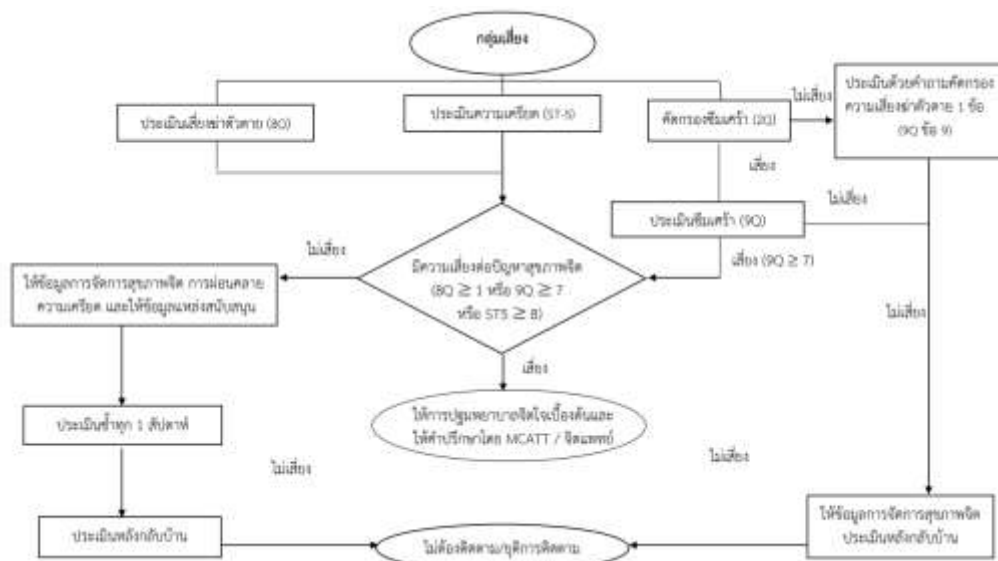
ไตรมาสที่สาม เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ จนถึงคลอด ระยะนี้สตรีตั้งครรภ์เริ่มกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการขั้นที่ 4 เรื่องการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดา โดยจะมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บครรภ์ และมีการวางแผนเตรียมตัวเป็นมารดา โดยปกติพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาท เช่น ให้ความรู้เรื่องอาการเจ็บครรภ์จริงเจ็บครรภ์เตือน อาการที่ต้องมาโรงพยาบาล และการเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด เป็นต้น การตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1-3 พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรมีบทบาททำนาย ดังนี้

1.3 การให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ที่เน้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีระดับภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ สามารถรับเชื้อโรคได้ง่าย ดังนั้นสตรีควรออกจากบ้านให้น้อยที่สุด งดไปยังแหล่งชุมชนที่มีผู้คนพลุกพล่าน สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่นอกบ้าน เน้นความสะอาดของร่างกายโดยการล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 70% นาน 20 วินาที และล้างบ่อย ๆ ทุก 30 นาที ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อบริเวณสิ่งของและพื้นผิวต่าง ๆ ที่สัมผัส ด้วยน้ำยาฟอกขาวหรือแอลกอฮอล์ 70% ไม่สัมผัสบริเวณดวงตา จมูก หรือนำสิ่งของเข้าปาก (World Health Organization (WHO), 2021a)

1.4 การค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเปราะบางทางสุขภาพทางจิตและให้การดูแลอย่างทันที่

สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลจากข่าวสื่อบริการที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้นเมื่อได้ยินข่าวการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์รายอื่น พยาบาลผดุงครรภ์ต้องค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางสุขภาพทางจิต เช่น สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่หนึ่ง (Saccone et al., 2020) สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประสบการณ์ในการคลอด อายุน้อย รายได้ครอบครัวต่ำ และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา (Berthelot et al., 2020) โดยพยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินสุขภาพทางจิตของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวตามแนวทางการประเมินและดูแลจิตใจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ดังนี้ ใช้แบบประเมินเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) ร่วมกับแบบประเมินความเครียด (ST-5) และใช้แบบประเมินการคิดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) หากพบว่ามีความเสี่ยงให้ประเมินโดยแบบประเมินซึมเศร้า 9Q ต่อ หากพบว่ามีความเสี่ยงจึงให้การปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้นตามลำดับ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2021) ดังแผนภาพ



ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต.

แนวทางฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(Guidelines for rehabilitating the mind during the outbreak of the Coronavirus Disease, 2019)

สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files>.

หรือพัฒนาเครื่องมือประเมินเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อใช้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพิ่มเติมตามบริบท เช่น แบบคัดกรองความวิตกกังวลต่อโคโรนาไวรัส 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ แบบวัดความแข็งแกร่งในชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้คำแนะนำวิธีบรรเทาอาการหรือป้องกันภาวะเปราะบางทางสุขภาพทางจิต (WHO, 2021b) ดังนี้

1.4.1 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ อาหารที่มีธาตุเหล็กเพื่อช่วยให้เกิดการทำงานของภูมิคุ้มกันแบบไม่เฉพาะเจาะจง อาหารที่มีวิตามินบี 6 ช่วยให้เกิดการสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาว (white blood cell) และเซลล์ที (T cell) อาหารที่มีวิตามินบี ช่วยให้เกิดการทำงานของผนังเยื่อเมือก (Mucosal barriers) ที่ตา ปอด ลำไส้ และอาหารที่มีวิตามินซีป้องกันเซลล์จากขบวนการถูกออกซิไดซ์เกินสมดุล (oxidative stress) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อในร่างกาย

1.4.2 แนะนำให้นอนหลับอย่างเพียงพอ วันละ 7-9 ชั่วโมงในเวลากลางคืน

1.4.3 แนะนำให้ออกกำลังกายในระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ เช่น การเดิน โยคะ ว่ายน้ำ เป็นต้น เพื่อช่วยส่งเสริมการทำงานของลำไส้ และช่วยทำให้หลังสารเอนโดรฟิน เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

1.4.4 สอนให้ฝึกหายใจผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าทางจมูกผ่อนลมหายใจออกจากปาก วางมือบนหน้าท้อง สัมผัสถึงความรู้สึกหน้าท้องโป่งขณะหายใจเข้าและหน้าท้องแฟบขณะหายใจออก นับการหายใจ 1, 2, 3, 4 ขณะหายใจเข้า และเมื่อหายใจออกให้นับ 1, 2, 3, 4 อีกครั้ง

1.4.5 แนะนำให้จำกัดการรับข้อมูลข่าวสาร เพียงวันละ 1-2 ครั้ง และรับข่าวสารเฉพาะแหล่งที่เชื่อถือได้ โดยชี้แจงให้สตรีตั้งครรภ์เห็นข้อเสียต่อสุขภาพจิตจากการรับข้อมูลข่าวสารมากเกินไป

1.4.6 ช่วยเหลือให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในช่วงการแพร่ระบาด เช่น ใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารเพื่อเข้าถึงข่าวสารที่ถูกต้องเชื่อถือได้ มีกลุ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์ด้วยกัน และใช้ทักษะในการจัดการความวิตกกังวล



1.4.7 ใช้เทคนิคมายด์ฟูลเนส (Mindfulness) คือการฝึกสติหรือการเจริญสติ ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับการนั่งสมาธิโดยเป็นการพัฒนาความรู้สึกให้รู้สึกที่ร่างกายและจิตใจ ณ ปัจจุบัน ทำให้จิตใจสงบสามารถทำได้โดยไม่กำหนดระยะเวลาและทำได้บ่อยทุกวัน ซึ่งมีการวิจัยพบว่าเป็นเทคนิคที่ช่วยลดความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า และความเครียดขณะตั้งครรภ์ได้

1.4.8 บอกแหล่งเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 132, <https://facebook.com/helpline123>, Mental Health Check Up Application, Line official account@thaibf, วิธีการฝึกการมีสติ ทาง <https://www.youtube.com/watch?v=gXKTmau67Bg> เป็นต้น

1.4.9 หากพบอาการรุนแรง ได้แก่ แบบประเมิน 8Q มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หรือ ST5 มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน รวมทั้งมีอาการแสดงของภาวะทางจิตเวช ได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด ซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย มีอาวูธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (อะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ) พิจารณาส่งต่อพบจิตแพทย์

1.4.10 หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการอธิบายให้สามีและครอบครัวเข้าใจและคอยดูแลสตรีตั้งครรภ์ หรือจัดหาประสานงานติดต่อศูนย์สังคมสงเคราะห์ต่าง ๆ ในกรณีที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าในช่วงการแพร่ระบาดพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทที่ทำนายเพิ่มขึ้น โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงหรือลดการรับเชื้อจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่น มีผลดีต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ สุขภาพของทารกในครรภ์ รวมทั้งประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

1.5 การให้สุศึกษาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้แผนกฝากครรภ์จำเป็นต้องลดจำนวนครั้งในการมาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 2 ซึ่งเป็นช่วงให้สุศึกษา ดังนั้นควรเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลทางระบบออนไลน์ เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีแอปพลิเคชันการฝากครรภ์และติดตามสตรีตั้งครรภ์อย่างเต็มระบบ ชื่อว่ามายด์ชาร์ต (MyCHART) ซึ่งเริ่มตั้งแต่การนัดหมาย การตรวจ และการให้สุศึกษาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ สอดคล้องกับสตรีตั้งครรภ์ในประเทศจอร์แดน จำนวนร้อยละ 28.07 เลือกใช้บริการฝากครรภ์ผ่านทางโทรศัพท์แทนการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล (Saccone et al., 2020) การศึกษาพบว่าการฝากครรภ์ผ่านระบบการประชุมทางไกลผ่านทางจอภาพ (video conference) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ ผลไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร มีข้อเสนอแนะว่าไม่มีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดความผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์เมื่อเปรียบเทียบกับการฝากครรภ์แบบเดิม และเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ปานกลาง (Pflugeisen, McCarren, Poore, Carlile, & Schroeder, 2016) ส่วนในประเทศไทยมีการปรับแนวปฏิบัติการจัดการบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลหัวหิน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด โดยให้สตรีตั้งครรภ์ที่คัดกรองแล้วไม่พบประวัติเสี่ยงจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม นัดหมายการฝากครรภ์ให้ห่างจากเดิม และให้เลือกใช้บริการทางไลน์ (LINE) หรือทางโทรศัพท์ เพื่อลดความถี่ในการมาโรงพยาบาลและลดโอกาสในการได้รับเชื้อ พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการใช้บริการทางช่องทางสื่อสารออนไลน์เพราะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรค (kansukcharearn & Charomsok, 2020) และหลายโรงพยาบาลมีบริการการฝากครรภ์ออนไลน์ โดยโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร มีบริการปรึกษาแพทย์ออนไลน์ โดยทีมพยาบาลและสูตินรีแพทย์ โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารเช่นกัน

พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรนำแนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine) ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขตั้งแต่การรักษจนถึงการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ โดยช่องทางสื่อสารโทรคมนาคมผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ไม่ว่าจะเป็นทางโทรศัพท์ หรือระบบการประชุมทางไกลผ่านทางจอภาพ (video conference) เป็นต้น



เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้สุศึกษา คำปรึกษา ประเมินอาการไม่สุขสบาย ติดตามการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ส่วนกิจกรรมหลักที่จำเป็น เช่น การตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจอัลตราซาวด์ และการฉีดวัคซีน ยังต้องทำที่โรงพยาบาลเช่นเดิม กิจกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม คือ การให้สุศึกษาโรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ ต้องพัฒนารูปแบบการติดต่อกับสตรีตั้งครรภ์เพื่อเป็นช่องทางตอบคำถาม ให้สุศึกษา ไม่ว่าจะเป็นการโทรศัพท์ การสื่อสารผ่านข้อความไลน์ (LINE) วีดีโอคอล เว็บไซต์ แอปพลิเคชันต่าง ๆ หรือสื่อโซเชียลมีเดียอื่น ๆ เพื่อให้เข้าถึงสตรีตั้งครรภ์ได้ง่ายและยังสามารถให้สุศึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ได้เช่นเดิม

เนื้อหาที่ควรให้สุศึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ มีดังนี้ 1) การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพของช่องปาก 2) การใช้ยาและข้อห้าม 3) ภาวะโภชนาการ เช่น จำนวนมื้อ ชนิด/ปริมาณของอาหารที่ควรรับประทาน การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก 4) พัฒนาการของทารกในครรภ์ในแต่ละช่วงและการส่งเสริมพัฒนาการ 5) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะบ่อย แสบขัด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด น้ำเดิน 6) การจัดการความเครียดด้วยตนเอง โรคซึมเศร้า อาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้า 7) การออกกำลังกายสำหรับสตรีตั้งครรภ์และข้อห้าม 8) การพักผ่อน/การนอน 9) การเตรียมตัวก่อนคลอด ระหว่างคลอด และวางแผนการคลอด 10) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประโยชน์ของนมแม่ การดูแลเต้านม และวิธีการให้นม 11) การคุมกำเนิด 12) การสังเกตอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล ได้แก่ เจ็บครรภ์ถี่ มีน้ำเดิน มีมูกเลือด หรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ ที่ต้องมาโรงพยาบาลโดยเร็ว เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ทารกดิ้นน้อย ปวดศีรษะ ตาพร่า มัว เจ็บจุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา มีไข้ และ 13) แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการได้รับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นต้น

2. ระยะคลอด

ปัจจุบันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น พบว่ามีอุบัติการณ์รับสตรีตั้งครรภ์ไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤติ มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีอาการหนักสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ภาวะดังกล่าวจะพบมากในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน มีความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) จึงนำไปสู่การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ดังนั้นในระยะรอคลอดจนกระทั่งคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีบทบาทท้าทาย ดังนี้

2.1 การสร้างความมั่นใจต่อความปลอดภัยจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในขณะคลอดและพักในโรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานที่คลอดว่าโรงพยาบาลที่จะไปคลอดมีอยู่ผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มากหรือไม่ ความสะอาดของโรงพยาบาลและห้องคลอดเป็นเช่นไร (Mortazavi, Mehrabadi, & Kiaeetabar, 2021) พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรอธิบายกระบวนการคลอด พาเยี่ยมชมสถานที่คลอด ซึ่งเดิมก็มีการจัดทำอยู่แล้วแต่เมื่อมีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จึงทำให้หลายโรงพยาบาลไม่มีกิจกรรมดังกล่าว ผู้เขียนจึงเสนอให้พยาบาลผดุงครรภ์สร้างทางเลือกให้สตรีตั้งครรภ์และสามีเข้าร่วมแบบออนไลน์ เช่น ดูกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ผ่านวีดิทัศน์ที่จัดทำขึ้นในสื่อสังคมออนไลน์ หรือหากไม่สะดวกสามารถรับเอกสารในรูปแบบคู่มือ/แผ่นพับความรู้ไปศึกษาด้วยตัวเอง เป็นต้น รวมทั้งให้ข้อมูลในมาตรการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลและสถานที่คลอด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมั่นใจในความสะอาดและแนวทางการดูแลของโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถชี้แจงแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนมาคลอดได้ด้วยเช่นกัน

2.2 การเตรียมความพร้อมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่

การให้ความรู้เรื่องนมแม่ต้องเริ่มตั้งแต่ไตรมาส 1 จนถึงไตรมาสที่ 3 แต่ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด ทำให้การเตรียมความพร้อมเรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ทำได้ยากขึ้น จึงควรมีช่องทางให้ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปโดยผนวกกับแนวปฏิบัติเดิม ดังนี้ ในไตรมาสที่ 1 ต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติ ให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงประโยชน์ของนมแม่



ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ความรู้เป็นการจัดหาวิดีโอทัศน์ แนะนำวิดีโอทัศน์ในสื่อออนไลน์ และ ให้ความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ (group line) เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ให้สตรีตั้งครรรค์ศึกษาแทนการมาฟังบรรยายที่โรงพยาบาล ไตรมาสที่ 2 ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม อาหารกระตุ้นน้ำนม การเก็บน้ำนม ในจุดนี้สามารถแนะนำสื่อให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ หรือผลิตสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้สตรีตั้งครรรค์ศึกษาด้วยตนเองแทนการสอนในโรงพยาบาล และไตรมาสที่ 3 ต้องมีการฝึกหัดการนำทารกเข้าเต้าและทำในการให้นม ควรปรับเปลี่ยนเป็นการจัดหาอุปกรณ์ให้สตรีตั้งครรรค์ได้ทดลองการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ด้วยตนเอง เช่น จัดหาตุ๊กตาหรือโมเดลมาฝึกหัดทำให้นมโดยเป็นการปฏิบัติเองจากบ้าน เป็นต้น ทุกกระบวนการหากไม่มั่นใจ ก็สามารถปรึกษาพยาบาลผดุงครรภ์ได้ผ่านทางโทรศัพท์ หรือช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ

2.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรมที่ติดเชื้อโรคที่มีการแพร่ระบาดได้ง่าย

พยาบาลผดุงครรภ์มีกระบวนการดูแลเริ่มตั้งแต่ 1) คัดกรองความเสี่ยงของผู้คลอดที่เข้ารับบริการในห้องคลอดโดยการซักประวัติการเดินทางจากพื้นที่เสี่ยง สัมผัสกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้เสี่ยงสูง และประกอบอาชีพใกล้ชิดนักท่องเที่ยว 2) ประเมินอาการและอาการแสดง ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส มีอาการไข้ร่วมกับไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจติดขัด และ 3) ตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยวิธี ATK ให้แก่ผู้คลอด ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ดังนี้ (Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOC), 2021)

2.3.1 กรณีที่ผลการตรวจคัดกรองหาเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ไม่พบเชื้อ และไม่มีอาการ หรือมีไม่ครบเกณฑ์สอบสวนโรค (person under investigation, PUI) พยาบาลผดุงครรภ์ต้องจัดให้มีการดูแลผู้คลอดตามปกติ โดยการให้ผู้คลอดสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและจัดให้อยู่ห่างจากผู้คลอดรายอื่น ๆ ตามหลักการ standard precautions และ social distancing

2.3.2 กรณียังไม่ทราบผลตรวจคัดกรองหาเชื้อโคโรนาไวรัสด้วย ATK หรือเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (person under investigation, PUI) หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พยาบาลผดุงครรภ์ต้องจัดให้ผู้คลอดอยู่ในห้องแยกความดันลบ หรือห้องแยกเดี่ยว ถ้าไม่มีห้องควรจัดให้อยู่ร่วมกับผู้คลอดที่ยังไม่ทราบผลการตรวจ ATK ด้วยกัน โดยควรมีการแบ่งบริเวณอย่างชัดเจนและจัดไม่ให้มีการผ่านของอากาศไปยังบริเวณที่ผู้รับบริการมีผลตรวจ ATK เป็นลบ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้คลอดเสี่ยงสูงไปยังผู้คลอดเสี่ยงต่ำ

2.3.3 กรณีทราบผลการตรวจคัดกรองหาเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ด้วยวิธี ATK พบผลเป็นบวกติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ให้ส่งยืนยันการตรวจด้วยวิธี RT-PCR ซ้ำ และให้การดูแลดังต่อไปนี้

ระยะรอคลอด ผู้คลอดจะมีอาการเจ็บครรภ์และอาการไม่สุขสบายเกิดขึ้นอยู่แล้ว แต่ในการดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องจัดให้อยู่ห้องแยกความดันลบหรือห้องแยกในหอผู้ป่วยวิกฤติ ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย ติดตามวัดไข้ วัดอัตราการหายใจ วัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดให้มีความไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและบันทึกสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายเพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน ติดเครื่องประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก เฝ้าระวังการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำ เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ และประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกายว่ารุนแรงขึ้นหรือไม่ ให้ออกซิเจนผ่านทาง cannula โดยไม่ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก face mask with bag เพราะจะทำให้เกิดการกระจายของละอองฝอย เตรียมช่วยแพทย์ในการกู้ชีพโดยการใส่ท่อช่วยหายใจหากมีอาการแย่ง และให้ยาต้านไวรัสหรือยาตามแนวทางของกรมควบคุมโรค ส่วนในกรณีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แพทย์จะพิจารณาถึงความเหมาะสมของการให้ยากระตุ้นการทำงานของปอดทารก แต่การให้ยาดังกล่าวอาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องมีความรู้เพื่อใช้ในการประเมินอาการของโรคให้ได้รวดเร็วและถูกต้อง



ระยะคลอด กรมการแพทย์ให้ทางเลือกถึงวิธีการคลอด โดยการคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอดได้ โดยให้ทางโรงพยาบาลพิจารณาถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และข้อจำกัดด้านทรัพยากร สามารถทำการบรรเทาปวดเฉพาะที่แบบฉีดยาชาเข้าช่องชั้นเนื้อเยื่อ (epidural block) ได้ สามารถช่วยคลอดโดยใช้คีม เครื่องดูดสุญญากาศ หรือสูติศาสตร์หัตถการเพื่อช่วยลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 2 โดยให้ลดข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดลง ได้แก่ ทารกพร่องออกซิเจนในครรภ์ (fetal distress) การคลอดไม่ก้าวหน้า หรือสัญญาณชีพของผู้คลอดไม่ดี ในกรณีที่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (septic shock) หรือภาวะอวัยวะล้มเหลวเฉียบพลัน (acute organ failure) ให้ผ่าตัดคลอดได้ทันที มีการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ต้องการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดเนื่องจากกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร และการแพร่กระจายของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Vivilaki & Asimaki, 2020) แต่ในหลายประเทศยังมีข้อถกเถียงถึงวิธีการคลอด มีหลายองค์กรทางการศึกษาด้านสูติศาสตร์ให้ข้อเสนอในการคลอดตามปกติทางช่องคลอด หากไม่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์หัตถการที่ชัดเจน (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2021) ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ต้องเป็นผู้มีความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอเพื่อให้ข้อมูลทางการคลอดที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

2.4 ผู้ดูแลจิตใจของผู้คลอด

การแพร่ระบาดของโรคทำให้หลายโรงพยาบาลงดการเยี่ยมในระยะรอคลอดและระยะคลอดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แต่มาตรการดังกล่าวยิ่งเพิ่มความเครียดให้กับผู้คลอด ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว และกลัวในสิ่งที่กำลังเผชิญ (Fumagalli, Ornaghi, Borrelli, Vergani, & Nespoli, 2021) ซึ่งผู้คลอดต้องการการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทในการดูแลจิตใจของผู้คลอดให้มากขึ้น เช่น มีความไวในการตรวจเช็คสภาพจิตใจ ให้การสัมผัส ให้กำลังใจ ปลอบโยนอยู่เป็นเพื่อนให้นานกว่าปกติ โดยสามารถกระทำควบคู่ไปกับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ คือการประเมินการหดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารก การสอนเทคนิคหายใจและช่วยนวดบรรเทาปวด รวมถึงแจ้งผลการประเมินอาการต่าง ๆ ดังนี้ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) อยู่เป็นเพื่อนครั้งละ 15 นาทีต่อ 1 ชั่วโมง และในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) อยู่เป็นเพื่อนครั้งละ 5-10 นาทีต่อ 30 นาที ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้คลอดและทารกในครรภ์ด้วย รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์สื่อสารทางไกลหรือวิดีโอคอลให้ติดต่อกับสามีและญาติเพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรต่อไป

3. ระยะหลังคลอดและให้นมบุตร

ในภาวะปกติระยะหลังคลอดพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดไม่ว่าจะเป็นการตกเลือด ติดเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การส่งเสริมการคุมกำเนิดอย่างถูกวิธี เป็นต้น ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พยาบาลผดุงครรภ์ มีบทบาทที่เปลี่ยนแปลงจากปกติ ดังนี้

3.1 สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มีการศึกษามายาวนานและพิสูจน์ชัดเจนว่าในน้ำนมแม่มีสารภูมิคุ้มกันที่สร้างภูมิคุ้มกันให้กับทารก โดยจะออกฤทธิ์ทางชีวภาพช่วยให้ทารกต่อสู้กับเชื้อโรคได้ และในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พบว่าไม่มีหลักฐานจากการศึกษาชิ้นใดที่รายงานว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้ทารกติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Donders et al., 2020) ฉะนั้นบทบาททำนายของพยาบาลผดุงครรภ์คือการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่โดยเพิ่มความระมัดระวัง และรักษาความสะอาดอย่างเคร่งครัด ซึ่งแยกเป็นกลุ่มๆ ดังต่อไปนี้

3.1.1 กลุ่มที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (RT-PCR) ผลไม่พบเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 สามารถให้นมบุตรได้ทันทีตามปกติ แต่ให้เน้นย้ำเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้นม (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021)



3.1.2 กลุ่มที่มีผู้สัมผัสใกล้ชิดติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Patient Under Investigation: PUI) องค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟ มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้สตรีที่สงสัยว่าจะได้รับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จากบุคคลใกล้ชิด สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ แต่ต้องคำนึงถึงความสะดวกและการป้องกันเชื้อ โดยการ 1) สวมหน้ากากอนามัยขณะให้นมบุตรและตลอดเวลา 2) ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 60% นาน 20 วินาที ก่อนสัมผัสตัวทารกหรือปั๊มน้ำนม 3) ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อบริเวณสิ่งของและพื้นผิวต่าง ๆ ที่สัมผัส 4) ไอหรือจามลงในกระดาษทิชชูแล้วทิ้งลงถังขยะทันที 5) ห้ามสัมผัสบริเวณใบหน้าของตนเอง และใบหน้าของบุตร เช่น การหอม (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) แต่ยังคงมีข้อถกเถียง โดยมีรายงานแนะนำให้ปั๊บกั้นน้ำนมเหล่านั้นไว้ในตู้เย็น แล้วรอ 14 วัน จนกว่าผลของมารดาจะเป็นลบจึงให้ทารกกินนมได้ แต่แนวปฏิบัติเรื่องการให้นมแม่ก็ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาล และความสนใจของมารดาหลังคลอดรวมถึงครอบครัวด้วย

3.1.3 กลุ่มผู้ที่ติดเชื้อ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (RT-PCR) เป็นบวก สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) โดยต้องรักษาความสะอาดเช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยง และขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล หากกรณีแม่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และมีอาการรุนแรง มีความจำเป็นต้องแยกแม่และลูก และแยกทารกจากทารกคนอื่น การปั๊มนมให้มารดาปั๊มน้ำนมใส่ขวดนมโดยล้างมือและใช้อุปกรณ์ที่สะอาด แล้วให้ผู้ดูแลที่ได้รับวัคซีนครบ เช่น บิดา หรือญาติ ปั๊มด้วยแก้วหรือช่องที่สะอาดแก่ทารก เพื่อให้คงสภาพในการให้นมแม่จนกว่าแม่จะหายป่วย (World Health Organization, 2020) แต่ก็ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาล การให้นมบุตรจากสตรีกลุ่มที่ติดเชื้อยังเป็นข้อถกเถียงกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากรณีที่ต้องงดเว้นการให้นมแม่แก่ทารกในระหว่างที่มารดาติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 แต่มารดายังประสงค์จะให้ทารกต่อภายหลังหายจากโรคแล้ว สามารถกระทำได้โดยให้ประสานผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยเหลือกั้นน้ำนมแม่ หรือในช่วงที่มีการติดเชื้อรุนแรงมารดาควรปั๊มน้ำนมทิ้งเพื่อให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมตามปกติ

3.2 พันฟูสภาพร่างกายและจิตใจและติดตามอาการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

มารดาหลังคลอดที่ประสบปัญหาตั้งครรภ์หรือคลอดในขณะที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทั้งได้รับเชื้อและไม่เคยได้รับเชื้อล้วนมีความทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจทั้งสิ้น ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่าง ๆ อีกทั้งโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้ญาติหรือสามีเฝ้าไข้หรือเข้าเยี่ยม ในขณะที่มารดาหลังคลอดต้องการการสนับสนุนทางจากสามีและครอบครัวอย่างมากในระยะนี้ (Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2013) จากสาเหตุเหล่านี้ทำให้มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบสถานการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) (Zhang et al., 2020) อาการแสดงของภาวะนี้คือมักนอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจนอาจส่งผลกระทบต่อเลี้ยงดูบุตรและการดูแลตนเองภายหลังคลอดได้ พยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องมีความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตในขั้นต้น เพื่อบำบัดฟื้นฟูสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด โดยการดูแลอย่างใกล้ชิด ประเมินอารมณ์ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และวิธีการจัดการปัญหา และต้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแทนสามีหรือญาติ หากประเมินพบว่ามารดาหลังคลอดมีอาการที่ผิดปกติควรส่งพบจิตแพทย์ต่อไป

ส่วนทางด้านร่างกายหากเคยได้รับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และรักษาจนหายแล้ว การศึกษาพบว่า ร้อยละ 10-20 ของผู้ที่หายจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ยังมีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ ซึ่งเรียกว่าอาการ long Covid-19 ได้แก่ ไอเรื้อรัง เหนื่อยล้าเรื้อรัง เจ็บหน้าอกและกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก โลหิตจาง กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการได้รับกลิ่นหรือรสชาติ การทำงานของสมองผิดปกติทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับความจำ สมาธิ และการนอนหลับ และมีภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล พยาบาลผดุงครรภ์ควรติดตามอาการของภาวะ long Covid-19 โดยใช้แนวปฏิบัติดูแลรักษาอาการทางระบบทั่วไปของร่างกายในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 (Department of Medical Services, Ministry



of Public Health, 2022b) คือชักประวัติเกี่ยวกับอาการที่ยังหลงเหลือ เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย อ่อนแรง ปัญหาด้านความจำ หรือวิตกกังวล ตรวจร่างกายทุกระบบ และตรวจประเมินผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย ได้แก่ mMRC Dyspnea Scale วัดความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน VAS fatigue วัดความอ่อนล้า Numeric Rating Scale เพื่อช่วยบอกระดับความรุนแรงของการปวดอ่อนเพลีย อ่อนล้า เป็นต้น หากพบว่ามีอาการที่ยังหลงเหลือควรส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือให้พักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลต่อไป และเมื่อสตรีกลับบ้านให้ประสานกับงานเวชกรรมสังคมเพื่อเยี่ยมบ้านและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการรักษาภายในโรงพยาบาล ส่วนการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจากหายจากโรค และภายหลังคลอดสามารถทำไปพร้อมกัน เช่น ฝึกการหายใจบริหารปอด ออกกำลังกาย โดยการเดินในน้ำเพื่อช่วยการทรงตัวและให้กระดูกและข้อแข็งแรงขึ้น เป็นต้น อีกทั้งพยาบาลต้องช่วยเลี้ยงดูบุตรเพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

3.3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีและครอบครัวในการดูแลสตรีในระยะหลังคลอดและให้นมบุตร

ในช่วงต้นของการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โรงพยาบาลทั่วโลกมีมาตรการงด/จำกัดการเยี่ยมมารดาหลังคลอดทุกกรณี เมื่อศึกษาพบว่ากระบวนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดังกล่าวมีผลกระทบให้มารดาหลังคลอดมีภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น เพราะขาดการสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรส่งเสริมสามีและญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลสตรีในระยะหลังคลอดและให้นมบุตร โดยกรณีที่มารดามีอาการรุนแรงและพักอยู่ในห้องแรงดันลบ/ห้องแยกโรคหรือหอผู้ป่วยวิกฤติ อาจมีความจำเป็นต้องแยกทารกออกจากมารดาชั่วคราว ซึ่งในกรณีนี้ทางโรงพยาบาลให้สามีหรือญาติเป็นผู้ดูแลทารก ส่วนในกรณีที่มารดามีผลตรวจ ATK เป็นลบ ไม่พบเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จะย้ายให้พักรักษาตัวในแผนกหลังคลอดร่วมกับมารดารายอื่น โดยสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและเว้นระยะห่างตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล โดยปัจจุบันโรงพยาบาลสามารถให้สามีหรือญาติเฝ้าไข้ได้ 1 คน/เตียง ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรปฏิบัติตามแนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOCG), 2021) ดังนี้ 1) จัดให้สามีหรือญาติที่มีสุขภาพดีเข้าเฝ้าดูแลมารดาหลังคลอด 2) สามีหรือญาติได้รับการตรวจคัดกรองเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยวิธีการตรวจ ATK ผลเป็นลบ ไม่พบเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ก่อนเฝ้าไข้ 3) แนะนำวิธีป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อให้แก่สามีหรือญาติทราบแนวทางปฏิบัติอย่างละเอียด เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือให้สะอาด และรักษาความสะอาดส่วนบุคคล 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลมารดาและทารกในระยะหลังคลอดเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพความรักใคร่ในครอบครัวในช่วงการแพร่ระบาดให้ยังคงดำเนินต่อไป

บทสรุป

การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีแนวโน้มอุบัติการณ์สูงขึ้น เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และส่งผลกระทบรุนแรงโดยเฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด โดยมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองความเสี่ยงจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 การส่งต่อเพื่อรับการดูแลที่เหมาะสมในกรณีที่มีอาการรุนแรง การดูแลในระยะก่อนตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ โดย 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อเป็นทางเลือกในการตั้งครรภ์ 2) การสนับสนุนสตรีวัยเจริญพันธุ์และสตรีตั้งครรภ์ให้ได้รับวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 3) การให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 4) การค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเปราะบางทางสุขภาพทางจิตและให้การดูแลอย่างทันที่ และ 5) การให้สุขศึกษาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระยะคลอด โดย 1) สร้างความมั่นใจต่อความปลอดภัยจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในขณะคลอดและพักในโรงพยาบาล 2) การเตรียมความพร้อมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรมที่ติดเชื้อโรคที่มีการแพร่ระบาดได้ง่าย และ 4) ผู้ดูแลจิตใจของผู้คลอด และระยะหลังคลอดและให้นมบุตร โดย



- 1) สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2)ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจและติดตามอาการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และ 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีและครอบครัวในการดูแลสตรีในระยะหลังคลอดและให้นมบุตร

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. พัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลของพยาบาลผดุงครรภ์ โดยใช้หลักการการให้สุศึกษาหรือความรู้ทางไกลมาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น เพื่อลดโอกาสสัมผัสเชื้อโรคของสตรีตั้งครรภ์ เช่น ให้สุศึกษาและประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้ช่องทางสื่อสารโทรคมนาคมผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เช่น โทรศัพท์ ระบบการประชุมทางไกลผ่านทางจอภาพ (video conference) แนะนำศึกษาจากวิดีโอในสื่อออนไลน์ และแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ (group line) เป็นต้น

2. พัฒนาคณะความรู้และทักษะของพยาบาลผดุงครรภ์ ดังนี้ 1) ด้านการประเมินและการดูแลภาวะทางจิตใจ 2) ด้านการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการได้รับเชื้อและแพร่กระจายเชื้อโรคที่สามารถติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจจากหรือสู่ผู้รับบริการ 3) ด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ที่มีอาการรุนแรงและจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรือยาสำหรับผู้ป่วยหนัก และ 4) ด้านการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ดำเนินบทบาทที่ท้าทายในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ให้ถูกต้องตามหลักฐานทางวิชาการและมีความทันสมัย

3. พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลร่างกายและจิตใจสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ให้เหมาะสมกับบริบทการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ตามนโยบายของแต่ละสถานพยาบาล โดยคำนึงถึงหลักฐานเชิงประจักษ์

4. พัฒนาระบบการส่งต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ให้รวดเร็วและปลอดภัย

5. ทำวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 กับสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ในรูปแบบที่แตกต่างกัน เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

References

- Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T., ... Thangaratinam, S. (2020). Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: Living systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 370, m3320. doi: 10.1136/bmj.m3320
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). *Covid-19 vaccination considerations for obstetric-gynecologic care*. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/covid19-vaccination-considerations-for-obstetric-gynecologic-care>
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM). (2020). *Patient management and clinical recommendations during the coronavirus (COVID-19) pandemic, 2020*. Retrieved from <https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/covid19/covidtaskforceupdate11.pdf>



- Bender, W. R., Srinivas, S., Coutifaris, P., Acker, A., & Hirshberg, A. (2020). The psychological experience of obstetric patients and health care workers after implementation of universal SARS-CoV-2 testing. *American Journal of Perinatology*, 37(12), 1271-1279. doi: 10.1055/s-0040-1715505
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, E., & Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99, 848-855. doi: 10.1111/aogs.13925
- Cable News Network (CNN). (2021). *Brazil asks women 'if possible' to delay pregnancy over Covid variants*. Retrieved from <https://edition.cnn.com/2021/04/17/americas/brazil-pregnancy-covid-intl/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021a). *Data on Covid-19 during pregnancy: Severity of maternal illness*. Retrieved from <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#pregnant-population>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021b). *Pregnant people at increased risk for severe illness from Covid-19*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnant-people.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021c). *Interim considerations: Preparing for the potential management of anaphylaxis after Covid-19 vaccination*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/managing-anaphylaxis.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Pregnant and recently pregnant people*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnant-people.html>
- Cunningham, F. G., 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 Education.
- Department of mental Health, Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for rehabilitating the mind during the outbreak of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19: C4)*. Nonthaburi: Department of mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2021). *Breastfeeding in the situation of coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved from <https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info-mothers-milk-covid19/> (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2022). *The situation of covid-19 infection in pregnant women mothers 6 weeks postpartum and newborns*. Retrieved from <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/b4e86fe0-c9ed-4adb-b2a9-7b8f78603855/page/wE6IC> (in Thai)
- Department of Health. (2022). *Covid-19 situation report in pregnant women and 6 weeks postpartum mother*. Retrieved from <https://covid19.anamai.moph.go.th/th/> (in Thai)



- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2022a). *Clinical practice guidelines for diagnosis, treatment, and prevention of infection in hospitals case of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) (25th ed.)*. Retrieved from <https://www.lpn.go.th/files/drug-data/516142304.pdf> (in Thai)
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2022b). *Guidelines for the management of general systemic symptoms in post-COVID-19 patients*. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/1ztNT1jGmdOO3WYdqOVQrh1rYiac7DpC/view> (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2021). *Mental health quiz*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/test/Download/> (in Thai)
- Donders, F., Lonnée-Hoffmann, R., Tsiakalos, A., Mendling, W., Martinez de Oliveira, J., Judlin, P., ... Covid-Guideline Workgroup (2020). ISIDOG recommendations concerning COVID-19 and pregnancy. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 10(4), 243. doi: 10.3390/diagnostics10040243
- Fumagalli, S., Ornaghi, S., Borrelli, S., Vergani, P., & Nespoli, A. (2021). The experiences of childbearing women who tested positive to covid-19 during the pandemic in northern Italy. *Women Birth*, 51871-5192(21), 1-9. doi: 10.1016/j.wombi.2021.01.001
- Hammad, W. A. B., Beloushi, M. A., Ahmed, B., & Konje, J. K. (2021). Severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus-2 infection (COVID-19) in pregnancy—an overview. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 263, 106–116.
- Jafari, M., Pormohammad, A., Sheikh Neshin, S. A., Ghorbani, S., Bose, D., Alimohammadi, S., ... Zarei, M. (2021). Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Medical Virology*, 31(5), 1–16. doi: 10.1002/rmv.2208
- Kansukharearn, A., & Charornsok, W. (2020). Providing antenatal services under the circumstances of the epidemic of Covid-19, Hua Hin Hospital. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 5(1), 1-11. (in Thai)
- Kotlyar, A. M., Grechukhina, O., Chen, A., Popkhadze, S., Grimshaw, A., Tal, O., ...Tal, R. (2021). Vertical transmission of coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 224(1), 35-53. e3. doi: 10.1016/j.ajog.2020.07.049
- Lambelet, V., Ceulemans, M., Nordeng, H., Favre, G., Horsch, A., Stojanov, M., ... Pomar, L. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on Swiss pregnant and breastfeeding women a cross-sectional study covering the first pandemic wave. *Swiss Medical Weekly*, 2021(151), w30009. doi: 10.4414/smw.2021.w30009
- Margono, R. S., Sukrisno, A., Nugrohowati, N., & Lestari, W. (2021). Relationship between a premature rupture of membranes and the increase of leucocyte levels in pregnant women during COVID-19 pandemic. *Journal Kebidanan Dan Kesehatan Tradisional*, 6(2). 127-134. doi: 10.37341/jkkt.v0i0.261
- Mortazavi, F., Mehrabadi, M., & Kiaetabar, R. (2021). Pregnant women's well-being and worry during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(59). doi: 10.1186/s12884-021-03548-4



- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E.A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 616–623. doi: 10.1007/s10995-012-1037-4
- Norman, M., Navér, L., Söderling, J., Ahlberg, M., Hervius Askling, H., Aronsson, B., ... Stephansson, O. (2021). Association of maternal SARS-CoV-2 infection in pregnancy with neonatal outcomes. *JAMA*, 325(20), 2076–2086. doi: 10.1001/jama.2021.5775
- Pflugeisen, B. M., McCarren, C., Poore, S., Carlile, M., & Schroeder, R. (2016). Virtual visits: Managing prenatal care with modern technology. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(1), 24-30. doi: 10.1097/NMC.0000000000000199
- Rasmussen, S. A., & Jamieson, D. J. (2021). Pregnancy, postpartum care, and covid-19 vaccination in 2021. *JAMA Network Open*. 325(11), 1099–1100. doi: 10.1001/jama.2021.1683
- Rieley, L. E., Beigi, R., Jamieson, D. J., Hughes, B. L., Swamy, G., Eckert, L. O., ... Carroll, S. (2022). *Covid-19 vaccination considerations for obstetric–gynecologic care*. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/covid-19-vaccination-considerations-for-obstetric-gynecologic-care>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2021). *Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy: Information for healthcare professionals (Version 14)*. Retrieved from <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/>
- Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOCG). (2021). *Management of Covid-19 infection in pregnancy* (17th ed.). Retrieved from http://www rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2021/12/CPG-Management-of-Covid-19-Infection-in-Pregnancy_Version-7.pdf
- Royal Thai Government. (2022). *Covid-19 Situation for February 10, 2022*. Retrieved from https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/100265.pdf (in Thai)
- Saccone, G., Florio, A., Aiello, F., Venturella, R., De Angelis, M. C., Locci, M., ... Di Spiezio Sardo, A. (2020). Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 223(2), 293–295. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.003
- U.S. Food and Drug Administration (FDA). (2021). *Emergency use authorization (EUA) of the Janssen Covid-19 vaccine to prevent coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved from <https://www.fda.gov/media/146304/download>
- Vivilaki, V. G., & Asimaki, E. (2020). Respectful midwifery care during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Midwifery*, 4, 8. doi: 10.18332/ejm/120070
- Wang, X., Zhou, Z., Zhang, J., Zhu, F., Tang, Y., & Shen, X. (2020). A case of 2019 novel coronavirus in a pregnant woman with preterm delivery. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 71(15), 844-846. doi: 10.1093/cid/ciaa200
- World Health Organization (WHO). (2020). *Clinical management of Covid-19: Interim guideline 27 May 2020*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278777/retrieve>



- World Health Organization (WHO). (2021a). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Retrieved from https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjwhuCKBhADEiwA1HegORQHcMxWkb7AVzMzpGFEuJ93OLhksbcX7m--rrigo2QoOzgN1OMsRRoCthcQAvD_BwE
- World Health Organization (WHO). (2021b). *Addressing the mental health needs of vulnerable populations in the Covid-19 response in the WHO European region*. Retrieved from https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/446340/Factsheet-May-2020-Vulnerable-populations-during-COVID-19-response-eng.pdf
- World Health Organization (WHO). (2022). *WHO coronavirus (COVID-19) dashboard*. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
- Zambrano, L. D., Ellington, S., Strid, P., Galang, R. R., Oduyebo, T., Tong, V. T., ... CDC COVID-19 Response pregnancy and infant linked outcomes team. (2020). Update: Characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status - United States, January 22-October 3, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(44), 1641–1647. doi: 10.15585/mmwr.mm6944e3
- Zhang, C. J. P., Wu, H., He, Z., Chan, N., Huang, J., Wang, H., ... Yin, Z. (2020). Psychobehavioral responses, post-traumatic stress and depression in pregnancy during the early phase of covid-19 outbreak. *American Psychiatric Association*, 3(1), 46-54. doi: 10.1176/appi.prcp.20200019
- Zhu, H., Wang, L., Fang, C., Peng, S., Zhang, L., Chang, G., ... Zhou, W. (2020). Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Translational Pediatrics*, 9(1), 51–60. doi: 10.21037/tp.2020.02.06



Overnutrition in Preschool Aged Children: Roles of Pediatric Nurses for Nutrition Promotion

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน: บทบาทพยาบาลเด็กในการส่งเสริมโภชนาการ

ทัศนียา วังสะจันทานนท์* Tassaneeya Wangsachantanon*

Abstract

The numbers of overnutrition in preschool children has increased. Overnutrition has both physical and mental effects on older children and carries the risk of obesity and non-communicable diseases (NCDs) for adults. Therefore, prevention and nutrition promotion in overnutrition children must begin in childhood. This article presents knowledge of overnutrition among preschool children and the pediatric nurse's role, which includes nutritional assessment, and giving advice to promote food consumption behaviors of preschool children focused on family-centered care for the prevention of overnutrition and obesity in preschool children in order that they grow up to be healthy adults.

Keywords: Overnutrition; Obesity; Preschool age; Role of pediatric nurse

*Assistant Professor, School of Nursing, Panyapiwat Institute Management;
e-mail: tassaneeyawan@pim.ac.th

Received 14 June 2022; Revised 8 December 2022; Accepted 28 December 2022



บทคัดย่อ

เด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กทั้งร่างกายและจิตใจ เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนในเด็กโตรวมถึงโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการป้องกันและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็กเล็ก บทความวิชาการนี้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน และบทบาทของพยาบาลเด็ก ได้แก่การประเมินภาวะโภชนาการ และการให้คำแนะนำในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กวัยก่อนเรียน เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เพื่อการป้องกันภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการเกิน โรคอ้วน เด็กวัยก่อนเรียน บทบาทพยาบาลเด็ก

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ e-mail: tassaneeyawan@pim.ac.th

วันที่รับบทความ 14 มิถุนายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 8 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 28 ธันวาคม 2565



บทนำ

อาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของคนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็ก หากเด็กทุกวัยได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนถูกหลักโภชนาการและถูกสุขลักษณะควบคู่กับการเลี้ยงดูในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จะส่งผลให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ระดับโลกในด้านอาหาร การออกกำลังกาย และสุขภาพไว้ว่า เป้าหมายหลักของการพัฒนาสุขภาพ คือการสร้างสุขนิสัยที่ดีทั้งในวัยเด็กและวัยหนุ่มสาวที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม การส่งเสริมการออกกำลังกาย หรือการจำกัดเวลาที่ใช้อยู่หน้าจอ (World Health Organization, 2014) ภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) และโรคอ้วน (obesity) ในเด็กมีจำนวนเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่าครึ่งหนึ่งของเด็กที่เป็นโรคอ้วนเป็นเด็กที่อยู่ในภูมิภาคเอเชีย (World Health Organization, 2017) คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2568 จะมีเด็กทั่วโลกเป็นโรคอ้วน 70 ล้านคน (Bureau of Nutrition, 2014) อุบัติการณ์ของโรคอ้วนและอ้วนรุนแรงจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปจนถึง 20 ปีข้างหน้า

สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี มีภาวะโภชนาการเกินคิดเป็นร้อยละ 11.3 เมื่อเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพเด็กไทย เมื่อปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพียงร้อยละ 8.5 (Ekplakorn, 2014) จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2558 พบสัดส่วนระหว่างเด็กอ้วนและเด็กที่สมส่วนคิดเป็นสัดส่วนถึง 1 ใน 5 และข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2561 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2562 ต่อมาเพิ่มเป็นร้อยละ 9.2 และรายงานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2564 พบความชุกของโรคอ้วนในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.07 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่พบร้อยละ 5.7 (Bangkok Business, 2022; Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health, 2020) แสดงให้เห็นถึงภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนมีเพิ่มมากขึ้น

เด็กวัยก่อนเรียนมีอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและการพัฒนาที่เป็นพื้นฐานสำคัญของวัยต่อ ๆ ไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ภาวะโภชนาการเกินในวัยก่อนเรียนจึงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ และส่งผลอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไปในวัยผู้ใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด (Narzisi & Simons, 2021) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของประชากรวัยทำงานลดลง จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 มีจุดเน้นหลักที่สำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาประเทศ คือ การเตรียมความพร้อมและวางรากฐานในการยกระดับประเทศไทยให้เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ สำหรับกลุ่มประชากรวัยเด็กมีเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพให้เด็กปฐมวัยได้รับการพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะทางสังคม ดังนั้นพยาบาลเด็กจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการส่งเสริมความรู้แก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กให้มีโภชนาการอย่างเหมาะสม

ภาวะโภชนาการเกินกับปัญหาสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโภชนาการเกินในทางเวชปฏิบัติ ระบุตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 1) น้ำหนักตัวเกินกว่าค่ามัธยฐานของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็ก (median of weight-for height) ที่มากกว่า 2-3 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) 2) ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) สูงกว่าค่ามัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 1 เท่า (Hales, Carroll, Fryar, & Ogden, 2017) สำหรับประเทศไทยกำหนดว่า เด็กที่มีน้ำหนักตัวเกินกว่าค่ามัธยฐานของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (median weight for height) ค่าที่มากกว่า +2 SD เป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายของเด็กต่ำกว่า



5 ปี มีการสะสมไขมันที่มากเกินไปจนเกิดโรค ซึ่งอาจจะสะสมทั่วทั้งร่างกาย เรียกว่าอ้วนทั้งตัว (generalized obesity) หรือสะสมเฉพาะส่วนกลางของลำตัวเรียกว่าอ้วนลงพุง (central obesity) (Thongtanunam, 2020) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะโภชนาการเกินมีทั้งด้านกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ เช่น การมีพ่อแม่ที่อ้วน ความผิดปกติทางพันธุกรรม ได้แก่ภาวะที่มี Leptin น้อยหรือสมองไม่ตอบสนองต่อสาร Leptin จะทำให้เกิดภาวะต้านการทำงานของอินซูลิน หรือร่างกายสร้างฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต (growth hormone) ลดลง สร้างไทรอยด์ฮอร์โมน (thyroid hormone) เพื่อการใช้พลังงานลดลง อาจเกิดกลุ่มอาการต้านอินซูลิน (insulin resistance syndrome) ร่างกายใช้พลังงานจากน้ำตาลกลูโคสและไขมันไม่เต็มที่ เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคที่ไม่ถูกต้องและพฤติกรรมขาดการออกกำลังกาย (Wangrath, 2018)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกิน มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคอ้วน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะไขมันในเลือดสูง ในอนาคต และยังมีข้อเข่าเสื่อม ข้อผิดปกติ ขาโก่ง ขากาง การเคลื่อนไหวช้า โรคทางเดินหายใจอุดกั้นจนหยุดหายใจ กระดูกและข้อผิดปกติ (Parimanon, Chaimay, & Woradet, 2018) ในรายที่อ้วนรุนแรงจะมีปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจ เด็กจะนอนกรน และอาจหยุดหายใจขณะหลับ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของเด็ก เด็กจะขาดความมั่นใจในตนเอง เครียด ซึมเศร้า และถูกล้อเลียน จากรายงานการศึกษาพบว่า ครอบครัวยังขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับเด็กและมีการเลี้ยงดูแบบตามใจ รวมทั้งเด็กก่อนวัยเรียนจะใช้เวลาส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่งของวัน อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งพ่อแม่ผู้ปกครองต้องทำงานนอกบ้านจึงไม่มีเวลาดูแลเรื่องอาหาร (Munsaket, 2020) จึงส่งผลต่อการบริโภคของเด็ก มีรายงานวิจัยพบว่า ผู้ประกอบการประเภทขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลม มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายหลักที่วัยเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กก่อนวัยเรียน โดยการโฆษณาทางโทรทัศน์เป็นสื่อหลัก เนื่องจากเป็นช่องทางที่เข้าถึงเด็กได้ง่ายที่สุด และการได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (Chaiyasung, Yakasem, & Chuthongrat, 2014) จากรายงานสถานการณ์โภชนาการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กไทยพบว่าการบริโภคน้ำตาลในนมและเครื่องดื่มของเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่มาจากการรับประทานนมเปรี้ยว นมพร้อมดื่มรสหวาน น้ำอัดลม และเครื่องดื่มรสช็อคโกแลต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้น รายงานจากการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าเด็กไทยยังขาดกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอต่อสุขภาพและมักมีพฤติกรรมที่อยู่นิ่ง ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย (Amornsriwatanakul et al., 2016) ดังนั้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน เพื่อการมีภาวะสุขภาพดีของเด็กวัยก่อนเรียนจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของทุกฝ่ายทั้งครอบครัว สังคม ชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน

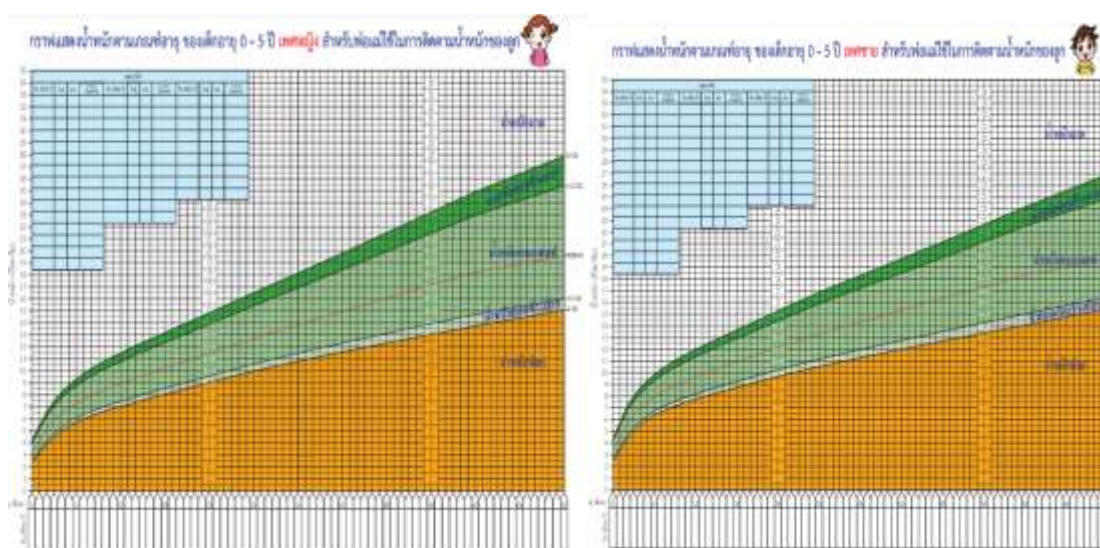
การดูแลสุขภาพเด็กทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดีและเด็กป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพของเด็กเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเด็ก ผลการศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติเพื่อจัดการภาวะภาวะโภชนาการเกิน และโรคอ้วนในเด็กประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็ก 2) การประเมินเพื่อคัดแยกประเภทภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็ก 3) วิธีการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก และ 4) การประเมินผลของการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก (Chaisri, Klungtumneim, & Buajarean, 2014) เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่ยังไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารได้เอง แนวทางในการส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนจึงเป็นบทบาทของพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะโภชนาการ การส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน และการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน รายละเอียดดังต่อไปนี้

การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน เป็นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการดูแลสุขภาพเด็กดีของสถานบริการสุขภาพ การประเมินที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะโภชนาการเกิน สำหรับบทความนี้ขอเสนอไว้ 3 วิธี มีดังนี้

1. การประเมินน้ำหนักเทียบเกณฑ์อายุ (Weight for Age)

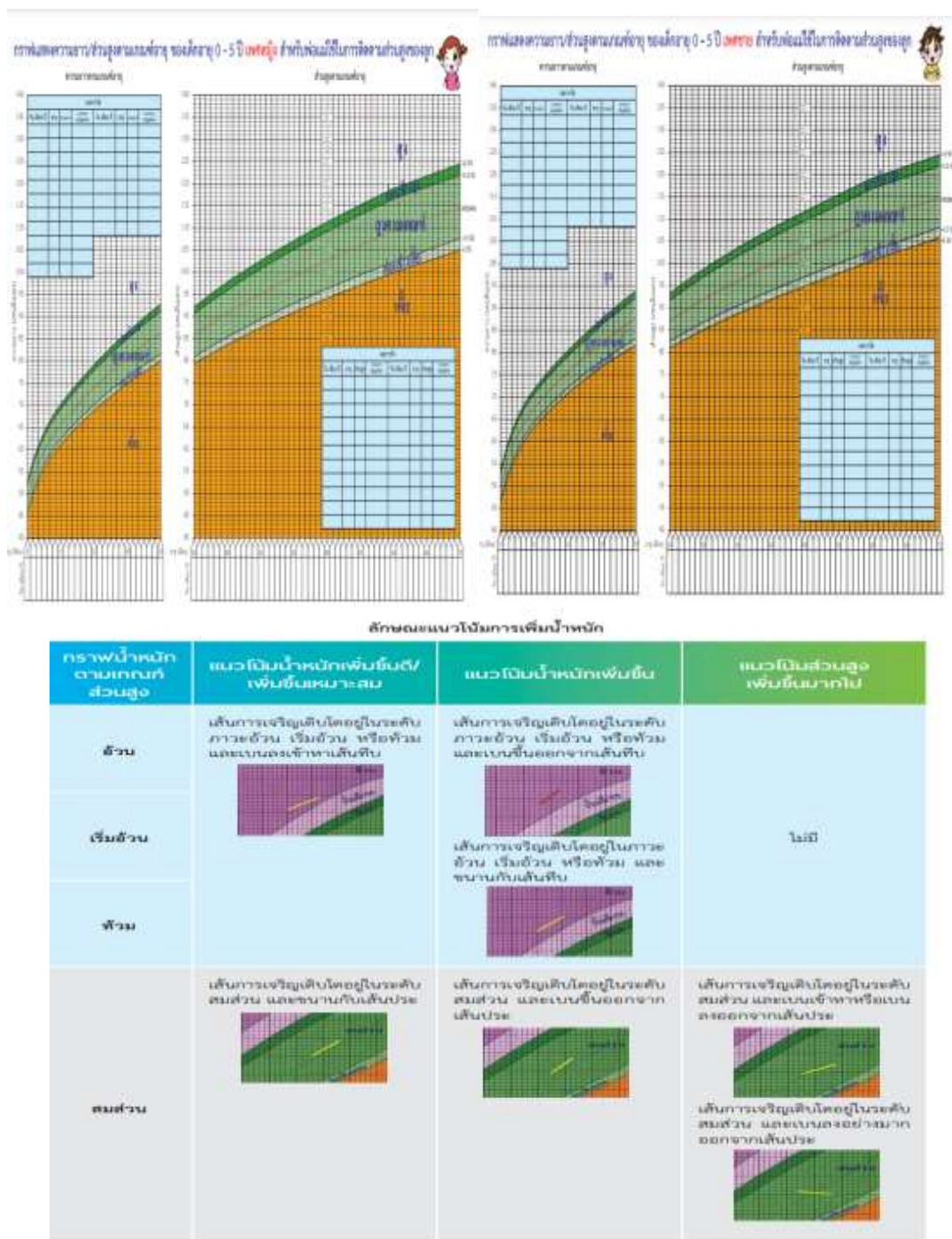
การประเมินน้ำหนักตัวของเด็ก ซึ่งเป็นผลรวมของกล้ามเนื้อ ไขมัน น้ำ และกระดูกในร่างกาย การประเมินน้ำหนัก การประเมินน้ำหนักเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามอายุ จึงจำเป็นต้องทราบอายุที่แท้จริงของเด็ก เพื่อติดตามบันทึกตามแบบบันทึกน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และแยกตามเพศของเด็กของสำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังภาพที่ 1 เพื่อติดตามระดับน้ำหนักตัวในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ น้ำหนักมาก หมายถึง น้ำหนักมากกว่า + 2 SD น้ำหนักค่อนข้างมาก หมายถึง น้ำหนักอยู่เหนือเส้น + 1.5 SD ถึง + 2 SD น้ำหนักตามเกณฑ์ หมายถึง น้ำหนักอยู่เหนือเส้น - 1.5 SD ถึง + 1.5 SD น้ำหนักค่อนข้างน้อย หมายถึง น้ำหนักอยู่ต่ำกว่าเส้น - 1.5 SD ถึง - 2 SD น้ำหนักน้อย หมายถึง น้ำหนักอยู่ต่ำกว่าเส้น - 2 SD



ภาพที่ 1 กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของเพศหญิงและเพศชาย
แหล่งที่มาของภาพ: Bureau of Nutrition, Department of Health, 2021

2. การประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight for Height)

การประเมินภาวะโภชนาการด้วยวิธีนี้ เป็นบันทึกผลการประเมินลงบนกราฟที่แสดงตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงแยกตามอายุและเพศชายและเพศหญิงอายุ 0- 5 ปี (ดังภาพที่ 5) โดยค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงตั้งแต่ +2SD ขึ้นไปแสดงว่าเด็กมีภาวะเริ่มอ้วน สามารถสะท้อนภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนของเด็กไทย ได้ดีกว่าการประเมินด้วยเกณฑ์อื่น (Chaisri et al., 2014) พยาบาลสามารถใช้แนวทางการประเมินโภชนาการจากน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงนี้ เป็นเครื่องมือในการอธิบายให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการติดตามภาวะโภชนาการเกินอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 2 : กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงและแสดงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก
แหล่งที่มาของภาพ: Bureau of Nutrition, Department of Health, 2021

3. การประเมินดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI)

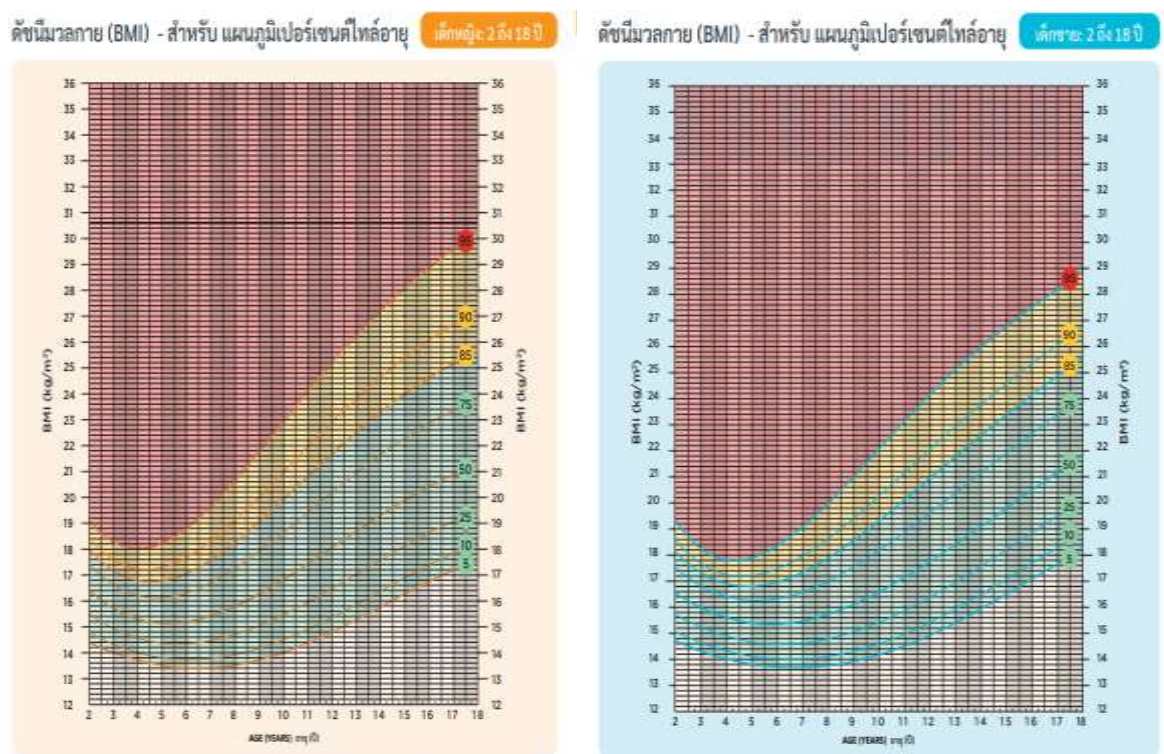
ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการวัดระดับไขมันในร่างกาย เป็นประเมินความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูง คำนวณโดยการนำค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยค่าส่วนสูง (เมตร)² สำหรับในวัยเด็กกำหนดเกณฑ์ BMI ตั้งแต่ 25 ขึ้นไปถือว่าน้ำหนักเกินเกณฑ์และเสี่ยงต่อโรคอ้วน ค่าดัชนีมวลกายที่อ้างอิงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค กรมอนามัยแห่งสหรัฐอเมริกา (The Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ใช้กับกลุ่มเด็กเพศชายและเด็กเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 2-20 ปี (Kuczmarski



Overnutrition in Preschool Aged Children: Roles of Pediatric Nurses for Nutrition Promotion

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน: บทบาทพยาบาลเด็กในการส่งเสริมโภชนาการ

et al., 2002) สำหรับแผนภูมิตัชนีมวลกายตามเปอร์เซ็นต์ไทล์ของเด็กไทย ใช้แบบบันทึกค่าดัชนีมวลกายตามเพศของเด็กหญิงและชาย กลุ่มอายุระหว่าง 2-18 ปี (ดังภาพที่ 3) ดัชนีมวลกายเมื่อเทียบเกณฑ์กับช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ดังตารางที่ 1 ค่าที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 85 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเสี่ยงต่อโภชนาการเกิน (ดังตารางที่ 1)



ภาพที่ 3 แสดงดัชนีมวลกายเทียบจากช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์
แหล่งที่มา: <http://pro.healthykids.nsw.gov.au/>

อย่างไรก็ตามค่าดัชนีมวลกาย เป็นการประเมินโภชนาการเกินแบบประมาณการ เพราะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบอื่น เช่น น้ำหนักกล้ามเนื้อ และไขมันของร่างกายด้วย

ตารางที่ 1 แสดงดัชนีมวลกายเทียบจากช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์

เกณฑ์ดัชนีมวลกาย	ช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์
น้อยกว่ามาตรฐาน: Underweight	<5%
ปกติ: Healthy weight	5% – 85%
เสี่ยงน้ำหนักเกินเกณฑ์: At risk of overweight	85% – 95%
น้ำหนักเกิน: Overweight	>95%

การประเมินภาวะโภชนาการในปัจจุบัน สำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีโปรแกรมออนไลน์ BNutri-GSPBNutri: GSP (Bureau of Nutrition - Growth Surveillance Program) ใช้ประเมินและเฝ้าระวังการเจริญเติบโตในเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี แสดงแนวโน้มของภาวะโภชนาการเกินของเด็กใช้บันทึกข้อมูลพฤติกรรมอาหาร เพื่อการวางแผนและป้องกันภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ข้อดีของโปรแกรมนี้นี้ ทำให้บุคลากรสุขภาพผู้ดูแลเด็กสามารถแจ้งพ่อแม่ผู้ปกครองให้ทราบถึงการแนวโน้มการเจริญเติบโตของเด็กเพื่อหาสาเหตุและการป้องกันโภชนาการเกิน รวมทั้งสื่อสารให้ชุมชนได้รับทราบผลการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลให้หน่วยงานในพื้นที่ร่วมกำหนดนโยบาย วางแผนและดำเนินการ

ส่งเสริมการเจริญเติบโต ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ (NSTDA, 2022) นอกจากการประเมินภาวะโภชนาการเกินจากน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อติดตามภาวะโภชนาการเกินของเด็กแล้ว การประเมินและบันทึกพฤติกรรมบริโภคของเด็กเป็นรายบุคคลทุก 3 เดือน โดยสอบถามกับพ่อแม่ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อให้คำแนะนำการจัดอาหารแก่เด็กสำหรับผู้ปกครองได้

ปัจจุบันศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) ร่วมกับกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านต่อมไร้ท่อ พัฒนาการ และโภชนาการ ได้จัดทำแอปพลิเคชัน Kid Diary (ดังภาพที่ 4) เพื่อการคัดกรองการเจริญเติบโตและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี ในแต่ละช่วงอายุ ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แอปพลิเคชัน Kid Diary นี้ ประกอบด้วย 3 ระบบย่อย คือ KidSize KidAm และ Thai School Lunch ระบบสามารถเชื่อมต่อกันได้แบบอัตโนมัติ ทำให้การวินิจฉัยข้อมูล และการจัดการดูแลสุขภาพและโภชนาการเป็นไปแบบบูรณาการ สนับสนุนการให้ความร่วมมือของพ่อแม่ผู้ปกครอง โรงเรียน และโรงพยาบาล เพื่อการดูแลเด็กที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Ministry of Public Health, 2021)

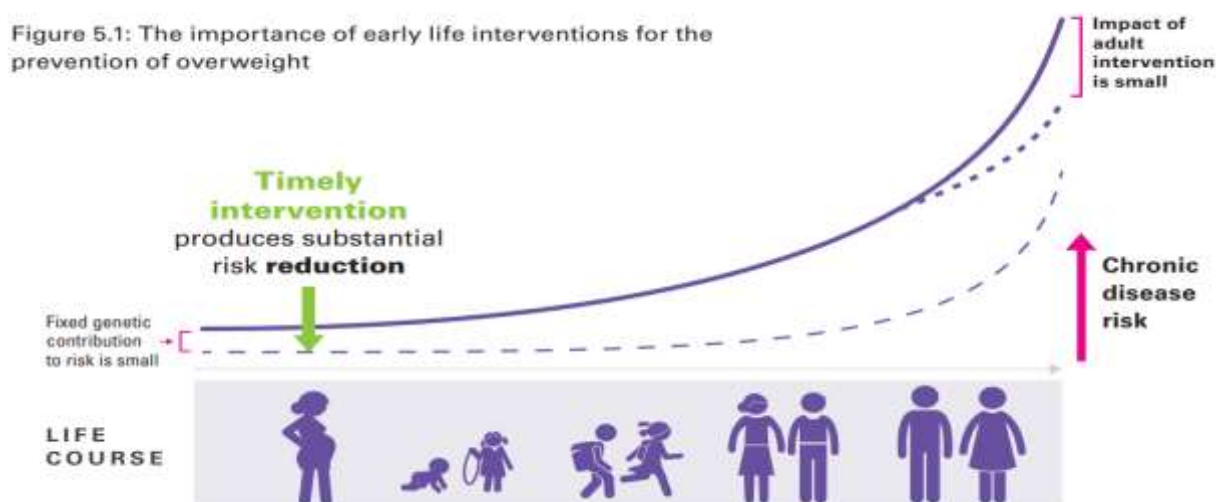


ภาพที่ 4 โปรแกรมบันทึกและคัดกรองการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย
แหล่งที่มาของภาพ: KidDiary, 2022

ปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้เชื่อมโยงระบบจัดเก็บข้อมูลนักเรียนรายบุคคล (Data Management Center: DMC) กับโปรแกรมบันทึกและคัดกรองการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก (KidDiary School) นี้ด้วย เพื่อการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและสามารถจัดอาหาร ตามหลักโภชนาการให้เหมาะสมกับสุขภาพของเด็กด้วย สำหรับในระดับท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้โปรแกรม KidDiary School นี้ เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและจัดอาหารกลางวันให้เด็กเชื่อมโยงระบบดังกล่าวกับฐานข้อมูลรายบุคคลของเด็กเล็ก เพื่อให้ผู้ปกครองและครอบครัว สามารถเข้าถึงข้อมูลทางโภชนาการและพัฒนาการของบุตรหลานได้ (NSTDA, 2022) อย่างไรก็ตาม พบว่ายังขาดการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในประเมินภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียนนี้ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจสำหรับพยาบาลเด็ก วางแผนในการศึกษาวิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้เพิ่มเติมต่อไป

การส่งเสริมภาวะโภชนาการและการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน

การส่งเสริมโภชนาการเด็กเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเด็กร่วมกับครอบครัวของเด็ก ได้แก่ การส่งเสริมโภชนาการในด้านความปลอดภัยของการรับประทานอาหาร ด้านการจัดอาหารที่สอดคล้องกับพัฒนาการและความต้องการของเด็ก ด้านการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ปกครองและเด็กในการรับประทานอาหาร และ ด้านการเป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหาร (Suthiprasert & Boonsu, 2021) องค์การยูนิเซฟมีคำแนะนำว่า การส่งเสริมโภชนาการควรเริ่มต้นตั้งแต่ทารกเริ่มอยู่ในครรภ์มารดา (ดังภาพที่ 5) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน เพื่อช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพและความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ (UNICEF, 2021)



ภาพที่ 5 ความสำคัญของการจัดการเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินในช่วงชีวิตเริ่มต้น
แหล่งที่มาของภาพ : UNICEF, 2021

บทบาทของพยาบาลในการแนะนำการเลี้ยงดูเด็ก เริ่มตั้งแต่การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปลุกฝังวินัยและส่งเสริมพฤติกรรมกินของเด็กเล็ก จัดอาหารและส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับเด็กทุกวัย เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่มีขีดความสามารถจำกัดในการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ จำเป็นต้องพึ่งพาพ่อแม่ผู้ปกครองในการดูแลส่งเสริมวินัย และและปลุกฝังพฤติกรรมกินอย่างเหมาะสม สิ่งสำคัญที่พยาบาลเด็กสามารถส่งเสริมพ่อแม่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก ให้ดูแล ปลุกฝังวินัยและพฤติกรรมกินที่ดีแก่เด็กได้ ดังนี้ (Suthiprasert & Boonsu, 2021; Polwat, 2014)

1. ให้สังเกตและเรียนรู้ว่าลักษณะใดของเด็กที่เป็นการส่งสัญญาณว่าหิวหรืออิ่ม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการกินที่ดี
2. ให้จัดอาหารที่มีปริมาณและคุณค่าพอเพียงกับความต้องการ ตามความชอบของเด็ก สะอาดและปลอดภัย
3. ส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมในการเตรียมอาหาร เช่น การหยิบจับอุปกรณ์ การเตรียมผักผลไม้ การผสมเครื่องปรุง หรือเติมเครื่องปรุงลงในภาชนะปรุงอาหาร ผลการวิจัยสนับสนุนว่า การให้เด็กมีส่วนร่วมในการจัดอุปกรณ์ตามความสามารถของเด็ก เป็นการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมให้กับเด็ก ทำให้เด็กมีความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่น นำไปสู่การสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์



4. จัดสถานที่ให้เด็กนั่งเป็นที่ เป็นทาง รับประทานเป็นเวลา ไม่ควรมีสิ่งเร้าที่ทำให้เด็กวอกแวกขณะรับประทานอาหาร เช่นการเปิดโทรทัศน์ให้เด็กดู หรือเล่นโทรศัพท์ขณะรับประทานอาหาร และสนับสนุนให้เด็กมีโอกาสได้รับประทานอาหารด้วยตนเอง ไม่ตามป้อนเด็ก เพื่อเป็นการฝึกทักษะการรับประทานอาหาร

5. สร้างเสริมบรรยากาศการรับประทานอาหารกับครอบครัว โดยหลีกเลี่ยงการดู ชูหรือบังคับหลีกเลี่ยงหรือการทะเลาะกันระหว่างรับประทานอาหาร ควรพูดคุยส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น และให้เด็กเรียนรู้วินัยและมารยาทขณะรับประทานอาหาร

6. ฝึกให้เด็กดื่มนมหรือน้ำจากแก้วหรือใช้หลอดดูด

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำและจัดโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนและพ่อแม่ผู้ปกครอง ให้มีความรู้ความเข้าใจในการจัดอาหาร และส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมแก่เด็กวัยก่อนเรียน ดังนี้ (Pinthong, Charoenbut, & Songserm, 2020)

1. วิเคราะห์ชนิดและปริมาณของอาหาร เครื่องดื่มที่ให้แก่เด็ก เช่น วิเคราะห์ปริมาณน้ำตาล และไขมัน หากพบอาหารที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กอ้วน จำเป็นต้องเปลี่ยนชนิดอาหารและทดแทนด้วยอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ สำหรับการจัดการควบคุมน้ำหนักและปรับพฤติกรรมการกินของเด็ก ไม่ควรให้เด็กกอดอาหารมือหลัก หรือลดปริมาณอาหารมากเกินไป เพราะจะมีผลกระทบต่อเจริญเติบโตของเด็ก

2. ลดชนิดของอาหารที่ไม่มีประโยชน์และเพิ่มปริมาณอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนที่ละน้อย จนกว่าครอบครัวจะปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ ลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานเกินได้แก่ กลุ่มข้าว-แป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง เผือก มัน เป็นต้น กลุ่มไขมัน เช่น น้ำมัน กะทิ แนะนำการหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอด ผัด ขนมที่ใส่กะทิ ให้ปรับเปลี่ยนเป็นอาหารที่ปรุงโดยการต้ม ตุ่น นึ่ง ปิ้ง อบ ยำ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หนังไก่ หมูสามชั้น หมูติดมัน ไส้กรอก เป็นต้น

3. ปรับเปลี่ยนชนิดของนม จากนมสดรสจืดหรือนมช็อกโกแลต มาเป็นนมขาดมันเนยหรือนมพร่องมันเนยหรือน้ำเปล่าแทน

4. กินผัก ผลไม้รสไม่หวานจัด เพิ่มขึ้นและหลากหลายเพื่อให้ได้ใยอาหารในการลดการดูดซึมน้ำตาล ไขมัน และคอเลสเตอรอล ในร่างกาย

5. งดกินขนม-เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น ลูกอม ช็อกโกแลต เยลลี่ น้ำหวาน น้ำอัดลม เพราะมีแต่น้ำตาล

6. งดกินขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก โดนัท พาย เพราะให้พลังงานสูงหรือกินจุบจิบ เช่น ขนมกรุบกรอบ และขนมหวานอื่น ๆ เพราะมีแป้ง น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง

7. แนะนำไม่ให้พ่อแม่ผู้ปกครองซื้ออาหาร ขนม หรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงไว้ที่บ้านมากเกินไป

8. แนะนำให้เพิ่มกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมเป็นประจำ นำเด็กให้ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น ลดกิจกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ

บทบาทในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียนที่สำคัญ ได้แก่ การให้คำปรึกษา การจัดการดูแล สนับสนุน และดำเนินนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (Sangngern & Quanboonchan, 2015; Ling, Robbins, & Wen, 2016; Cheng, George, DunhamM, Whitehead, & Denney-Wilson, 2021) การให้คำแนะนำข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และป้องกันโภชนาการเกินสำหรับครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียน มีความสำคัญอย่างยิ่ง จากผลการศึกษาการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าการส่งเสริมการเลี้ยงดูให้เด็กมีโภชนาการที่เหมาะสม เช่น การให้ความรู้แก่ครอบครัวของเด็กเรื่องอาหารและโภชนาการ และการออกกำลังกายมีความสำคัญเป็นอย่างมาก (Narzisi & Simons, 2021; Sanyaolu, Okorie, Qi, Locke, & Rehman, 2019) ปัจจุบันมีโปรแกรม FoodiEat (ดังภาพที่6) ที่พัฒนาโดยศูนย์เทคโนโลยี

อิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่จะช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลป้องกันโภชนาการเกิน ใช้บันทึกและวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกาย โดยเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลโภชนาการจากหน่วยงานต่าง ๆ ค้นหารายการอาหารด้วยการสแกนบาร์โค้ด แสดงรายการคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทยและผลไม้ วิเคราะห์พลังงานจากอาหารที่รับประทาน และคำนวณพลังงานที่เผาผลาญจากการออกกำลังกาย พยาบาลเด็กจึงสามารถแนะนำแม่ผู้ปกครองได้เรียนรู้และวางแผนดูแลโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนด้วยการใช้โปรแกรม FoodiEat นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมที่ใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้ทางโภชนาการสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล คือ โปรแกรม Food Choice (ดังภาพที่ 7) สามารถการใช้สแกนบาร์โค้ดของข้อมูลบนฉลากโภชนาการของผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ ช่วยให้พ่อแม่ผู้ปกครองสามารถตัดสินใจเลือกการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของเด็กได้อย่างสะดวก (NSTDA, 2022)



ภาพที่ 6 โปรแกรมFoodiEat และโปรแกรมFood Choice

แหล่งที่มาของภาพ : National Electronics and Computer Technology Center [NSTDA], 2022

แนวทางการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน มีแนวทางทั้งเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ สำหรับเชิงนโยบาย เช่น มาตรการจำหน่ายอาหารส่งเสริมสุขภาพ การกำหนดฉลากอาหารที่บ่งบอกคุณค่าทางโภชนาการ การดำเนินกิจกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชนและครอบครัวร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมและสภาพแวดล้อม เพื่อป้องกันและแก้ปัญหาภาวะโภชนาการเกินสำหรับเด็ก การทบทวนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมโภชนาการ หลายโครงการมุ่งกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียน เน้นประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการในวัยก่อนเรียนและวัยเรียน โดยให้ความรู้ด้านโภชนาการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย (Ling et al., 2016)



ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

การส่งเสริมภาวะโภชนาการและป้องกันโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการความรู้ความเข้าใจแก่พ่อแม่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ด้วยการประเมินและติดตามภาวะโภชนาการของเด็ก ส่งเสริมวินัยและการปลูกฝังพฤติกรรม การกินอย่างเหมาะสม จัดโปรแกรมหรือกิจกรรมการส่งเสริมโภชนาการ สร้างสรรค์สื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครอง และเด็กวัยก่อนเรียน รวมทั้งแนะนำผู้ปกครองให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้โปรแกรมต่าง ๆ เช่น KidDiary FoodiEat และ Food Choice เพื่อการติดตามและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน

สรุป

เด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน มีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก และมีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไปในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด การป้องกันและการส่งเสริมโภชนาการ จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งพ่อแม่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก หน่วยงาน ชุมชน ที่เกี่ยวข้องร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างต่อเนื่อง

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลเด็ก คือ การประเมินภาวะโภชนาการ การให้คำแนะนำในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนแก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก เพื่อการปรับปรุงพฤติกรรมบริโภคและการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน การติดตามประเมินภาวะโภชนาการของเด็กอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งวางแผนศึกษาวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี

References

- Amornsriwatanakul, A., Nakornkhet, K., Katewongsa, P., Choosakul, C., Kaewmanee, T., Konharn, K., ... Bull, F. C. (2016). Results from Thailand's 2016 report card on physical activity for children and youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(s2), S291-S298.
- Bangkok Business. (2022). "Obesity" affects the economy 13.2% of the global health budget. Retrieved from Wikipedia. <https://www.bangkokbiznews.com> (in Thai)
- Bureau of Nutrition, Department of Health. (2021). *Growth and development recording and screening program, and Early childhood (KidDiary)*. Retrieved from <https://www.kiddiary.in.th/> (in Thai)
- Chaisri, J., Klungtumneim, K., & Buajarean, H. (2014). Clinical nursing practice guideline for management of obesity in children: The synthesis of thesis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 360-367. (in Thai)
- Chaiyasung, P., Yakasem, P., & Chuthongrat, N. (2014). Factors predicting food consumption behaviors of overweight elementary school students, grade 4-6. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima*, 20(1), 30-43. (in Thai)



- Cheng, H., George, C., Dunham, M., Whitehead, L., & Denney-Wilson, E. (2021). Nurse-led interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 104008.
- Ekplakorn, W. (2014). *Report of the 5th Thai national health examination survey, children's edition 2014*. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th /11228/4604?locale-attribute=th> (in Thai)
- Hales, C. M., Carroll, M. D., Fryar, C. D., & Ogden, C. L. (2017). *Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2015–2016*. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/49223>
- KidDiary. (2022). *Growth recording and screening program and early Childhood development*. Retrieved from <https://www.kiddiary.in.th/> (in Thai)
- Kuczmarski, R. J., Ogden, C. L., Guo, S. S., Grummer-Strawn, L. M., Flegal, K. M., Mei, Z., ... Johnson, C. L. (2002). 2000 CDC growth charts for the united states: Methods and development. *Vital and health statistics. Series 11, Data from the National Health Survey*, (246), 1–190.
- Ling, J., Robbins, L. B., & Wen, F. (2016). Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 270–289.
- Ministry of Public Health. (2021). *A guide to surveillance and promotion of early childhood development*. Retrieved from <http://www.banmor.go.th/site/attachments/article/440/DSPM2564.pdf> (in Thai)
- Munsaket, R. (2020). Health promotion of school-aged children with obesity to reduce the risk of diabetes in school. *Journal of Health Center*, 14(35), 437–449. (in Thai)
- Narzisi, K., & Simons, J. (2021). Interventions that prevent or reduce obesity in children from birth to five years of age: A systematic review. *Journal Child Health Care*, 25(2), 265–275. doi: 10.1177/1460458214555041
- National Electronics and Computer Technology Center. NECTEC, (2022). *Food choice program*. Retrieved from <https://www.nectec.or.th/innovation/innovation-mobile-application/foodchoice.html> (in Thai)
- National Electronics and Computer Technology Center. NECTEC, (2022). *Program to record and analyze food and exercise behavior (FoodiEat)*. Retrieved from <https://www.nectec.or.th/innovation/innovation-mobile-application/foodieat.html> (in Thai)
- National Science and Technology Development Agency. NSTDA, (2022). *Press release*. Retrieved from https://www.nstda.or.th/home/news_post/big-data-analytics/



- Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health. (2020). *Report on nutrition status of school health work*. Retrieved from Wikipedia. <https://hdcservice.moph.go.th> (in Thai)
- Parimanon, C., Chaimay, B., & Woradet, S. (2018). Nutritional status and factor associated with nutritional status among children aged under 5 years: Literature review. The Southern College Network. *Journal of Nursing and Public Health*, 5(1), 329 –342. (in Thai)
- Pinthong, T., Charoenbut, P., & Songserm, N. (2020). Effects of food and nutrition management program on preschool children in the child development center, Rai Noi Subdistrict, Ubon Ratchathani Province. *Journal for Public Health Research*, 9(2), 137-147. (in Thai)
- Polwat, S. (2014). *Teaching children about food consumption*. Retrieved from <http://taamkru.com/t> (in Thai)
- Sangngern, P., & Quanboonchan, R. (2015). Effects of a health program on weight and fat percentage of overweight primary school students. *An Online Journal of Education*, 10(1), 189- 199. (in Thai)
- Sanyaolu, A., Okorie, C., Qi, X., Locke, J., & Rehman, S. (2019). Childhood and adolescent obesity in the United States: A public health concern. *Global Pediatric Health*, 6, 1-11. doi: 10.1177/2333794X19891305
- Suthiprasert, C., & Boonsu, A. (2021). The role of parents in promoting nutrition for toddlers parents'roles in promoting toddler nutrition. *Electronic Journal Education*, 9(1), 246-255. (in Thai)
- Thongtanunam, Y. (2020). *Obesity in preschool children*. Retrieved from <http://164.115.41.60/excellencecenter/?p=44> (in Thai)
- UNICEF, (2021). *Childhood Overweight: A call for prevention in Latin America and the Caribbean*. Panama City: Author.
- Wangrath, J. (2018). Obesity among preschool-aged children in Thailand. *Thai Journal of Public Health*, 48(3), 356-370. (in Thai)
- World Health Organization. (2014). *Childhood overweight and obesity*. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
- World Health Organization. (2017). *Guideline: Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259133>