

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. Supreedha Monkong	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.อรรวมน ศรียุกตศุทธ Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Faculty of Nursing, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น Associate Professor Dr. Sunee Lagampan	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Faculty of Public Health, Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี
Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee
รองศาสตราจารย์ ดร.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.ศศิกันต์ 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
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) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสภามหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

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

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

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

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

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission)

กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require)

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

5.2.1 ให้ปรับปรุงแก้ไขเพียงเล็กน้อย (Minor Revision)

เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังกองบรรณาธิการ เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข

5.2.2 ให้ปรับปรุงแก้ไขในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision)

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

5.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission)

กองบรรณาธิการ จะแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

เมื่อกองบรรณาธิการส่งผลการประเมินบทความของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมกับแบบฟอร์มตารางสรุปผลการแก้ไขให้กับผู้เขียนแล้ว ขอให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ รวมทั้งจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไขตามหัวข้อประเมิน ส่งมายังกองบรรณาธิการ

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

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

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และจะต้องแน่ใจว่าผลงานดังกล่าวไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น
2. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในเนื้อหา ต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ
3. ตรวจสอบการเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบข้อกำหนดของวารสาร ดังคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
4. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมดที่ปรากฏในบทความวิจัย ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย
5. หากผลงานวิจัยมีการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจะต้องแนบหนังสือรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”
6. บทความต้องไม่ถูกส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่พร้อมกันกับส่งที่วารสารอื่น

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

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

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

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

การจัดเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย หรือบทความวิชาการในพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กองบรรณาธิการขอความร่วมมือให้ผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. สมัครเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
2. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษบน 3.81 ซม. ขอบขวา 2.54 ซม. และขอบซ้าย 3.81 ซม. ต้นฉบับรวมการอ้างอิงทั้งหมดต้องไม่เกิน 15 หน้า
3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรก และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัยและบทความวิชาการ

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

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

วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาให้ระบุชื่อหลักสูตร รวมทั้งสาขาวิชา ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

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

บทความวิชาการ เขียนบทความย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของ การเขียนบทความ และบทสรุป

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงบทความ ควรเป็น คำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ และมีความหมาย ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความ

บทความวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย หรือสมมติฐานการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

การอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

บทความวิชาการ

บทนำ (Introduction)

เนื้อหา

บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 3 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Cite and References)

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

5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ American Psychological Association ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 อย่างเคร่งครัด

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การเขียนอ้างอิงชื่อบุคคลในเนื้อหา ในกรณีที่คนไทยให้ระบุชื่อ ตามด้วยนามสกุล เป็นภาษาไทยไว้นอวงเล็บ และภายในวงเล็บให้ระบุเฉพาะนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น กรณีการกั้นธรรมาภิบาล (Kantaruksa, 2022) หากผู้ถูกอ้างอิงเป็นชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล เช่น แบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นต้น

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (Reference list)

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

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

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

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลขรหัส doi

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

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลขรหัส doi

World Health Organization. (2022). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*.

Retrieved from <https://covid19.who.int/>

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

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

2. การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

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

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

3. การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

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

Self-Management and Health-Related Quality of Life Among Persons with Liver Cirrhosis in Chengdu, the People's Republic of China การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน	1-12
ลิชา กู Lisha Gu ชมพูนุท ศรีรัตน์ Chomphoonut Srirat จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช Chiraporn Tachaudomdach	
Employee Well-being and Turnover Intention Among New Graduate Nurses in Hospitals in Dali, the People's Republic of China ความผาสุกของคนทำงานและความตั้งใจลาออกของพยาบาลจบใหม่ ในโรงพยาบาลของต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน	13-30
ลี่ ชูยเฉียน Li Cuixian อรอนงค์ วิชัยคำ Orn-Anong Wichaikhum กุลวดี อภิชาติบุตร Kulwadee Abhicharttibutra	
Core Self-evaluation and Subjective Career Success of Nurses in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China การประเมินแก่นแท้ของตนเองและความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัยของพยาบาลในโรงพยาบาล แห่งประชาชนต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน	31-42
ยิ่นลาย เฮอ Yinlai He วิภาดา คุณาวิกติกุล Wipada Kunaviktikul สมใจ ศิระกมล Somjai Sirakamon	
Structural Empowerment, Psychological Empowerment and Perceived Respect of Nurses in Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China การสร้างเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง การสร้างเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจ และการยอมรับนับถือ ตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยต้าลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน	43-54
ฝู จีเฟิน Fu Jifen อภิรดี นันทศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat อรอนงค์ วิชัยคำ Orn-Anong Wichaikhum	

Food Literacy and Eating Behaviors Among Chiang Mai University Personnel	55-67
ความรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
ศิริรัตน์ ปานอุทัย	Sirirat Panuthai
สุทธินันท์ คอดริงตัน	Sutthinan Codrington
ฐิตินันท์ ดวงจินา	Thitinan Duangjina
รังสิมา โตสงวน	Rangsima Tosanguan
 The Effects of Cold Compression on Pain and Satisfaction Among	 68-80
Trigger Finger Patients Receiving Steroid Injection Therapy	
ผลของการประคบเย็นต่อความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยนิ้วล็อก	
ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์	
วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ	Wilailak Wongcharoen
นงลักษณ์ อินตา	Nonglak Inta
 The Effectiveness of an Anesthetic Protocol for Enhancing Recovery	 81-96
After Laparoscopic Cholecystectomy	
ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัว	
หลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง	
ศรีสังวาลย์ เนตรอนงค์	Srisungwan Nateanong
โชติรส อังกระวารานนท์	Chotirot Angkurawaranon
นันทมนัส จิตต์มาลา	Nunmanas Jitmala
 The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for	 97-111
Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure	
Among Stroke Patients with Hypertension	
ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม	
ความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและความดันโลหิต	
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	
สุนันทา เดชบุญ	Sunanta Detboon
ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล	Sirilak Kitsripisarn
สมบัติ มุ่งทวีพงษา	Sombat Muengtaweepongsa

The Impact of Disease on Health Status and Related Factors Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease	112-126
ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
อัญชิสรา รัตนคุณุประการ Unchisa Rattanakunuprakarn	
ทัศนีย์ ภู่อำวงศ์ Thatsanee Poosumang	
บัวชมพู เอกมาตร Buachompoo Ekkamart	
เยาวรัตน์ มัชฌิม Yaowarat Matchim	
ฉัตรฤดี ผดรัตนมณีกุล Charuedee Putruttanamaneekun	
 The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province	 127-142
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย	
ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ Chuleekorn Danyuthasilpe	
บัวพลอย พรหมแจ้ง Buaploy Promjang	
 Adaptation Among Family Caregivers of Persons with End Stage Renal Disease Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis	 143-158
การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	
นลัทพร สุทธิ Naladthaporn Sutti	
จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช Chiraporn Tachaudomdach	
จินดารัตน์ ชัยอาจ Jindarat Chaiard	
 The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy	 159-174
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา	
อรัญญา เตชะนันท์ Arunya Tachanan	
เดชา ทำดี Decha Tamdee	
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai	

Physical Literacy and Physical Activities Among Older Persons with Heart Failure	175-187
ความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	
ธนน ใจสินธุ์	Tanon Jaisin
ศิริรัตน์ ปานอุทัย	Sirirat Panuthai
ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์	Nattaya Suwankruhasn
 The Effect of PITS-Based Education Health Literacy on Self-Management	 188-201
 Among Older Persons with Chronic Kidney Disease Stage 1-3	
ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง	
ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3	
ตยารัตน์ พุทธิมณี	Tayarat Phuttimane
ศิริรัตน์ ปานอุทัย	Sirirat Panuthai
พนิดา จันทโสภิพันธ์	Phanida Juntasopeepun
 The Effects of Yoga on Dyspnea and Pulmonary Function Among Persons	 202-215
 with Chronic Obstructive Pulmonary Disease	
ผลของการฝึกโยคะต่ออาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด	
ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
เสาวลักษณ์ หงษาไช	Saowaluck Hongdachait
จินดารัตน์ ชัยอาจ	Jindarat Chaiard
นิตยา ภิญโญคำ	Nitaya Pinyokham
 Factors Associated with Physical Activity Among Older Persons	 216-229
 with Knee Osteoarthritis Stage III	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม	
สุพรรณิ วงศ์แก้ว	Supannee Wongkeaw
ศิริรัตน์ ปานอุทัย	Sirirat Panuthai
ภารดี นานาศิลป์	Paradee Nanasilp

The Effect of a Discharge Teaching Program on Readiness for Hospital Discharge Among Older Patients with Acute Myocardial Infarction ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	230-243
ศิริรัตน์ สิมทราช Siroat Simtarach	
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai	
ณัฐรยาน สุวรรณคุณาสัน Nattaya Suwankruhasn	
The Effects of Nordic Walking Exercise on Physical Fitness Among Older Persons ผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ	244-255
เฟื่องเฉลิม ศรปะละ Fuangchalerm Sornpala	
กนกพร สุคำวัง Khanokporn Sucamvang	
โรจน์ จินตนาวัฒน์ Rojanee Chintanawat	
The Health Literacy and Health Behavior of the 45–59-Year-old Working Age Group in Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์	256-270
วิชุดา นพเสริฐ Wichuda Nopasert	
นิสาชล บุปผา Nisachon Bubpa	
อรุณณี ใจเที่ยง Arunnee Jaitieng	
The Effects of a Board Game Exercise Program on Cognitive Function in Older People ผลของโปรแกรมเกมกระดานบริหารสมองต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ	271-283
อธิชา มุลเทียนทอง Athicha Moonthienthong	
นิสาชล บุปผา Nisachon Bubpa	
อรุณณี ใจเที่ยง Arunnee Jaitieng	

The Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and Health Behaviors Among Uncontrolled Hypertensive Patients in Muang District, Chiang Mai Province ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่	284-299
ภพพร บวรทิพย์ Pataporn Bawornthip ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี Noppamas Sripetchwandee	
The Effect of the Health Belief Enhancing Program on Stroke Prevention Behaviors of At-Risk Persons in a Community ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	300-313
จารุวรรณ จันดาหงษ์ Jaruwan Jandahong เดชา ทำดี Decha Tamdee ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana	
Factors Influencing Self-Esteem Among Adolescents during the COVID-19 Pandemic ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโควิด-19	314-328
วันเพ็ญ รักษ์ปวงชน Wanphen Rakpuangchon ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์ Nattaya Wisarapun นุชรีย์ แสงสว่าง Nucharee Sangsawang บุศรา แสงสว่าง Bussara Sangsawans ศรินทร์ทิพย์ บุญด้วยลาน Sirinthip Boondaulylan ภารดี บุญเพิ่ม Paradee Boonperm ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล Chadaporn Vatanavilai บุศรินทร์ เล็กบำรุง Busarintr Lekbamrung	
A Needs Assessment for Literacy in Early Childhood Health Care of Child Caregivers in Child Development Centers การประเมินความต้องการจำเป็นด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	329-342
ภัทร์พิชชา ครุฑางคะ Phatphitcha Kruthangka	

Relationships Among Knowledge, Self-efficacy, and Maternal Practice for Promoting Language Development of Toddlers ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติของมารดา เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน อมรรัตน์ เขียวเปี่ยม Amornrat Keawpiam พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น Pimpaporn Klunklin อัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณ Acharaporn Sripusanapan	343-354
The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ นัชชารินทร์ ภูมิวรรณ Nutcharin Pumiwanna สมบัติ สกุลพรรณ Sombat Skulphan हररषषष ढरषषषषष Hunsa Sethabouppha	355-368
Factors Related to Problem Behaviors in Adolescents Having a Parent with Mental Illness ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดา มีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ปาริชาต อิมโอชา Parichat Im-ocha ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ Patraporn Tungpunkom สมบัติ สกุลพรรณ Sombat Skulphan	369-380
The Effect of Social Support via an Application on Fear of Childbirth Among Primigravidas ผลของการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันต่อความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก วรภรณ์ แก้วสุข Waraporn Kaewsuk นันทพร แสนศิริพันธ์ Nantaporn Sansiriphun ฉวี เบาทรง Chavee Baosoung	381-395

Nursing Care of Breast Cancer Patients Undergoing Surgery at Outpatient Department	396-408
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก	
จุฑามาศ ปิงธนานุกิจ Chuthamas Puengtananukij	
จิตรานันต์ กงวงศ์ Jittranun Kongwong	
Integrating Global Citizenship Through Nursing Education	409-422
การบูรณาการความเป็นพลเมืองโลกผ่านการจัดการศึกษาพยาบาล	
เสาวลักษณ์ ทำมาก Saowaluk Thummak	
วาสนา อุปปื่อ Wassana Uppor	



สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับนี้เป็นฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม) ปีที่ ๕๐ ซึ่งถือได้ว่าวารสารได้ทำหน้าที่เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการมาเป็นเวลานานถึงครึ่งศตวรรษ โดยได้พัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพตลอดมา ปัจจุบันวารสารได้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และได้รับการจัดอันดับวารสารไทยในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1

วารสารฉบับนี้ได้นำเสนอบทความที่หลากหลายและน่าสนใจ จำนวน 30 เรื่อง เป็นบทความวิจัย 28 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง สำหรับบทความวิจัย เป็นบทความภาษาอังกฤษ 4 เรื่อง ดังเช่น Self-Management and Health-Related Quality of Life Among Persons with Liver Cirrhosis in Chengdu, the People's Republic of China เป็นต้น และบทความวิจัยภาษาไทย 24 เรื่อง เป็นบทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 14 เรื่อง ดังเช่น ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิสัยเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลชุมชนและเวชปฏิบัติชุมชน 4 เรื่อง ดังเช่น ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 3 เรื่อง ดังเช่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโควิด-19 เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 เรื่อง ดังเช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เป็นต้น บทความด้านการผดุงครรภ์ 1 เรื่อง ได้แก่ ผลของการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันต่อความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก สำหรับบทความทางวิชาการในฉบับนี้มี 2 เรื่อง ดังเช่น การบูรณาการความเป็นพลเมืองโลกผ่านการจัดการศึกษาพยาบาล เป็นต้น บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

ในโอกาสเริ่มต้นปีพุทธศักราช ๒๕๖๖ กองบรรณาธิการพยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยจงดลบันดาลให้ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เขียนบทความ และผู้อ่านทุกท่าน มีสุขภาพที่แข็งแรงและประสบแต่ความสุข ตลอดไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา

บรรณาธิการ



Self-Management and Health-Related Quality of Life Among Persons with Liver Cirrhosis in Chengdu, the People's Republic of China*

การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคตับแข็งในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ลิษา	กู**	Lisha	Gu**
ชมพูนุท	ศรียรัตน์***	Chomphoonut	Srirat***
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช****	Chiraporn	Tachaudomdach****

Abstract

The purposes of this study were to examine self-management and health-related quality of life (HRQoL) among persons with liver cirrhosis (LC), including the relationship between self-management and HRQoL. Purposive sampling was used to recruit 153 participants from the affiliated hospital of Chengdu University in Chengdu, Sichuan province, the People's Republic of China. The research instruments included a demographic form, the Self-Management Behavior Scale (SMBS), and the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). The Cronbach's alpha coefficients of the SMBS and CLDQ questionnaires were 0.93 and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the Pearson product-moment coefficient test, and Spearman's rank-order correlation test.

The results indicated that the mean score for self-management behavior and HRQoL were 69.58 (SD = 7.29), and 4.95 (SD = 0.78), respectively. There was a weak positive correlation between self-management and HRQoL ($r = .23, p < .01$). Regarding each dimension of self-management behavior, medication management had a moderate positive correlation with HRQoL ($r_s = .37, p < .01$) and daily life management had a weak positive correlation with HRQoL ($r_s = .26, p < .01$). However, the two dimensions of illness-monitoring management and dietary management were not significantly related with HRQoL.

The results of this study could be useful for clinical nurses by providing information to promote self-management among persons with LC in China. Good medication and daily life management may improve the HRQoL among persons with LC.

Keywords: Liver cirrhosis; Self-management; Health-related quality of life

* 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: lisha_gu@cmu.ac.th

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

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

Received 9 January 2023; Revised 20 February 2023; Accepted 28 February 2023



บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลในสังกัดของมหาวิทยาลัยเฉิงตู เมืองเฉิงตู มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 153 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson product-moment coefficient และสถิติ Spearman's rank-order correlation

ผลการศึกษานี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 69.58 (SD = 7.29) และ 4.95 (SD = 0.78) ตามลำดับ พฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23$, $p < .01$) โดยในมิติของการจัดการตนเองด้านการจัดการยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .37$, $p < .01$) ในขณะที่ การจัดการชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .26$, $p < .01$) อย่างไรก็ตาม มิติการจัดการเฝ้าระวังความเจ็บป่วยและการจัดการด้านอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ผลของการศึกษานี้ อาจเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในคลินิกโดยการให้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคตับแข็งในประเทศจีน การจัดการยาและชีวิตประจำวันอาจจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคตับแข็ง

คำสำคัญ: โรคตับแข็ง การจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and Significance

Liver cirrhosis (LC) has become one of the major causes of morbidity and mortality worldwide. Globally, LC caused more than 1.32 million deaths in 2017, and the number of deaths and disability adjustment years due to cirrhosis have increased from 1990 to 2017 (Sepanlou et al., 2020). In China, there were approximately 7 million patients with LC, and 150,000 deaths from LC every year (Xiao et al., 2019). Self-management in patients with LC has a positive effect on reducing their physical, mental and social problems, delaying the disease progression and improving HRQoL (Dong et al., 2018; Mansouri, Ghadami, Najafi, & Yektatalab, 2016). However, if LC patients improperly manage their condition, this can lead to harm, hospitalization, and death (Hayward et al., 2017). Wang, Wang, Gao, Han, and Li (2015) reviewed the self-management of patients with LC, in four aspects: 1) dietary management suggestions to maintain a healthy diet; 2) daily life management including cleanliness, clothing, sleep, emotions, and relationships with relatives and friends; 3) medication management involving taking medicines following the doctor's instructions; and 4) illness monitoring management involving disease monitoring, prevention and coping approaches (Wang et al., 2015).

HRQoL for persons with LC is an important aspect of management because it is a predictor of survival for persons with liver cirrhosis (Gao, Gao, Li, Shang, & Hao, 2013; Zhang, Xi, Liu, & Wang, 2019). According to Younossi, Guyatt, Kiwi, Boparai, and King (1999), HRQoL refers to the perceived well-being regarding abdominal symptoms, fatigue, systemic symptoms, activity, emotional function, and worry of persons with LC. Dietary management can prevent disease progression and reduce the severity of liver failure (Perumpail, Li, Cholankeril, Kumari, & Ahmed, 2017). Daily life management is beneficial to improve patients' social support and reduce patients' depression and worrying (Dong et al., 2018; Peng, Hepgul, Higginson, & Gao, 2019). Effective medication management can eliminate the cause, reverse cirrhosis, treat complications, and control the progression of the disease (Su, Yang, & Lin, 2018; Poordad, 2015). Illness monitoring management can slow down the progression of the disease and result in an increase in the survival rate of persons with LC (Shetty, Jung, & Saab, 2019). The six dimensions that affect the HRQoL of persons with LC are abdominal symptoms, fatigue, systemic symptoms, activity, emotional function, and worry. These are caused by liver dysfunction, portal hypertension, and serious complications in patients. Therefore, self-management may improve the HRQoL of persons with LC.

In China, the research about self-management of patients with LC mainly focuses on self-management health education, self-management influencing factors and self-management among inpatients with LC. However, LC is a chronic disease with a long course, and sufferers spend most of their time at home, so self-management is very important for outpatients with LC. Besides, patients with LC have a poor HRQoL (Rabiee et al., 2021). Hou (2018) reported from China that the overall mean CLDQ scores for inpatients with LC were mean = 4.18 (SD = 0.62). There is no research on the correlation between self-management and HRQoL, and no studies have examined possible associations between different self-management-related domains and HRQoL



separately in outpatients with LC.

Chengdu is located in the southwest of China where the climate is humid and there is little sunshine (Wang, 2012). People in Chengdu focus on the use of condiments, using more salt and excessive edible oil in their cooking. Many dishes are cooked with animal offal, which contains more fat and cholesterol (Zhang & Ma, 2020). This dietary culture is not in line with the dietary management for persons with LC. Therefore, the relationship between self-management and HRQoL in outpatients with LC in Chengdu needs further study.

Research Objectives

This study aims to investigate the self-management behavior and HRQoL, and the relationship between self-management and HRQoL among people with LC in Chengdu, Sichuan Province, China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was developed according to the concept of self-management of persons with LC by Wang, Wang, Gao, Han, and Li (2015), which is described as persons with LC being responsible for their day-to-day care. It is comprised of four domains: dietary management, daily life management, medical management, and illness-monitoring management. Appropriate self-management of patients with LC can delay the progression of the disease, relieve symptoms of discomfort, reduce the risk of complications, improve the functional limitations of patients, and reduce the anxiety and depression of patients, which might improve their HRQoL. The HRQoL of persons with LC has 6 dimensions: abdominal symptoms, fatigue, systemic symptoms, activity, emotional function, and worry, which are caused by severity, complications, and common symptoms of LC. Therefore, good self-management of persons with LC may promote their HRQoL.

Methodology

Population and Sample

This descriptive correlational study was conducted with persons with LC at the Affiliated Hospital of Chengdu University, in Chengdu city, Sichuan province, the People's Republic of China. Purposive sampling was used to select participants from those who were diagnosed with LC, at least 18 years old, able to communicate in Chinese, and willing to participate. They were excluded if they were suffering from severe fatigue or hepatic encephalopathy (HE) because the nurse in the clinic would arrange for them to see the doctor in advance.

The sample size was calculated based on G*power analysis, and computer software (G*power 3.1.9.7) was used. Using two-tailed tests, a modest size of 0.3 was adopted for effect size because there was no relevant earlier finding. The risk of a type I error (α) is usually employed at .05, and the conventional standard for power ($1 - \beta$) is .95 (Polit & Beck, 2004). The resulting calculated sample size was 134. Considering for possible loss of subjects, 27 participants (20%)



were added to the sample resulting in a total sample size of 161.

Research Instruments

The data collection tool for this study consisted of three parts:

1. A demographic form was used for collecting information on gender, age, marital status, educational background, employment status, medical insurance, and regular follow-up.
2. The Self-management Behavior Scale (SMBS) was developed by Wang et al. (2015) to assess the self-management behavior of patients with LC, and they also translated the scale into English. The scale's total of 24 items included 4 dimensions (dietary, daily life, medication, illness-monitoring). Using a four-point Likert scale, the total score range is 24-96, and the higher the score, the better the self-management behavior (Wang et al., 2015).
3. The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ), developed by Younossi and colleagues (1999), was translated into Chinese by the Center for Outcomes Research in Liver Diseases LLC, dba CLDQ LLC, 1997 using the back-translation method. It is a disease-specific questionnaire used to measure HRQoL among patients with LC and includes 29 items in six domains: abdominal symptoms, fatigue, systemic symptoms, activity, emotional function, and worry. Domain and overall scores are expressed on a scale of 1 to 7. The average field score is calculated by dividing each domain score by the number of items in the domain, and the investigators present the CLDQ results on a scale of 1 to 7; the higher the score, the better the HRQoL (Younossi et al., 1999) and a score of less than 5 means that the person with LC had poor HRQoL (Parkash, Iqbal, Jafri, Azam, & Jafri, 2012).

The reliability of the instruments was tested with 10 participants who met the inclusion criteria. The Cronbach's coefficient alpha for the two questionnaires (the SMBS and CLDQ) were 0.93 and 0.96, respectively.

Ethical Considerations

The study was approved by the Institutional Review Board (IRB) of the Faculty of Nursing Chiang Mai University, Thailand (Study code: 2021-EXP026). Permission for data collection was then obtained from the Affiliated Hospital of Chengdu University. The Chinese version of the consent forms was required to be signed by all participants who agreed to participate in this study before data collection. Confidentiality and anonymity of individuals' responses were guaranteed.

Data Collection

The participants were recruited from the outpatient department in the Affiliated Hospital of Chengdu University. The researcher selected the prospective participants from the clinical records in the computer system by reviewing their clinical data, and then met them in a quiet, private meeting room in the outpatient department while they were waiting to see the doctor. The researcher explained the study methods, benefits, and ethical considerations to them, and individuals who agreed to participate in the study were asked to sign informed consent forms. The participants were asked to complete the questionnaires by the researcher reading the



questions without giving any further explanation to prevent bias. The process took approximately 20-30 minutes. Clinical data were collected from the medical records on the computer system. The researchers collected and checked the completed consent forms and questionnaires on the spot. The response rate for the questionnaires was 153 (95.03%). There were 8 participants who were not willing to complete both questionnaires.

Data Analysis

The data were analyzed using SPSS 13.0 (English version). The self-management behavior score, dietary management score, chronic liver disease questionnaire score, and worry score were normally distributed, although others were not. Therefore, descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and Spearman's rank-order correlation test were used. The correlation coefficient (r/r_s) value was classified into three levels as follows: r/r_s value $< .30$ = weak relationship, $.30 \leq r/r_s$ value $< .50$ = moderate relationship, and r/r_s value $> .50$ = strong relationship (Burns & Grove, 2010).

Results

1. Table 1 shows the demographic characteristics of the 153 participants; 80.28% were male, and the age range was 37-71 years old with a mean age of 55.73 (Mean = 55.73, SD = 7.75). Most of the participants were married (93.46%), and 75.16% of them had a junior middle school education level or higher. Only 45.10% of participants were employed, 90.19% of them had insurance, and 80.39% of them had regular follow-up to specialized hospitals (Table 1).

2. This study showed that the mean of the total self-management behavior of persons with LC score in this study was 69.58 (SD = 7.29, range = 51-84). Since items of each dimension are inconsistent, the average score of each dimension is taken for comparison. The average score for items was 2.90 (SD = 0.25). The highest mean score for an item was for medication management at 3.02 (SD = 0.33), followed by illness-monitoring (2.94 ± 0.44), daily life (2.88 ± 0.34), and diet management (2.80 ± 0.36) (Table 2).

3. The results show that the subjects of this study perceived that overall HRQOL was poor. The mean score of CLDQ was 4.95 (SD = 0.78). The only two dimensions with an average score above 5 were systemic symptoms (5.44 ± 0.79) and activity (5.32 ± 0.95). For each dimension, abdominal symptoms (4.84 ± 0.99), fatigue (4.93 ± 0.91), emotional function (4.78 ± 0.84), and worry (4.56 ± 0.81), the mean score was less than 5 (Table 3).

4. Table 4 reveals that there is a weak positive correlation between self-management and HRQOL among persons with LC ($r = .23$, $p < .01$). Among all dimensions, the strongest positive correlations were found between medication management and HRQoL, with a moderate positive correlation ($r_s = .37$, $p < .01$). Additionally, there was a weak positive correlation between daily life management and HRQoL ($r_s = .26$, $p < .01$), but the two dimensions of illness-monitoring management and dietary management did not have a significant relationship with HRQoL.



Table 1 Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Range of the Demographic Characteristics of the Subjects (n = 153)

Demographic Characteristics	Frequency(n)	Percentage (%)
Gender		
Female	33	21.57
Male	120	78.43
Age (years) (Mean = 55.73, SD = 7.75, Range = 32- 77)		
Marital status		
Married	143	93.46
Single	1	0.65
Divorced or widowed	9	5.89
Education background		
Primary school or below	38	24.84
Junior middle school	68	44.44
High school and equivalent	37	24.18
University and above	10	6.54
Employment status		
Incumbency	69	45.10
Retirement	58	37.91
Others	26	16.99
Medical insurance		
Yes	129	90.19
No	15	9.81
Regular follow-up		
Yes	123	80.39
No	30	19.61

Table 2 Mean and Standard Deviation, Overall and for Each Dimension of Self-management (n = 153)

Self-management	Possible score	Total score	Average score of items
		Mean (SD)	Mean (SD)
Total score	24-96	69.58 ± 7.29	2.90 ± 0.25
Dietary	7-28	19.60 ± 2.53	2.80 ± 0.36
Daily life	7-28	20.14 ± 2.38	2.88 ± 0.34
Medication	5-20	15.12 ± 1.65	3.02 ± 0.33
Illness-monitoring	5-20	14.71 ± 2.21	2.94 ± 0.44



Table 3 Mean and Standard Deviation, Overall and for Each Dimension of CLDQ (n = 153)

Scale	Range	Average
Total score	2.55-6.34	4.95 ± 0.78
Abdominal symptoms	2.00-6.67	4.84 ± 0.99
Fatigue	2.40-6.60	4.93 ± 0.91
Systemic symptoms	3.00-6.80	5.44 ± 0.79
Activity	2.33-7.00	5.32 ± 0.95
Emotional function	2.38-6.25	4.78 ± 0.84
Worry	2.00-6.20	4.56 ± 0.81

Table 4 The Relationship Between Self-Management and HRQoL Among Persons with LC (n = 153)

HRQoL	Self-management				
	Dietary	Daily life	Medication	Illness-monitoring	Total score
Total score	0.12	.26 ^{**b}	.37 ^{**b}	.15	.23 ^{**a}

^{**} p < .01. ^{*} p < .05.

^a The Pearson product-moment correlation test was used

^b The Spearman's rank-order correlation test was used

Discussion

Self-management

The result demonstrates that the overall mean score of self-management behavior among persons with LC is 69.58 (SD = 7.29) with an average item score of 2.90 (SD = 0.25) (Table 2), which is perceived as a higher self-management behavior score compared to the results of a previous study by Dong and colleagues (2.51 out of 4) (Dong et al., 2018), and indicates that the participants in this study had better self-management with some of the dimensions of self-management being high. However, there were also some low-scoring dimensions.

Compared with the average score of items, participants achieved the highest scores for medication management which was consistent with Dong et al. (2018) in China, but different from Volk, Fisher, and Fontana (2013) in the USA. Multiple factors contribute to maintaining better medication management, including participants being married and having adequate knowledge about information needed to self-manage their disease (Hou, 2018; Volk, Fisher, & Fontana, 2013). In this study, 93.46% of the participants were married, and 80.39 % of them had a follow-up regularly. Drug therapy is the main treatment for patients with LC. During regular follow-up, patients and their family may have realized the necessity and importance of drug therapy. This may be the main reason for the high score in medication management.



The illness-monitoring management score in this study was 14.17 (SD = 2.21) which was a better score than for other dimensions of self-management. This result was consistent with Volk et al. (2013) in the USA, but inconsistent with Dong et al. (2018) in China. Most of the participants (93.46%) were married, 80.39% of them followed-up regularly, and 75.16% of them had a junior middle school education level or higher. Married participants were able to get help from family members, and they followed up regularly. Therefore, they could receive more help from doctors. Persons with a higher level of education were better able to acquire knowledge about the disease, so they were better able to do disease monitoring (Hou, 2018; Volk et al., 2013).

In this study, persons with LC scored lower for daily life management (Table 2) than for medication management and illness-monitoring management, which was similar to the results of Tandon and Berzigotti (2020) in Canada. In this study, the reason for the low daily management score was that 90.19% of participants had insurance, so they had a lower financial burden regarding disease treatment than those who were uninsured, and subsequently were less focused on managing their daily life than the uninsured (Hou, 2018).

In this study, persons with LC had the lowest score for dietary management behaviors (Table 3) which is consistent with Dong et al. (2018) in China and Sharma et al. (2021) in India. This was because the low-salt diet of patients with cirrhosis affected their food intake (Sharma et al., 2021), and people in Chengdu focus on the use of condiments, using more salt and excessive edible oil in their cooking. Many dishes are cooked with animal offal, which contains more fat and cholesterol (Zhang & Ma, 2020), which may explain the lower dietary management scores in this study.

HRQoL

In this study, there was poor HRQoL among persons with LC. The total score for the CLDQ was 4.95 ± 0.78 , and the scores for abdominal symptoms (4.84 ± 0.99), fatigue (4.93 ± 0.91), emotional function (4.78 ± 0.84), and worry (4.56 ± 0.81) were less than 5 (Table 3). This result was consistent with the results of prior studies by Kok et al. (2020) in Canada, and Hou (2018) (mean = 4.18, SD = 0.62) in China because patients with LC suffer from complications, and had significant symptoms and emotional burdens, so HRQoL in patients with LC was poor (Kok et al., 2020). Patients with LC who were employed had better HRQoL (Liu et al., 2016); however, in this study only 45.10% of participants were employed, so they had poor HRQoL.

The Relationship Between Self-management and HRQoL

The results of this study showed that there was a weakly positive correlation ($r = .23$, $p < .01$) between self-management and HRQoL in persons with LC (Table 4). This result is inconsistent with a study conducted by Ren et al. (2018) in China, which found a strong positive association between self-management and quality of life in hospitalized patients with LC (Ren et al., 2018). Moreover, this study indicated a weakly positive relationship between daily life management and HRQoL, implying that HRQoL among persons with LC could be improved by enhancing self-



management and daily life management.

However, the current study indicated moderate positive relationships between medication management and HRQoL, implying that HRQoL could be improved by enhancing medication management as drug therapy is the main treatment for cirrhosis and can alleviate the progression of the disease and prevent complications. In addition, the results demonstrated that the relationships between HRQoL and other dimensions, including illness-monitoring management and dietary management, had no significance. The implication is that improving illness-monitoring management or dietary management alone may not significantly improve the HRQoL in persons with LC, because HRQoL in these patients is more complex, and there are other factors which affect it (Rabiee et al., 2021).

Conclusions and Implications

This result provides basic knowledge for nursing practice regarding the current situation of self-management and HRQoL among persons with LC. Based on the findings, 1) nursing practice may have evidence to improve self-management for persons with LC, mainly in the dietary and daily life management dimensions, and 2) findings suggest that nurses should pay attention to outpatients with LC, and give appropriate guidance on self-management to improve the HRQoL among persons with LC.

Recommendations for Further Research

1. It is necessary to study self-management behavior and HRQOL among persons with LC in different settings in China. This will not only enrich our understanding of this phenomenon, but also propose targeted interventions in the future.

2. Intervention studies which help improve self-management behavior and HRQOL should be conducted for persons with LC.

References

- Dong, N., Chen, W. T., Bao, M., Lu, Y., Qian, Y., & Lu, H. (2018). Self-management behaviors among patients with liver cirrhosis in Shanghai, China: A cross-sectional study. *Clinical Nursing Research*, 29(7), 448-459. doi: 10.1177/1054773818777914
- Gao, F., Gao, R., Li, G., Shang, Z. M., & Hao, J. Y. (2013). Health-related quality of life and survival in Chinese patients with chronic liver disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 131. doi: 10.1186/1477-7525-11-131
- Hayward, K. L., Horsfall, L. U., Ruffin, B. J., Cottrell, W. N., Chachay, V. S., Irvine, K. M., ... Valery, P. C. (2017). Optimising care of patients with chronic disease: Patient-oriented education may improve disease knowledge and self-management. *Internal Medicine Journal*, 47(8), 952-955. doi: 10.1111/imj.13505



- Hou, J. Y. (2018). *Status and influential factors of self-health management of patients with liver cirrhosis* (Unpublished master's thesis). North China University of Science and Technology, Hebei.
- Kok, B., Whitlock, R., Ferguson, T., Bailey, R. J., Burak, K. W., Kowalczewski, J., & Tandon, P. (2020). Health-related quality of life: A rapid predictor of hospitalization in patients with cirrhosis. *Journal of the American College of Gastroenterology*, 115(4), 575-583.
- Liu, Y., Sai, Z., Zhao, Y., Du, J., Jin, G., Shao, S., & Lu, X. (2016). Development and application of the Chinese (Mainland) version of chronic liver disease questionnaire to assess the health-related quality of life (HRQoL) in patients with chronic hepatitis B. *PloS One*, 11(9), e0162763.
- Mansouri, P., Ghadami, M., Najafi, S. S., & Yektatalab, S. (2016). The effect of self-management training on self-efficacy of cirrhotic patients referring to Transplantation Center of Nemazee Hospital: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(3), 256-263.
- Peng, J-K., Hepgul, N., Higginson, I. J., & Gao, W. (2019). Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 33(1), 24-36. doi: 10.1177/0269216318807051
- Perumpail, B. J., Li, A. A., Cholankeril, G., Kumari, R., & Ahmed, A. (2017). Optimizing the nutritional support of adult patients in the setting of cirrhosis. *Nutrients*, 9(10). doi: 10.3390/nu9101114
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poordad, F. F. (2015). Presentation and complications associated with cirrhosis of the liver. *Current Medical Research and Opinion*, 31(5), 925-937. doi: 10.1185/03007995.2015.1021905
- Rabiee, A., Ximenes, R. O., Nikayin, S., Hickner, A., Juthani, P., Rosen, R. H., & Garcia -Tsao, G. (2021). Factors associated with health -related quality of life in patients with cirrhosis: A systematic review. *Liver International*, 41(1), 6-15.
- Ren, H., Liu, C., Wang, R., Zhang, M., Tang, L., & Liu, F. (2018). Self-management behavior and its influencing factors of patients with cirrhosis: A cross-sectional survey. *West China Medical Journal*, 33(5), 574-578.
- Sepanlou, S. G., Safiri, S., Bisignano, C., Ikuta, K. S., Merat, S., Saberifiroozi, M., ... Malekzadeh, R. (2020). The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(3), 245-266. doi: 10.1016/s2468-1253(19)30349-8
-



- Sharma, P., Gupta, C., Kumar, A., Arora, A., Anikhindi, S. A., Singla, V., & Jasrotia, S. (2021). Nutritional assessment and factors affecting dietary intake in patients with cirrhosis: A single-center observational study. *Nutrition*, 84, 111099.
- Shetty, A., Yum, J. J., & Saab, S. (2019). The gastroenterologist's guide to preventive management of compensated cirrhosis. *Gastroenterology & Hepatology*, 15(8), 423-430.
- Su, C. W., Yang, Y. Y., & Lin, H. C. (2018). Impact of etiological treatment on prognosis. *Hepatology International*, 12(Suppl. 1), 56-67. doi: 10.1007/s12072-017-9807-0
- Tandon, P., & Berzigotti, A. (2020). Management of lifestyle factors in individuals with cirrhosis: A pragmatic review. In *Seminars in Liver Disease* (Vol. 40, No. 01, pp. 020-028). Thieme Medical Publishers.
- Volk, M. L., Fisher, N., & Fontana, R. J. (2013). Patient knowledge about disease self-management in cirrhosis. *American Journal of Gastroenterology*, 108(3), 302-305. doi: 10.1038/ajg.2012.214
- Wang, W. L. (2012). Regional differences in Chinese food culture. *Geography teaching*, (18), 6-8.
- Wang, Q., Wang, Y., Gao, J., Han, J., & Li, Y. (2015). Development of a self-management behaviour scale for LC. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(1), 73-79. doi: 10.1016/j.ijnss.2014.10.015
- Xiao, J., Wang, F., Wong, N., He, J., Zhang, R., Sun, R., ... Li, C. (2019). Global liver disease burdens and research trends: Analysis from a Chinese perspective. *Journal of Hepatology*, 71(1), 212-221. doi: 10.1016/j.jhep.2019.03.004
- Younossi, Z. M., Guyatt, G., Kiwi, M., Boparai, N., & King, D. (1999). Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut*, 45(2), 295-300. doi: 10.1136/gut.45.2.295
- Zhang, N., & Ma, G. (2020). Nutritional characteristics and health effects of regional cuisines in China. *Journal of Ethnic Foods*, 7(1). doi: 10.1186/s42779-020-0045-z
- Zhang, X., Xi, W., Liu, L., & Wang, L. (2019). Improvement in quality of life and activities of daily living in patients with liver cirrhosis with the use of health education and patient health empowerment. *Medical Science Monitor*, 25, 4602-4608. doi:10.12659/MSM.914487



Employee Well-being and Turnover Intention Among New Graduate Nurses in Hospitals in Dali, the People's Republic of China*

ความผาสุกของพนักงานและความตั้งใจลาออกของพยาบาลจบใหม่ ในโรงพยาบาลของต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน*

อ.อ.	ชุยเฉียน**	Li	Cuixian**
อรอนงค์	วิชัยคำ***	Orn-Anong	Wichaikhum***
กุลวดี	อภิชาติบุตร****	Kulwadee	Abhicharttibutra****

Abstract

Employee well-being is an important factor in turnover intention among new graduate nurses. This descriptive correlational study aimed to describe employee well-being, determine the level of turnover intention, and examine the relationship between employee well-being and turnover intention of new graduate nurses in hospitals in Dali, the People's Republic of China. The sample consisted of 260 new graduate nurses working in three Dali hospitals. The research instruments were the Chinese version of the Employee Well-being Scale (EWBS) and the Turnover Intention Questionnaire (TIQ). The Cronbach's alpha of the EWBS and TIQ were 0.94 and 0.89, respectively. Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation were used for data analysis.

Results revealed that the overall mean score of employee well-being of new graduate nurses was 3.97 (SD = .72). Turnover intention of new graduate nurses was at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.77, SD = .96). There was a significant negative relationship between employee well-being and turnover intention (r = -.341, p < .01).

The findings of this study could provide baseline data for nurse administrators to design strategies to improve employee well-being and minimize the turnover intention of new graduate nurses.

Key words: Employee well-being; Turnover intention; New graduate nurses

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

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

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: orn-anong.w@cmu.ac.th

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



บทคัดย่อ

ความผาสุกของการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญของความตั้งใจลาออกในพยาบาลจบใหม่ การศึกษาแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผาสุกของการทำงาน ระดับของความตั้งใจของการลาออก และความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกของการทำงานกับความตั้งใจลาออกของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลเมืองต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลจบใหม่จำนวน 260 คนที่ทำงานในโรงพยาบาล 3 แห่งในเมืองต้าหลี่ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความผาสุกของการทำงานฉบับภาษาจีน (Chinese version of the Employee Well-being Scale: EWBS) และแบบสอบถามความตั้งใจลาออก (Turnover Intention Questionnaire: TIQ) โดยมีค่า Cronbach's alpha ของ EWBS และ TIQ เท่ากับ 0.94 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank-order correlation

ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกของการทำงานโดยรวมของพยาบาลจบใหม่เท่ากับ 3.97 (SD = .72) ส่วนความตั้งใจลาออกของพยาบาลจบใหม่อยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.77$, SD = .96) และความผาสุกของการทำงาน และความตั้งใจลาออกมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.341$; $p < .01$)

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการออกแบบกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความผาสุกของการทำงานและทำให้ความตั้งใจลาออกของพยาบาลจบใหม่ลดน้อยลง

คำสำคัญ: ความผาสุกของการทำงาน ความตั้งใจลาออก พยาบาลจบใหม่

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and significance

In recent years, the demand for nurses has caused more and more of a shortage of nurses that is becoming an increasingly significant global problem (Oulton, 2006). The shortage of nurses worldwide will continue to rise (Takase, 2010) due to the ageing of the global population; the rapid growth of the community care and home care industries; the improvement of living standards; the increased demand for children's health care; and the changes in the disease spectrum. The demand for chronic care for adults has also increased (Oulton, 2006). These have greatly increased the demand for nurses. In the US, it is estimated that by 2020, a nursing shortage of approximately 36% is expected. The shortage of nurses in the United States will reach 800,000 and the shortage of nurses in Europe will reach 590,000 (Nurses International, 2011). In China, approximately 88% of hospitals had a nursing shortage and the average vacancy rate of nursing positions was about 27.5%. By the end of 2017, the total number of registered nurses in China was 3.8 million. The ratio of nurses was 2.74 per 1000 people with the ratio of doctors and nurses nationwide being at 1: 1.1. The ratio of doctors and nurses for tertiary hospitals was 1:1.54 and the ratio for secondary hospitals was 1: 1.46, which is still far from the international standard of 1: 2 (People's Health Network, 2018).

Nurse turnover is another important factor in the global shortage of nurses (De Gieter, Hofmans, & Pepermans, 2011), especially for new graduate nurses' turnover because the turnover of new graduate nurses is more significant. In order to avoid the early escape of new nurses in the USA during the nursing shortage in the early 1980's, where 35-60% of new graduate nurses quit their job within the first year of graduation (Hamilton, Murray, Lindholm, & Myers, 1989). The turnover rate of nurses was 20% in the US (Nurses International, 2011). American scholars reported a higher rate of 26.2% of new graduate nurses resigning within two years of starting their job (Kovner, Brewer, Yingrengreung, & Fairchild, 2010). In Taiwan, the yearly turnover rate of new graduate nurses was about 28%, while in Taipei it was as high as 47.7%. (Cheng, Tsai, Chang, & Liou, 2014). In China, the turnover rate of nurses was 10.2-11.2% (Modern Nursing, 2018). A study reported that some tertiary hospitals have the highest turnover rate for new graduate nurses with 2 to 5-year work experience, accounting for 47.87% of the total of nurses who had resigned (Xu, Ding, Lv, Wen, & Li, 2016). Another study reported by Mai, Zhai, Liao, and Huang (2016) in Guangzhou tertiary hospitals of China showed that nurses with 1 to 2 years' work experience occupied 54.3% while those with less than 5 years' work experience occupied 76.7% of turnover intention. These two reports also indicate that the turnover rate of new nurses is higher than the nurse group as a whole. All data showed that nurses were more likely to quit early on in their career.

Mobley (1977) defined turnover intention as the voluntary intention of an employee to leave an organization. Mobley's model is a rethinking process of turnover. The structure of the turnover intentional model includes thinking of quitting which means the idea of leaving the current job caused by the dissatisfaction towards the current job; the intention to search which



means that the employee's turnover idea is motivated by looking for other job opportunities, then initiate comparing and assessing other opportunities; and the intention to quit which means employees already have some other job or plans that are more interesting, but they are still considering their options and the employee then decides to leave the organization at some unspecified point in the future. In this process, the dissatisfaction towards the current work will motivate employees' turnover and the process is done before the actual turnover behavior occurs. Several general predictions by Mobley (1977) indicate that the best predictor of turnover should be the employee's turnover intention. Turnover intention has been identified as the best immediate predictor for actual turnover behavior and has been proven both theoretically and practically (Alexander, Lichtenstein, Oh, & Ullman, 1998; Fishbein & Ajzen, 1975; Pack, Roessler, Turner, & Robertson, 2007).

In general, a new graduate nurse refers to a nursing student who has just graduated. Many researchers consider a nurse with little work experience as a new graduate nurse, but there is no uniform standard of researchers defining new graduate nurses. Benner's (1984) "expert novice" theory considers a new graduate to be an advanced beginner, newly graduated in nursing and in need of a transitional period before they can become a qualified clinical nurse. In other words, even if nurses obtain a nurse qualification certificate after graduation, it will take them a period of time to adapt to clinical work. There were two main ways to define new graduate nurses from the literature review. One was to define a sample of a new graduate nurse as a nurse with less than 1 year of experience (Cheng et al., 2014; Lee, Lim, Jung, & Shin, 2012; Ortiz, 2016; Parker, Giles, Lantry, & McMillan, 2014). Another one was to define a new graduate nurse as a nurse with less than 3 years of experience (Fallatah, Laschinger, & Read, 2017; Giallonardo, Wong, & Iwasiw, 2010; Laschinger, Grau, Finegan, & Wilk, 2012; Vogelpohl, Rice, Edwards, & Bork, 2013).

The new graduate nurses are the main human resources to alleviate the shortage of nurses (Buerhaus, Auerbach, & Staiger, 2009). In China, as of the end of 2015, the number of registered nurses in a population of 1,000 increased from 1.52 to 2.36 compared with 2010. The increase in new nurses greatly eased the shortage of nurses and improved the quality of care (National Ministry of Health Statistics, 2016).

New graduates have been reported to face high stress and challenges when they transition from school to their first work setting (Duchscher, 2009). Some studies have shown that most new graduate nurses lack academic and practical skills, judgment, and decision-making skills (Duchscher, 2008). Therefore, the transition from student roles to real nursing work at the hospital is a stressful experience (Gerrish, 2000). All kinds of work-related stress have a negative impact on the employee's well-being (Lu, Kao, Siu, & Lu, 2011). Employees experiencing poor well-being in the workplace may be prone to more turnover (Boyd, 1997).

Throughout history, philosophers considered well-being as the best thing in terms of ultimate motivations for human actions (Diener, 1984). According to the literature review, if employees have a higher level of employee well-being, employee turnover intention will be



lower. Human beings have been striving for well-being since ancient times (Zheng, Zhu, Zhao, & Zhang, 2015). Employee well-being is critical to the survival and the development of organizations around the world (Spreitzer & Porath, 2012). Well-being in the workplace is beneficial not only to the employees but also to the employers, organizations, our community and our society (Warr, 2007). Employees experiencing poor health and well-being in the workplace may be less productive, make decisions of poorer quality, and be more prone to turnover (Boyd, 1997).

Dali is located in the western part of Yunnan province. There are three major hospitals in Dali. No official information on new graduate nurses' turnover rate in the Dali area was found. However, human resources statistics of the first affiliated Hospital of Dali University showed that 69.93% of nurses' turnover rate concerned those who had been working for less than one year. The data indicated that the turnover rate among new graduate nurses was higher and that nurses were more likely to quit their job early on their career life in Dali. Although some studies have been done in other regions, only one study by Li, Akkadechanunt, and Chontawan (2011) was conducted in Yunnan province. The results reported that the Kunming University Hospitals of Yunnan were at a moderate level of turnover intention however it didn't focus on new graduate nurses. No study on employee well-being and turnover intention in the Dali area exists. Because of the fact that different regions, different levels of hospitals, different nurses' formation trigger different levels of turnover intention (Yang, Yan, Zhou, Wang, & Lv, 2014), Li et al.'s (2011) study cannot explain the level of turnover intention in the Dali region, especially among the new graduate nurses' group. In summary, this study provides the first practical evidence to prove the level of turnover intention of new graduate nurses and is the first study to explore the employee well-being of new graduate nurses in the Dali area.

Research Objectives

This study aimed to describe employee well-being, determine the level of turnover intention, and examine the relationship between employee well-being and turnover intention of new graduate nurses in Dali Hospitals, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

Employee well-being (EWB) in this study was based on the employee well-being theoretical model (Zheng et al., 2015). EWB refers to the perceptions and feelings of a new graduate nurse about their satisfaction towards work, personal life and psychological experience. It consists of three dimensions which are life well-being (LWB), workplace well-being (WWB), and psychological well-being (PWB). Turnover intention (TI) in this study was based on the turnover intention theoretical model (Mobley, 1977). TI is defined as the voluntary intention of a new graduate nurse to leave a hospital. The structure of turnover intention includes thinking of quitting, the intention to search, and the intention to quit. The relationship between employee well-being and turnover intention is described in this study.



Methodology

A descriptive correlational research design was used to examine employee well-being, turnover intention and the relationship between employee well-being and turnover intention of new graduate nurses in hospitals of Dali, the People's Republic of China.

Population and Sample

The target population for this study was 470 new graduate nurses with less than three years of working experience, currently working in the three main hospitals of Dali, the People's Republic of China, including the First Affiliated Hospital of Dali University, the People's Hospital of Dali Bai Autonomous Prefecture, and the First People's Hospital.

A proportionate stratified sampling method was used to select nurses from each hospital. A simple random sampling method was used to select new graduate nurses from the name list of new graduate nurses in the nursing department of each hospital. This study was calculated using the formula of Yamane (1973). Considering the loss of samples, 30% of the sample size (65) was added (Israel, 1992) into the sample, making 281 new graduate nurses in total. Finally, a total of 260 (92.53%) questionnaires were completed for analysis.

Research Instruments

The research instruments that were used in this study can be divided in three parts.

1. The demographic data form. It includes age, marital status, education level, work department, job orientation period, preceptorship program, and work duration. The questions for age and working duration are open-ended; the others are close-ended questions.

2. The Chinese version of the employee well-being scale developed by Zheng et al. (2015) and consisting of 18-items with a 7-point Likert-type scale (1 = strongly disagree to 7 = strongly agree). The mean score was used to explain employee well-being. Although it was not developed by nursing practitioners, the model and the instrument developed were used in a wide range of Chinese organizations and were more suitable for measurement within Chinese organizations. Therefore, this new scale provides a high reliability and high validity scale for assessing employee well-being in Chinese organizations.

3. The turnover intention questionnaire developed by Jacobs and Roodt (2008) consisting of 14-items with a 7-point intensity response scale ("never" = 1 indicated low intensity and "always" = 7 indicated high intensity). The Chinese version was translated by Li et al. (2011). Items were summed and the mean score was reported and classified into low (mean score 1.00-3.00), moderate (mean score 3.01-5.00) and high (mean score 5.01-7.00) levels.

The validity of the two scales was assured by the developer. Both scales were used in the present study without any modification. Therefore, the researcher did not test validity in this study. Before distributing questionnaires, the reliability of the Chinese version of the EWBS and TIQ was tested again with 20 new graduate nurses who had similar characteristics as the samples in this study. The Cronbach's alpha coefficients of EWBS (life well-being was 0.88; workplace well-being was 0.92; psychological well-being was 0.92) and TIQ were 0.94 and 0.89, respectively.



Ethical Considerations

The research proposal was approved by the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. The IRB number is 053/2019. Approval of this study was obtained prior to data collection. Then, approval was obtained from the three of Dali hospitals. All study subjects were informed of the purpose of the study and a consent form with the full details of the study was provided in the questionnaire. They were told that participation was voluntary and free, they could refuse to participate or withdraw from the study at any time, their withdrawal would not have any impact on their job evaluation and the process of collecting data ensured that there was no physical or psychological harm and risk.

Data Collection

After receiving approval from the Research Ethics Review Committee, the research package, including the research proposal, a cover letter, a request for permission for data collection was forwarded to the directors of the hospitals and then permission for data collection was also requested. The researcher met deans and directors of nursing departments of the selected hospitals to inform them about the research, its purposes and the benefits of the study and requested to be assigned a coordinator in each hospital. The questionnaires were distributed to nurses by the researcher and the coordinators and subjects were requested to return the questionnaire within two weeks. A total of 266 questionnaires were returned with a response rate of 94.66 %, finally 260 (92.53%) questionnaires were completed for analysis.

Data Analysis

Data were analyzed using a statistical software package. Frequency, percentage, mean and standard deviation were used to analyze the descriptive data. Spearman's rank-order correlation test was used to examine the relationship between employee well-being and turnover intention because the data of employee well-being was normally distributed.

Results

1. The age range of new graduate nurses was from 20-31 years, and the average age was 24.83 (SD = 2.12); the majority of samples were aged between 20-25 years (60.00%). The gender was male at 8.08% and female at 91.92%. There were 80 (30.77%) new graduate nurses who were married and 180 (69.23%) new graduate nurses who were single. There was only one new graduate nurse without any job orientation period, and 91.92% of new graduate nurses had received instruction by a preceptorship program.

2. Table 1 indicates that the overall mean score of employee well-being of new graduate nurses was 3.97 (SD = .72). In addition, the mean scores of the three dimensions of employee well-being were 3.81 (SD = .81) for life well-being, 3.79 (SD = .90) for workplace well-being and 4.33 (SD = .75) for psychological well-being. Table 2 indicates that the mean score of turnover intention of new graduate nurses was at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.77, SD = .96).

3. As shown in Table 3, overall employee well-being had a moderate negative correlation with turnover intention (r = -.341, p < .01). In addition, life well-being had a moderate negative



correlation with turnover intention ($r = -.307$, $p < .01$), workplace well-being had a moderate negative correlation with turnover intention ($r = -.334$, $p < .01$) and psychological well-being had weak negative correlation with turnover intention ($r = -.267$, $p < .01$).

Table 1 Mean and Standard Deviation of Employee Well-being of the Samples ($n = 260$)

Variable	Mean	SD
Overall employee well-being	3.97	0.72
Life well-being	3.81	0.81
Workplace well-being	3.79	0.90
Psychological well-being	4.33	0.75

Table 2 Mean Standard Deviation and Level of Turnover Intention of the Samples ($n = 260$)

Variable	Mean	SD	Level
Turnover intention	3.77	0.96	Moderate

Table 3 Relationship between Overall Level of Employee Well-being and Turnover Intention of the Samples ($n = 260$)

Employee well-being	Turnover intention
	r
Overall employee well-being	-0.341**
Life well-being	-0.307**
Workplace well-being	-0.334**
Psychological well-being	-0.267**

* $p < .01$

Discussion

1. Employee Well-being

The results of this study showed that the overall mean score of employee well-being as perceived by new graduate nurses in the Dali hospitals was 3.97 with SD of 0.72. Some previous studies, using the same instrument to measure employee well-being were found but only in a small amount of other fields and unfortunately none were found in the nursing field. Therefore, there is no comparison between nurse groups, but these results can be compared with other fields and some meaningful points can be found. There is a total of four other different areas of



employee well-being related research to be compared with the new graduate nurses' sample. First, a study focusing on a national equipment manufacturing company in China and conducted by Zheng et al. (2015) showed a mean score of 4.77 (score range 1-7) of employee well-being with SD of 0.82. Second, a study focusing on an outdoor sport clothing manufacturing company in China and conducted by Zheng et al. (2015) showed that the mean score of employee well-being was 5.15 (score range 1-7) with SD of 0.76. Thirdly, Zheng and Liu (2016) conducted a study that focused on employees of a manufacturing enterprise in northern China, which showed that the mean score of employee well-being was 4.92 (score range 1-7) with SD of 0.81. Fourthly, an online survey involving employees in different working fields of many cities in China and conducted by Wang and Wang (2016) showed that the mean score of employee well-being was 4.67 (score range 1-7). Once the above findings were summarized, they indicated that new graduate nurses scored lower on employee well-being than employees in these four other fields. This result could be explained by the nature of nursing itself. Health professionals are a group with significant risks because they are facing life and death. Nurses are exposed to a large number of powerful stressors every day, including conflicts with patients and doctors, discrimination, heavy workload, handling deaths, as well as patients and their families (Mark & Smith, 2012).

The mean score of employee well-being of new graduate nurses was 3.97 (Table 1); even though the researchers who developed the employee well-being instrument did not classify it, the score ranged from 1-7, indicating that this is a median mean score. Therefore, the mean score was not a very low score but lies with the mean scores of the three dimensions of employee well-being ranging from 3.81-4.33 (Table 1). Some explanations from the three dimensions of employee well-being can be explained as follows.

First, the mean score of psychological well-being was 4.33 (Table 1) which was the highest of the three dimensions of employee well-being. Psychological well-being mainly focuses on learning, growth, and self-actualization (Zheng et al., 2015). This result could be explained by the selected hospital grades. The three hospitals selected by the Institute are three tertiary hospitals in Dali City, which have the highest comprehensive level in the local area. Therefore, nurses have more learning opportunities, new knowledge and new ideas to improve themselves and tertiary hospitals provide better services for career success and self-actualization.

Second, the mean score of workplace well-being was 3.79 (Table 1) which involves all the elements related to work. In Dali, compared to other hospitals, the three hospitals represent the best in the environment, have the best equipment and constitute the most complete hospitals for employees' benefits as well as in terms of security systems.

Finally, the mean score of life well-being was 3.81 (Table 1) which could show that the return to the family after work is a way to decompress; because 69.23% of the new graduate nurses in this study are single, it may indicate that they have fewer responsibilities than nurses with families or nurses who are married or have children, so they can better accompany family and friends.



However, the mean score was not a very high score. The explanations lie with some demographic characteristics of this sample, for reasons that could be explained as follows.

First, Lu et al. (2011) indicated that older employees had better well-being and this study actually sampled new graduate nurses with an average age of less than 25 while 60% of the age range was 20-25. The attribute of this sample indicates that the average age is young. This explanation could be related to some actual situations in the working environment of Chinese nurses. For example, older nurses have fewer night shifts than new nurses.

Secondly, Lu et al. (2011) indicated that senior employees had better well-being than junior employees. The participants in this study all had less than 3 years of work experience which indicated that all of them were junior nurses. In general, senior nurses have more work experience than junior nurses and have more self-confidence at work.

Thirdly, Lu et al. (2011) also proved that managers had better well-being than ordinary employees. The samples of this study are all ordinary nurses and none of them are managers. In China, nurses and head nurses both have a lot of work pressure, but the scope of work is different. In addition, in terms of personal values, the upgrade from nurse to head nurse is also an increase in personal value.

Fourthly, a study conducted by Ryu (2016) proved that higher education level employees had better well-being. The highest percentage of the sample education level in this study is associate degree (55.77%), followed by bachelor degree (38.46%) and diploma degree (5.77%), while there is no record of master degree and doctor degree. The education level of this sample is on the medium to lower side. Higher educated nurses have a wide range of knowledge, solid theoretical foundation, self-confidence, insights, ability and obvious advantages in the work of rescue and scientific research. Thus, leaders can better appreciate them and get more opportunities to improve higher educated nurses (Wang, Zhang, & Liu, 2003).

In addition, Ryu (2016) also proved that employees with a higher salary had better well-being. In China, in general, the salary of a nurse is divided into different levels according to the length of work, title, education, position and so on (Baidu Library, 2018). The nurses in this sample have all been working for no more than three years and they are all ordinary employees. They are the lower-income group of nurses in the three hospitals. Therefore, new graduate nurses with low incomes will face more economic pressure, such as renting a house, buying a house, transportation and costs of living.

2. Turnover Intention

The results of this study showed that the turnover intention of new graduate nurses was at a moderate level ($\bar{X} = 3.77$, $SD = .96$) (Table 2). This result was consistent with two previous studies on turnover intention among new graduate nurses in Taiwan by Cheng et al. (2014) and in Canada by Laschinger (2012), both showing that new graduate nurses had a moderate level. However, compared with two other previous studies on new graduate nurses, the findings of this study showed that the level of turnover intention was higher; one of this study is from South



Korea by Lee et al. (2012) and the other is from Canada by Fallatah, Laschinger, and Read (2017); both studies results indicated that turnover intention was at a low level.

The results of this study can also be compared with some study with a sample of general nurses. This result is consistent with a study in Kunming, Yunnan Province by Li et al. (2011) which also indicated a moderate level. However, compared with the other two general nurse samples, a Korean study by Sung, Seo, and Kim (2012) and a Chinese study by Chen, Li, Li, Lv, and Zhang (2018) both showed a high level of turnover intention of nurses. The results of these comparisons show that different countries and regions, different sample attributes and so on, will produce different results.

To sum up, there are certain differences between the above-mentioned comparisons and foreign research results. Some results are relatively consistent, and some are inconsistent. Compared with Canada in the early years, the turnover intention of new graduate nurses in this study is higher than that of Canada and South Korea in similar years, which may be related to the different national conditions and policies of the country, and different compensation. In China, the salary level of nurses is relatively lower than that of European and American countries.

Explaining why the turnover intention of new graduate nurses is at a moderate level and why this level is not very low, but neither very high, could be done in two directions. First, some explanations to explain why the intention to leave is not very high: Many people nowadays like to pursue a high-quality living environment. Dali is an ideal place to live. The weather in Dali is pleasant, the seasons are all like spring, the air there is fresh and there is no smog. In recent years, the gradual improvement of transportation and infrastructure has not only welcomed many tourists, but also many graduates. The three hospitals are the three most powerful public hospitals in Dali, so they are also the first choice for nursing graduates. There are not only more learning opportunities in these hospitals but also more income opportunities.

The sample characteristics of this study could provide other reasonable explanations. A study showed that the higher the education level of a new graduate is, the more likely they are to leave (Lee et al., 2012). The education level of the whole sample in this study is not high, so the turnover intention was not at a high level. The proportion of bachelor's degrees is only 38.46%. In China today, most of the tertiary hospitals recruit nurses with at least a bachelor's degree and the bachelor's degree provides them with more advantages, such as taking a national civil service exam or going to a nursing school as a teacher (Nurse Network, 2018).

Another study proved that married nurses are more likely to leave (Cho, Lee, Mark, & Yun, 2012). In this study, only 30.77% of the new graduate nurses were married. Therefore, it is at a reasonably moderate level. Married nurses are more likely to quit, indicating that marriage increases family responsibilities and may lead to work-family conflicts. In addition, married nurses may be more likely to leave their job, perhaps because their income is only an additional income to the family, thus reducing the pressure on nurses to continue working (Cho et al., 2012).



Secondly, there are some explanations explain why the turnover level is not very low. Nurses are at great risk while working and dealing with life, and cannot tolerate the slightest mistakes, leading to a state of high tension in the long run and the large gap between nurses leads to a large workload for some nurses, as well as fewer holidays and more night shifts, which can be physically harmful. In a survey of more than 7,000 nurses in China, 90% said that they worked more than 8 hours a day; 80% did not have a weekend concept; 90% felt that they were in poor condition after work every day; and nearly 50% felt very tired (Modern Nursing, 2018). All these unfavorable reasons may lead to some turnover intention in new graduate nurses.

Another important point is that the nurse-patient relationship is tense. Nurses not only face heavy work every day, but they also carefully deal with relationships. In these cases, the pay of the nursing practitioners is not high, leading many nurses to leave their job and turn to other fields (Chinese Public Medical Examination, 2018). Nursing graduates may work in hospitals, clinics, universities and colleges. Graduates also have a large number of business opportunities (health tourism, rehabilitation products) and business development opportunities (establishing home care and child health centers).

In addition, the turnover intention of new graduate nurses not being low could be explained by the demographic characteristics of the sample. A previous study showed that new graduate nurses were more likely to leave their job when they were younger than 23 years old (Beecroft, Dorey, & Wenten, 2008). Nurses aged 20 to 25 accounted for 60% of the sample in this study. At this age band, most of them have just graduated and are in their first job. As mentioned in the background, some studies have shown that most new graduate nurses lack academic and practical skills, judgment, and decision-making skills, so graduates face enormous pressure and challenges in transitioning from school to their first working environment (Duchscher, 2009).

Another study compared the differences of new graduate nurses between the different periods of job orientation. The results showed that nurses with more than four weeks of job orientation period had lower turnover intention (Lee et al., 2012). Samples from the study showed that just 31.92% of new graduate nurses had received job orientation for more than 4 weeks and even more had received less than 4 weeks. If the new graduate nurses have more basic skills and a better familiarity with the work environment thanks to the job orientation period, the new graduate nurses could have better self-confidence at work.

3. The Relationship between Employee Well-being and Turnover Intention of Subjects

The results showed a significantly negative moderate relationship between employee well-being and turnover intention ($r = -.341$, $p < .01$) (Table 3). The findings indicated that employee well-being was related to turnover intention as perceived by new graduate nurses in Dali hospitals, the People's Republic of China. There is a negative linear relationship between employee well-being and turnover intention; as employee well-being increased, turnover intention decreased, which was consistent with prior studies (Brunetto, Teo, Shacklock, & Farr-



Wharton, 2012; Brunetto et al., 2013; Zheng et al., 2015; Amin & Akbar, 2013). This result can be explained by the turnover intention theoretical model proposed by Mobley (1977). Employees will have a rethinking process before deciding to leave a job. In this process, dissatisfaction caused by the current job will motivate employees to leave. After this discontent leads to turnover intention, employees begin to look for other job opportunities and compare all job opportunities; then the final reaction is quitting. When the new graduated nurses are not satisfied with their employee well-being during work, this will motivate their intention to leave their job.

As the results of this study show, all three dimensions of employee well-being had a significant negative correlation with turnover intention. First, the results showed a moderate negative relationship between life well-being and turnover intention ($r = -.307, p < .01$) (Table 3). According to Zheng et al.'s (2015) theoretical model, life well-being is mainly related to personal life-related emotions. This result can be explained that the more harmonious personal life is, the less intention there will be to quit. Through the investigation of the three hospitals, there are certain benefits to the life of the employees, such as transportation subsidies or the supply of some working meals, and some people enjoy a single dormitory; however, most people think that this is not enough. Therefore, it could be beneficial for some hospitals to implement more life care benefits for nurses.

Secondly, the results showed a moderate negative relationship between workplace well-being and turnover intention ($r = -.334, p < .01$) (Table 3). According to Zheng et al.'s (2015) theoretical model, workplace well-being is mainly related to work-related elements, such as compensation, labor protection, management style, and work arrangements. According to a survey of three hospitals, most of the departments have extra beds, which means the beds are beyond the original settings, and medical equipment is not sufficient. They often need to borrow equipment from other departments when they are busy. Therefore, any strategy to improve the working environment and conditions is beneficial to reduce employees' turnover intention.

Lastly, the results showed a weak negative relationship between psychological well-being and turnover intention ($r = -.267, p < .01$) (Table 3). According to Zheng et al.'s (2015) theoretical model, psychological well-being mainly focuses on learning, growth, work achievement, and self-actualization. For example, nurses often have the opportunity to go to other hospitals for studying and further education, but the number of places is limited. Most of these opportunities are given to senior nurses. Therefore, from this theory and research results, it is necessary to provide employees with more opportunities for learning, exchanging experiences and growing up.

In addition, this result can also be explained by the age of the sample. The average age of the sample is only about 25 years old. Not only do they lack experience and judgment affects their employee wellbeing, as mentioned before, but also youth is the capital of this sample. If the actual work deviates too far from their ideal state, they will more easily leave their current job impulsively to pursue other ideals, such as quitting to continue education, engaging in other industries, or going abroad, because it is easier for young people to reshape.



Conclusion

Employees start their career planning and development from the moment they step onto the job. On the road to their career development, employee well-being plays an important role in the long-term development of this field, so when the employee well-being index is high, it is not easy for the employee to quit.

Implications

The results of this study provide valuable information regarding the importance of employee well-being and turnover intention among new graduate nurses in Dali hospitals, the People's Republic of China. The results showed that the mean score of employee well-being of the subjects is lower than those in other fields, the turnover intention of the subjects at a moderate level and employee well-being had a significant impact on the subjects' turnover intention. Therefore, hospitals should promote and improve some strategies in order to improve employee well-being, which will help reduce the flow of nurses.

Hospital administrators should try to make more investments in living conveniences as well as in all aspects related to the working environment in order to improve both the life of its employees and the workplace well-being, with the objective of promoting the coordination between work and life and reducing the loss of employees. Hospital administrators should provide more programs to enhance employees' continuing education and offer international exchange opportunities in order to improve psychological well-being.

A head nurse should try their best to increase employee well-being in order to reduce the loss of new graduate nurses and improve the workplace environment as well as creating a safe, quiet and beautiful working environment. The head nurse should act as a good communication coordinator between nurses and patients and between nurses and doctors.

A nurse should perform his or her personal duties seriously; if any dissatisfaction or difficulties with work, life and psychology are encountered, this should be promptly communicated to the head nurse, negotiated, and resolved and a nurse should try their best to resist negative emotions in work and in life.

Recommendations for Further Research

Based on the results of this study, it is recommended to explore more factors related to turnover intention, so that nursing managers can better stabilize their nursing teams in the future, including, for example, demographic factors such as age and marital status; human factors such as skills and abilities; organizational factors such as organizational culture, and management factors such as motivation, compensation system, and performance evaluation methods.

In addition, this study only reflects on new graduate nurses working in three hospitals in Dali so these results cannot be generalized to all Chinese nurses; therefore, further research should focus on regions outside of Dali, at different levels of hospitals, or on some different attributes of the nurses in Dali. In addition, comparative studies could be conducted in



government hospitals and other private hospitals.

Acknowledgements

I express my deepest gratitude to The Faculty of Nursing, Chiang Mai University and The First Affiliated Hospital of Dali University, for giving me this opportunity to contribute to my personal and professional development.

References

- Alexander, J. A., Lichtenstein, R., Oh, H. J., & Ullman, E. (1998). A causal model of voluntary turnover among nursing personnel in long-term psychiatric settings. *Research in Nursing & Health*, 21(5), 415-427.
- Amin, Z., & Akbar, K. P. (2013). Analysis of psychological well-being and turnover intentions of hotel employees: An empirical study. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 3(3), 662-671.
- Baidu Library. (2018). *Hospital salary system*. Retrieved from <https://wenku.baidu.com/view/4848dc9b767f5acfa0c7cd31.html?from=search>
- Beecroft, P. C., Dorey, F., & Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: A multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 41-52.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Boyd, A. (1997). Employee traps-corruption in the workplace. *Management Review*, 86(8), 9-10.
- Brunetto, Y., Teo, S. T., Shacklock, K., & Farr-Wharton, R. (2012). Emotional intelligence, job satisfaction, well-being and engagement: Explaining organizational commitment and turnover intentions in policing. *Human Resource Management Journal*, 22(4), 428-441.
- Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2786-2799.
- Buerhaus, P. I., Auerbach, D. I., & Staiger, D. O. (2009). The recent surge in nurse employment: Causes and implications. *Health Affairs*, 28(4), w657-w668.
- Chen, H., Li, G., Li, M., Lv, L., & Zhang, T. (2018). A cross-sectional study on nurse turnover intention and influencing factors in Jiangsu Province, China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 396-402. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.09.012
- Cheng, C. Y., Tsai, H. M., Chang, C. H., & Liou, S. R. (2014). New graduate nurses' clinical competence, clinical stress, and intention to leave: A longitudinal study in Taiwan. *The Scientific World Journal*, 2014, Article ID 748389. doi: 10.1155/2014/748389



- Chinese Public Medical Examination. (2018). *Only the nurses understand the sadness, why are more and more nurses considering changing careers?* Retrieved from <http://dy.163.com/v2/article/detail/DHEJE9470516U8F3.html>
- Cho, S. H., Lee, J. Y., Mark, B. A., & Yun, S. C. (2012). Turnover of new graduate nurses in their first job using survival analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 63-70.
- De Gieter, S., Hofmans, J., & Pepermans, R. (2011). Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: An individual differences analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1562-1569.
- Diener, E. D. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542.
- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450.
- Duchscher, J. B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113.
- Fallatah, F., Laschinger, H. K., & Read, E. A. (2017). The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. *Nursing Outlook*, 65(2), 172-183.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gerrish, K. (2000). Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 473-480.
- Giallonardo, L. M., Wong, C. A., & Iwasiw, C. L. (2010). Authentic leadership of preceptors: Predictor of new graduate nurses' work engagement and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 993-1003.
- Hamilton, E. M., Murray, M. K., Lindholm, L. H., & Myers, R. E. (1989). Effects of mentoring on job satisfaction, leadership behaviors, and job retention of new graduate nurses. *Journal of Nursing Staff Development*, 5(4), 159-165.
- Israel, G. D. (1992). *Determining sample size*. Hillsborough, FL: University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agriculture Sciences.
- Jacobs, E. J., & Roodt, G. (2008). Organizational culture of hospitals to predict turnover intentions of professional nurses. *Health SA Gesondheid (Online)*, 13(1), 63-78.
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Yingrengreung, S., & Fairchild, S. (2010). New nurses' views of quality improvement education. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(1), 29-AP5.
- Laschinger, H. K. S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 472-484.
-



- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being: Testing the job demands-resources model. *Health Care Management Review, 37*(2), 175-186.
- Lee, H., Lim, Y., Jung, H. Y., & Shin, Y. W. (2012). Turnover intention of graduate nurses in South Korea. *Japan Journal of Nursing Science, 9*(1), 63-75.
- Li, L., Akkadechanunt, T., & Chontawan, R. (2011). *Professional practice environment and turnover intention among nurses in the general university hospitals, Yunnan Province, the people's republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Lu, L., Kao, S. F., Siu, O. L., & Lu, C. Q. (2011). Work stress, Chinese work values, and work well-being in the greater China. *Journal of Social Psychology, 151*(6), 767-783.
- Mark, G., & Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology, 17*(3), 505-521.
- Mai, L. H., Zhai, J. G., Liao, M. F., & Huang, M. L. (2016). Analysis and countermeasures of the current situation of the loss of contemporary human resources. *International Journal of Nursing, 2*.
- Mobley, W. H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology, 62*(2), 237.
- Modern Nursing. (2018). *Chinese nurse, why are you so tired?* Retrieved from <https://www.jianshu.com/p/80755e641583>
- National Ministry of Health Statistics. (2016). *China's medical and health situation: Statistical bulletin on the development of health and family planning in China (2016)*. Retrieved from https://www.sohu.com/a/166601731_505926
- Nurse Network. (2018). *As a nurse, where are the advantages of undergraduate nurses?* Retrieved from <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1609943086058049135&wfr=spider&for=pc>
- Nurses International. (2011). *The hospital nursing shortage-Bullet points and statistics*. (Consulted on February 1, 2011). Retrieved from <http://www.nursesinternational.us/hospitalnursingshortage.html>
- Ortiz, J. (2016). New graduate nurses' experiences about lack of professional confidence. *Nurse Education in Practice, 19*, 19-24.
- Oulton, J. A. (2006). The global nursing shortage: An overview of issues and actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice, 7*(Suppl. 3), 34S-39S.
- Pack, T. G., Roessler, R. T., Turner, R., & Robertson, J. (2007). Prediction of turnover intentions among employed adults with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation, 73*(3), 26.
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G., & McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today, 34*(1), 150-156.
-



- People's Health Network. (2018). *The total number of registered nurses in China exceeds 3.8 million. The ratio of medical care reaches 1: 1.1*. Retrieved from <http://health.people.com.cn/n1/2018/0511/c14739-29980199.html>
- Ryu, G. (2016). Public employees' well-being when having long working hours and low-salary working conditions. *Public Personnel Management*, 45(1), 70-89.
- Spreitzer, G., & Porath, C. (2012). Creating sustainable performance. *Harvard Business Review*, 90(1), 92-99.
- Sung, K., Seo, Y., & Kim, J. H. (2012). Relationships between compassion fatigue, burnout, and turnover intention in Korean hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(7), 1087-1094.
- Takase, M. (2010). A concept analysis of turnover intention: Implications for nursing management. *Collegian*, 17(1), 3-12.
- Vogelpohl, D. A., Rice, S. K., Edwards, M. E., & Bork, C. E. (2013). New graduate nurses' perception of the workplace: Have they experienced bullying? *Journal of Professional Nursing*, 29(6), 414-422.
- Wang, H. L., Zhang X., & Liu C. F. (2003). Talking about the clinical advantages of on-the-job nurses with high education. *China International Journal of Nursing*, 3, 206-207.
- Wang, J., & Wang, Y. (2016). The impact of character strengths on employee well-being: The mediating effect of work-family relationship. *World Academy of Science, Engineering and Technology, International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering*, 10(5), 1600-1608.
- Warr, P. (2007). Searching for happiness at work. *Psychologist Leicester*, 20(12), 726.
- Xu, A. Y., Ding, Y. L., Lv, L. M., Wen, H., & Li, H. J. (2016). Analysis of the status quo and reasons of nurses leaving in a top three hospital. *International Journal of Nursing*, 35(6).
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.
- Yang, H. Y., Yan, H., Zhou, X., Wang, Z. Y., & Lv, J. W. (2014). Investigation on the current situation of 721 clinical nurses' willingness to leave. *Chinese Hospital Management*, 34(2), 61-63.
- Zheng, X., & Liu, X. (2016). The effect of interactional justice on employee well-being: The mediating role of psychological empowerment and the moderating role of power distance. *Acta Psychologica Sinica*, 48(6), 693-709. doi: 10.3724/SP.J.1041.2016.00693
- Zheng, X., Zhu, W., Zhao, H., & Zhang, C. (2015). Employee well-being in organizations: Theoretical model, scale development, and cross-cultural validation. *Journal of Organizational Behavior*, 36(5), 621-644.



Core Self-evaluation and Subjective Career Success of Nurses in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China*

การประเมินแก่นแท้ของตนเองและความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัยของพยาบาลในโรงพยาบาล
แห่งประชาชนต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ยิ่นลาย	เฮอ**	Yinlai	He**
วิภาดา	คุณาวิกติกุล***	Wipada	Kunaviktikul***
สมใจ	ศิริกมล****	Somjai	Sirakamon****

Abstract

The subjective career success of nurses is important for improving quality of care and patient safety in hospitals. This descriptive correlational study aimed to examine core self-evaluation and subjective career success, and to identify the relationship between core self-evaluation and subjective career success among nurses. The sample consisted of 288 nurses working in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China. A questionnaire used for data collection consisted of three parts: 1) demographic data; 2) the Modified Core Self-Evaluation Scale (CSES) and 3) the Modified Subjective Career Success Scale (SCSS). The Cronbach's alpha coefficients' reliability of the modified CSES and the modified SCSS from this study were 0.80 and 0.88, respectively. Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation coefficient analysis were used for data analysis.

The results of this study showed that core self-evaluation of nurses was at a high level; the overall subjective career success, financial success and hierarchical success subscales of nurses were at a moderate level while job success, inter-personal success and life success subscales of nurses were at a high level. There was a moderate positive correlation between core self-evaluation and overall subjective career success; job success; inter-personal success; and life success. It showed that core self-evaluation had a weak significant positive relation to hierarchical success, while there was no significant relationship between core self-evaluation and financial success.

The results of this study provide valuable information for hospital managers, human resource managers, and nursing administrators to maintain core self-evaluation and subjective career success for improving quality of nursing care and hospitals' effectiveness.

Keywords: Core self-evaluation; Subjective career success; Nurse; Dali; P.R. 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

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

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

Received 3 April 2017; Revised 26 June 2017; Accepted 26 July 2017



บทคัดย่อ

ความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัยของพยาบาลมีความสำคัญต่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของการประเมินแก่นแท้ของตนเอง และความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการประเมินแก่นแท้ของตนเอง และความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัยของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาล จำนวน 288 รายที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งประชาชนต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน แบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการประเมินแก่นแท้ ฉบับปรับปรุง และ 3) แบบวัดความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัยฉบับปรับปรุง ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบวัดการประเมินแก่นแท้ฉบับปรับปรุง และแบบวัดความสำเร็จใน วิชาชีพเชิงจิตวิสัยฉบับปรับปรุง เท่ากับ 0.80 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติ Spearman's rank-order correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีการรับรู้การประเมินแก่นแท้ของตนเองอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้ความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบของความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัยพบว่า พยาบาลมีการรับรู้ความสำเร็จด้านการเงิน และความสำเร็จด้านความก้าวหน้าในการเลื่อนตำแหน่งอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่พยาบาลมีการรับรู้ความสำเร็จด้านการทำงาน ความสำเร็จด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสำเร็จด้านชีวิตอยู่ในระดับสูง ในส่วนของการประเมินแก่นแท้ของตนเองพบมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการประเมินแก่นแท้ของตนเองในด้านความสำเร็จด้านการทำงาน ความสำเร็จด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสำเร็จด้านชีวิต และการประเมินแก่นแท้ของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสำเร็จด้านความก้าวหน้าในการเลื่อนตำแหน่ง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินแก่นแท้ของตนเองกับความสำเร็จด้านการเงิน

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรบุคคล และฝ่ายการพยาบาลในการประเมินแก่นแท้ของตนเองเพื่อเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัยที่มีประสิทธิผล ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพในการพยาบาลและประสิทธิผลของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินแก่นแท้ของตนเอง ความสำเร็จในวิชาชีพเชิงจิตวิสัย พยาบาล ต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ศาสตราจารย์เกียรติคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

**** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

e-mail: somjai.sira@cmu.ac.th



Background and Significance

The biggest challenge for the global healthcare system is the shortage of skilled human resources for health at all levels (Sinha & Sigamani, 2016). A deficient nursing workforce and nursing shortage could decrease quality of care and patient safety (Aiken, Sloane, Bruyneel, & McHugh, 2014). Enhancing employees' subjective career success levels has great significance for individuals and organizations (Judge, Higin, Thoresen, & Barrick, 1999). Subjective career success is the individual's evaluation of achievements in his/her work experiences, which includes job success, inter-personal success, financial success, hierarchical success, and life success (Gattiker & Larwood, 1986). Nurses who meet their job's expectations or career standards will be satisfied, leading to a higher engagement with nursing work thus improving the quality of nursing care (Yin, 2012). However, in China there are some barriers to nurses achieving subjective career success. In 2010, there were nearly 88% hospitals facing nursing shortages (Chen & Li, 2010). Nurses must do rotating shift work and have heavy workloads which means they have less time to think and tend to do their work in a hurry. In addition, they have fewer opportunities for advancement and career success (Lu, 2007). Most nurses were dissatisfied with their income or bonus distribution (Yin, 2012).

In order to find a way to obtain subjective career success, previous studies have found that core self-evaluation is a successful strategy to manage subjective career success individually (Judge, Locke, & Durham, 1997). Core self-evaluation is a basic assessment that a person makes about her/his ability, overall value, and competence (Judge et al., 1997). Individuals who have high scores on core self-evaluation are well adjusted, positive, self-confident, efficacious, and believe in his or her own agency, and for this reason, perceive their careers as more successful. Nurses' core self-evaluation level has been measured widely by researchers in foreign countries and in China. In studies in Canada and Iran, researchers found that nurses' core self-evaluation was at a moderate level (Spence, Laschinger, Wong, & Macdonald, 2013; Karatepe, Keshavarz, & Nejati, 2010). In China, the results of research studies in Wenling, Harbin, Guangzhou City, and Zhejiang Province showed that the nurses' core self-evaluation was at a moderate level (Wu, Tong, Liang, & Jiang, 2014; Xu, Qi, Chen, & Hou, 2011; Cai, Zhao, & Chen, 2012; Zhong, Guo, & Guo, 2012). However, in Guangxi and Xi'an, researchers found that the nurses' core self-evaluation was at a high level (Peng, Li, Zhang, & Zhang, 2016; Zhou, Cao, Jiang, & Xiao, 2014). Thus, the inconsistent findings by country and location in China present a gap in knowledge regarding exploration of core self-evaluation among nurses in Yunnan province.

Results from previous studies (Stumpp, Muck, Hülsheger, Judge, & Maier, 2010; Ng & Feldman, 2014; Wang & Sun, 2012) showed that there was a positive correlation between core self-evaluation and subjective career success in Germany, the USA, and China. However, it was found that there was no significant relationship between core self-evaluation and subjective career success in a study conducted by Ganzach and Pazy (2014) in Israel. No study which we could find has been conducted among nurses. Thus, it is necessary to conduct this study to



explain the correlation between core self-evaluation and subjective career success among nurses in China.

Objectives

The purpose of this descriptive correlational study was to examine core self-evaluation and subjective career success, and to investigate the relationship between core self-evaluation and subjective career success among nurses in People's hospitals of Dali, in China.

Conceptual framework

The conceptual framework for this study was based on Judge, Locke, and Durham's the theory of core self-evaluation (1997) as a basic assessment that a nurse makes about her/his ability, overall value, and competence. The subjective career success concept of Gattiker and Larwood (1986) is used as the individual's evaluation of achievements in his/her work experiences, and is categorized into five dimensions, including job success, inter-personal success, financial success, hierarchical success, and life success. Gattiker and Larwood (1986) suggested that job features and occupational self-concept (self-esteem and self-evaluated job qualifications) were positively correlated with subjective career success. Individuals with high occupational self-concept will have positive attitudes and beliefs about themselves, which makes future subjective career success more likely.

Methodology

A descriptive correlation research design was used in this study.

Population and Sample

The population were 719 staff nurses who have worked for at least one year providing direct nursing care to patients in any of the hospitals of Dali, the People's Republic of China.

The sample size of 308 (Yamane, 1973) was selected by using the proportional stratified random sampling method.

Research Instruments

The instrument used in this study was a questionnaire consisting of three parts as follows:

1. The Demographic Data Form was used to collect information about gender, age, marital status, educational level, professional title, employment status, working department, and years of work experience.
2. Core self-evaluation was measured using the Modified Core Self-Evaluation Scale (CSES) (Judge et al., 2003), which was modified and translated into Chinese by Du et al. (2012). There were 10 items with 4 subscales including generalized self-efficacy, self-esteem, neuroticism, and locus of control. Items are rated from 1 to 5 with 6 of 10 items having reversed scores. The mean score range was from 1 to 5. Higher scores indicate a higher level of core self-evaluation. There was acceptable construct validity and internal consistency reliability in Du et al.'s (2012) study while in this study, it was 0.80.



3. The subjective career success instrument was the Subjective Career Success Scale (SCSS) which was developed by Gattiker and Larwood (1986) and modified and translated into Chinese by Yin (2012). The modified SCCS had 21 items with five subscales including job success (8 items), inter-personal success (4 items), financial success (2 items), hierarchical success (4 items), and life success (3 items). It uses a 5-point Likert scale from 1 to 5. The mean score range is from 1 to 5, and higher scores demonstrate higher subjective career success. In this study, the internal consistency reliability (Cronbach's alpha) was 0.88, and the Cronbach's alpha coefficient of the subscales of job success, inter-personal success, financial success, life success, and hierarchical success were 0.70, 0.87, 0.89, 0.94, and 0.88, respectively.

Ethical considerations

The research proposal and data collection were approved by the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Before data collection, a consent form was sent to the participants to assure them of protection of their human rights. The participants in the study were voluntary and they had the right to refuse, stop or withdraw from the study at any time without being punished or losing any benefits.

Data Collection

After receiving the application letter for permission to collect data, the researcher met the directors of the hospital and nursing department of each hospital to explain the purpose, method and the benefits of this study to get their permission and obtain the name list of nurses' from the nursing departments. The researcher trained coordinator in each hospital about research objectives, questionnaires, participant's right, data collection method and process. The researcher and coordinator distributed 308 questionnaires along with the information sheet and consent form to all the participants. they were requested to complete the questionnaires in their private time and required to return the questionnaires, and consent forms within two weeks in sealed envelopes.

There were 294 questionnaires returned with the total response rate of 95.46% and incomplete questionnaires were excluded of the calculated number. Among the returned questionnaires, 288 (93.51%) questionnaires were completed for data analysis.

Data Analysis

Both descriptive and inferential statistics were used to perform data analysis using the SPSS program (13.0 version). The significance level (α) was set at 0.05. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze the demographic data. Core self-evaluation and subjective career success were tested by the Kolmogorov-Smirnov statistic command. The results showed that the data of core self-evaluation was not a normal distribution; thus, Spearman's rank-order correlation coefficients were used to examine the relationship between core self-evaluation and each dimension of subjective career success among nurses.



Results

Demographic data

The following results describe the frequency and percentage of the nurses categorized by demographic data ($n = 288$). The majority of the sample (99.31%) were female; the ages ranged from 21 to 55 with an average age of 30.35 years old ($SD = 8.47$) while more than half of the sample (67.36%) were in the 20-30-year old age group and were married (59.72%). Most of the sample (42.71%) held an associate degree and were in the group of junior nurses (60.42%). Most nurses (68.40%) were working in a temporary position. The majority of nurses were from the medical department (28.13%). Most of the nurses (73.26%) had worked for 1-10 years with a range 1-38 years and a mean of 9.66 years ($SD = 8.76$).

Core self-evaluation

The level of core self-evaluation of participants was at a high level (Table 1).

Table 1 Level of core self-evaluation as perceived by participants ($n = 288$)

	Range	$\bar{X}$	SD	Level
Core self-evaluation	2.00-5.00	3.71	0.52	High

Subjective career success

The overall subjective career success scores of nurses were at a moderate level ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 0.58$). Financial success ($\bar{X} = 2.39$, $SD = 1.10$) and hierarchical success ($\bar{X} = 3.18$, $SD = 0.82$), which are subscales of subjective career success perceived by nurses, were at a moderate level, while job success ($\bar{X} = 3.81$, $SD = 0.59$), inter-personal success ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.71$) and life success ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.82$) perceived by nurses were at a high level (Table 2).

Table 2 Level of each factor and overall subjective career success of participants ($n = 288$)

Subjective career success	Range	$\bar{X}$	SD	Level
Job success	1.88-5.00	3.81	0.59	High
Inter-personal success	2.00-5.00	3.93	0.71	High
Financial success	1.00-5.00	2.39	1.10	Moderate
Hierarchical success	1.00-5.00	3.18	0.82	Moderate
Life success	1.00-5.00	4.12	0.82	High
Overall subjective career success	1.78-5.00	3.48	0.58	Moderate

Relationships between core self-evaluation and subjective career success

The results of Spearman's rank-order correlation coefficient showed that there was a moderate positive correlation between core self-evaluation and overall subjective career success ($r = .32$, $p < 0.01$); job success ($r = .38$, $p < 0.01$); inter-personal success ($r = .36$, $p < 0.01$); and life success ($r = .42$, $p < 0.01$) while also showing that core self-evaluation had a weak significant



positive relation to hierarchical success ($r = .17, p < 0.01$), while there was no significant relationship between core self-evaluation and financial success ($r = .03, p > 0.05$) of nurses from two People's Hospitals in Dali (Table 3).

Table 3 The relationships between core self-evaluation and subjective career success among nurses in two People's Hospitals in Dali

	Core self-evaluation		Level of relationship between CSE & SCS
	r	p	
Job success	.38	.000	Moderate
Inter-personal success	.36	.000	Moderate
Financial success	.03	.564	No relationship
Hierarchical success	.17	.000	Weak
Life success	.42	.000	Moderate
Overall subjective career success	.32	.000	Moderate

$p < 0.01$

Discussion

1. Core Self-evaluation

In this study, the results showed that the mean score of core self-evaluation of the nurse sample was at a high level ($\bar{X} = 3.71, SD = 0.52$) (Table 1).

The results of this study are consistent with the previous studies such as Peng et al. (2016). However, they were also inconsistent with previous studies which found that nurses' core self-evaluation was at a moderate level (Spence Laschinger et al., 2013). This result of inconsistency indicated that nurses who participated in this study were optimistic when evaluating themselves and may get a high level of core self-evaluation because nurses could receive adequate support from their coworkers. As findings of this study showed, the nurses perceived inter-personal success at a high level. The rights of nurses are clearly defined, including enhanced night shift wages, maternity insurance and healthcare services, and improved personal development opportunities (Hospitals report, 2016) which help hospitals to acquire and retain frontline nurse with positive core self-evaluation to enable them to adapt to various challenging work situations.

2. Subjective career success

The nurses in this study had overall subjective career success scores at a moderate level ($\bar{X} = 3.48, SD = 0.58$) (Table 2). The result was consistent with previous studies including Jeenkool (2004), Yin (2012) and Ji, Zhang, and Gong (2012). The possible reasons for the findings of this study include the following. First, in recent years, the Chinese health care system has been improving, and this includes the nursing work environment. More investment has been made for sustainable development in nursing education and for improving the image of the nursing



occupation (Yun, Jie, & Anli, 2010). Secondly, the Chinese nursing work environment was characterized by a heavy workload and a sizeable shortage among nurses (Yin, 2012). Most Chinese nurses feel unhappy in their career, they are facing a lot of difficult situations, which indicates that there may be some obstacles to achieving subjective career success. A third reason may be related to the demographic factors: gender, age, years of experience, and employment status. In this study, 99.31% nurses were female, 67.36% of nurses were in the age group of 20-30 years and had 1-10 years' work experience with a mean of 9.66 years ($SD = 8.76$), and 68.40% of nurses were working in a temporary position and they had lower subjective career success (Asegid, Belachew, & Yimam, 2014). Accordingly, nurses perceived subjective career success at a moderate level.

Regarding each dimension of subjective career success, the results of this study showed that nurses perceived job success, inter-personal success, and life success at a high level ($\bar{X} = 3.81$, $SD = 0.59$; $\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.71$; $\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.82$, respectively) (Table 2). The results were higher than Yin (2012) which revealed that nurses perceived a moderate level of job success, inter-personal success, and life success. One possible explanation may be that nurses have a good interpersonal relationship with others, as this study showed that the inter-personal success was at a high level. Individuals who have good interpersonal relationships would have high levels of life satisfaction (Gilman & Huebner, 2003). Secondly, nurses received more support and benefits from work, such as complete medical insurance and generous maternity leave. In addition, the trade union organizes extracurricular activities to enrich nurses' lives. Therefore, there was a high level of job success perceived by nurses in this study. Finally, nurses received more support from their families. In China, most parents are willing to take care of their grandchildren while the mother is working. In conclusion, because of all the different kinds of support that nurses receive, they can obtain a high level of job success, inter-personal success, and life success.

Regarding other dimensions of subjective career success, the results of this study showed that nurses perceived financial success and hierarchical success at a moderate level ($\bar{X} = 2.39$, $SD = 1.10$; $\bar{X} = 3.18$, $SD = 0.82$, respectively) (Table 2). The result for financial success was better than Yin's (2012) results which showed that financial success was at a low level. However, the result for hierarchical success was similar to Yin's study in Kunming (2012) which showed a moderate level. These results indicate that the nurses were dissatisfied with their income or bonus distribution and the lack of promotions in hospitals. In this study, 68.40% of the nurses were working in a temporary position and received less pay for equal work when compared to permanent nurses (Yun et al., 2010). Thus, the perception of financial success was at a moderate level. That nurses lack opportunities to be promoted can explain the moderate level of hierarchical success. In this study, the percentage of professional titles was more limited; thus, nurses had a perception of hierarchical success at a moderate level.



3. Relationships between core self-evaluation and subjective career success

There are six correlations between core self-evaluation and overall subjective career success and each dimension (Table 3):

1) There was a positive correlation between core self-evaluation and overall subjective career success ($r = .32, p < 0.01$). This result was consistent with many previous studies, including Stumpp et al. (2010), Ng and Feldman (2014), and Wang and Sun (2012) in Germany, the United States of America, and Beijing, China, respectively. Core self-evaluation plays an important role in enhancing employee's subjective career success.

2) The results showed that there was a moderately positive relationship between core self-evaluation and job success ($r = .38, p < 0.1$) which is similar to previous studies which found higher core self-evaluation predicted higher job satisfaction, life satisfaction, and job performance (Grant & Wrzesniewski, 2010). Nurses who have high scores on core self-evaluation, are well adjusted, positive, self-confident, and believe in their own agency, perceiving their careers as more successful (Erez & Judge, 2001).

3) There was a moderate positive relationship between core self-evaluation and interpersonal success ($r = .36, p < 0.01$) which is similar to a study that found that people with high self-esteem have better relationships with others (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). Communication is important for forging good relationships with others. People with high self-esteem claim to be more likable and attractive, and they are more willing to share information in order to have better relationships with others (Baumeister et al., 2003).

4) There was no significant relationship between core self-evaluation and financial success ($r = .03, p > 0.05$). This result is similar to that of a previous study (Gattiker & Larwood, 1986) which found that there was no significant predictive effect of occupational self-concept on financial success which is extended rewards. That may not relate to core self-evaluation. The amount of the award and the method of distribution of the reward significantly impacts the financial success of an employee (Gursoy & Swanger, 2007). The limited budget of Dali hospitals leads to less rewards being given to nurses, even those who had high core self-evaluation. Therefore, there was no significant relationship between core self-evaluation and financial success.

5) There was a weak significant positive relationship between core self-evaluation and hierarchical success ($r = .17, p < 0.01$) meaning that nurses would get few opportunities to be promoted when they have higher core self-evaluation. A possible explanation may be related to "career plateau" (FERENCE, Stoner, & Warren, 1977) in China. Career plateau is a state in which people have a very small opportunity for further promotion. In China, the traditional mode of nursing organizational structures, current professional title promotion standards, and hospital policies lead to situations in which most nurses can't be promoted (Hu, 2015).

6) The results showed that there was a moderate positive significant relationship between core self-evaluation and life success ($r = .42, p < 0.01$). This was consistent with an earlier study



(Stumpp et al., 2010). However, the result was inconsistent with another study (Wang & Sun, 2012) which indicated that core self-evaluation was weakly positively correlated with life satisfaction. These studies' results indicate that, despite the inconsistencies, there was a significant interaction between core self-evaluation and life success.

Conclusion

The core self-evaluation of nurses was at a high level; overall subjective career success, financial success, and hierarchical success, which are subscales of subjective career success of nurses, were at a moderate level, while the subscales of job success, inter-personal success, and life success of nurses were at a high level.

Implications and recommendations

The results of this study can provide information for the hospitals and nursing directors for developing strategies to maintain a high level of core self-evaluation which will increase the sense of subjective career success among nurses in the People's Hospitals of Dali. The recommendations of this study are as follows:

1. Further studies should be conducted involving behavioral, physiological, and psychological indicators, as well as a broader range of influencing factors and other factors, such as predictors and interventions.
2. This study should be replicated with different types of hospitals and in other regions of China. Comparative studies should be conducted between governmental hospitals and private hospitals, between nurses and nurse managers, and between temporary and permanent nurses. This would provide more comprehensive information in order to enhance the database in the research streams of core self-evaluation and subjective career success for further generalizations.

References

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., & McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Asegid, A., Belachew, T., & Yimam, E. (2014). Factors influencing job satisfaction and anticipated turnover among nurses in sidama zone public health facilities, South Ethiopia. *Nursing Research and Practice*, 2014(2014), 26.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
- Cai, D. L., Zhao, X. M., & Chen, Z. Q. (2012). The grass-roots hospital midwife core self-evaluation on job burnout. *The Negative Predictive Nursing and Rehabilitation*, 11(10), 913-915. (in Chinese)
- Chen, L. N., & Li, J. P. (2010). Analysis of human resource in national hospitals. *Journal of Nursing*, 17(3A), 15-17. (in Chinese)



- Du, J. Z., Zhang, X., & Zhao, Y. (2012). Reliability, validation and construct confirmatory of core self-evaluations scale. *Psychological Research*, 5(3), 54-60. (in Chinese)
- Erez, A., & Judge, T. A. (2001). Relationships of core self-evaluation to goal setting, motivation, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 86(6), 1270-1279.
- Ference, T. P., Stoner, J. A., & Warren, E. K. (1977). Managing the career plateau. *The Academy of Management Review*, 2(4), 602-612.
- Ganzach, Y., & Pazy, A. (2014). Does core self-evaluations predict career success? A reanalysis of Judge and Hurst (2008). *Journal of Research in Personality*, 48(28), 107-115.
- Gattiker, U., & Larwood, L. (1986). Subjective career success: A study of managers and support personnel. *Journal of Business and Psychology*, 1(2), 78-94.
- Gilman, R., & Huebner, E. S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 192-205.
- Grant, A. M., & Wrzesniewski, A. (2010). I won't let you down... or will I? Core self-evaluations, other-orientation, anticipated guilt and gratitude, and job performance. *Journal of Applied Psychology*, 95(1), 108-121.
- Gursoy, D., & Swanger, N. (2007). Performance-enhancing internal strategic factors and competencies: Impacts on financial success. *International Journal of Hospitality Management*, 26(1), 213-227.
- Hospitals report. (2016). *Hospitals annual report*. Unpublished department of statistic, the first people's hospital of Dali and the second people's hospital of Dali. The People's Republic of China.
- Hu, A. Y. (2015). Research on the status quo and job satisfaction of the nurses in the Department of Stomatology. *Chinese Medical Innovation*, 12(15), 13-16. (in Chinese)
- Jeenkool, P. (2004). *Relationships between personal factors, achievement motivation, organizational support and career success of professional nurses, governmental university hospitals* (Unpublished master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand.
- Ji, Q. Y., Zhang, Y., & Gong, J. (2012). Study on influence of psychological capital of nurses on their job performance and career success. *Chinese Nursing Research*, 26(9), 2326-2328. (in Chinese)
- Judge, T., Higgs, C., Thoresen, C., & Barrick, M. (1999). The big five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52(3), 621-651.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2003). The core self-evaluations scale: Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56(2), 303-333.
- Judge, T. A., Locke, E. A., & Durham, C. C. (1997). The dispositional causes of job satisfaction: A core evaluations approach. *Research in Organizational Behavior*, 19(19), 151-188.



- Karatepe, O. M., Keshavarz, S., & Nejati, S. (2010). Do core self-evaluations mediate the effect of coworker support on work engagement? A study of hotel employees in Iran. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 17(1), 62-71.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Macdonald, R. (2013). Part 1: The influence of personal and situational predictors on nurses' aspirations to management roles: Preliminary findings of a national survey of Canadian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(2), 217-230.
- Lu, Y. Q. (2007). The current status and prospect of nurse career development. *Journal of Nursing Administration*, 7(8), 25-26.
- Ng, T. W., & Feldman, D. C. (2014). Subjective career success: A meta-analytic review. *Journal of Vocational Behavior*, 85(2), 169-179.
- Peng, J., Li, D., Zhang, Z., & Zhang, J. (2016). How can core self-evaluations influence job burnout? The key roles of organizational commitment and job satisfaction. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 50-59.
- Sinha, P., & Sigamani, P. (2016). Key challenges of human resources for health in India. *Global Journal of Medicine and Public Health*, 5(4), 1-10.
- Stumpp, T., Muck, P. M., Hülsheger, U. R., Judge, T. A., & Maier, G. W. (2010). Core self-evaluations in Germany: Validation of a German measure and its relationships with career success. *Applied Psychology*, 59(4), 674-700.
- Wang, Z., & Sun, J. (2012). The influence of core self-evaluation, and organizational support on subjective/objective career success: An interactionist perspective. *Chinese Journal of Management*, 9(9), 1307-1313. (in Chinese)
- Wu, A. F., Tong, X. L., Liang, S. Y., & Jiang, T. N. (2014). Correlation analysis of nurses' core self-evaluation and innovation behavior. *Journal of Nursing Science: General Edition*, 29(12), 39-41. (in Chinese)
- Xu, R. J., Qi, X. H., Chen, J. X., & Hou, D. Y. (2011). The related research of nurses' core self-evaluation and job performance. *Journal of Nursing Management*, 11(4), 240-242. (in Chinese)
- Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis* (3rd ed.). Tokyo: Harper International.
- Yin, Y. (2012). *Work empowerment and career success among nurses in China*. (Unpublished master's Thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Yun, H., Jie, S., & Anli, J. (2010). Nursing shortage in China: State, causes, and strategy. *Nursing Outlook*, 58(3), 122-128.
- Zhong, X. H., Guo, L. B., & Guo, F. H. (2012). Investigation and analysis of nurses' job performance and core self-evaluation. *Journal of Qi Lu Nursing*, 18(14), 50-51. (in Chinese)
- Zhou, L. C., Cao, F., Jiang, N. L., & Xiao, W. (2014). Impact on the mental health of nurse occupation core self-evaluation. *Occupation and Health*, 18(21), 3027-3029. (in Chinese)



Structural Empowerment, Psychological Empowerment and Perceived Respect of Nurses in Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China*

การสร้างเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง การสร้างเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจ และการยอมรับนับถือ ตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยต้าลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ฟู	จีเฟิน**	Fu	Jifen**
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์***	Apiradee	Nantsupawat***
อรอนงค์	วิชัยคำ****	Orn-Anong	Wichaikhum****

Abstract

Perceived respect is essential in the recruitment and retention of nurses, with structural empowerment and psychological empowerment contributing to perceived respect. The purposes of this descriptive correlational research were to examine structural empowerment, psychological empowerment, and perceived respect, and to examine the relationship between structural empowerment and perceived respect, as well as the relationship between psychological empowerment and perceived respect of nurses in Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China. Data were collected in two affiliated hospitals of Dali University using proportional random sampling. The sample included 322 staff nurses who had worked for at least one year in the inpatient and outpatient departments of the affiliated hospital of Dali University and the Third People's Hospital of Yunnan Province. The instruments used for data collection were a set of questionnaires composed of three parts which included the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ-II), the Psychological Empowerment Questionnaire (PEQ), and the measure respect scale. The validity and reliability of the instruments were tested. Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation were employed for data analysis.

The results of this study indicated that structural empowerment as perceived by nurses was at a moderate level ($\bar{X}$ = 18.62, SD = 3.94). The subjects perceived psychological empowerment was at a high level ($\bar{X}$ = 42.39, SD = 7.44). Furthermore, perceived respect was at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.64, SD = 0.67). There was a positive correlation between structural empowerment and perceived respect (r = .26, p < .01), and there was a positive correlation between psychological empowerment and perceived respect (r = .36, p < .01).

The findings of this study can be used by nurse administrators to improve structural and psychological empowerment, to promote perceived respect, so nurses can work more effectively and have an intention to continue working at the hospital.

Keywords: Structural empowerment; Psychological empowerment; Perceived respect; Nurses; 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: apiradee.n@cmu.ac.th

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

Received 3 April 2017; Revised 26 June 2017; Accepted 26 July 2017

**บทคัดย่อ**

การยอมรับนับถือตามการรับรู้เป็นสิ่งสำคัญในการสรรหาและการคงอยู่ในงานของพยาบาล โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง และการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจมีส่วนทำให้เกิดการยอมรับนับถือตามการรับรู้ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ และการยอมรับนับถือตามการรับรู้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง และการยอมรับนับถือตามการรับรู้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ และการยอมรับนับถือตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยดาลี สาธารณรัฐประชาชนจีน รวบรวมข้อมูลจาก 2 โรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยดาลี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลจำนวน 322 ราย ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ในหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยดาลี และโรงพยาบาลแห่งประชามณฑลยูนนานที่ 3 แบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามสภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพ แบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ และแบบสอบถามการยอมรับนับถือ แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติ Spearman's rank-order correlation

ผลการศึกษานี้ พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.62$, $SD = 3.94$) การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 42.39$, $SD = 7.44$) การยอมรับนับถือตามการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 0.67$) และพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับนับถือตามการรับรู้ของพยาบาล ($r = .26$, $p < .01$) และการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับนับถือตามการรับรู้ของพยาบาล ($r = .36$, $p < .01$)

ผลจากการศึกษานี้ ผู้บริหารทางพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ เพื่อให้พยาบาลได้รับการยอมรับนับถือ และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง การสร้างเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจ การยอมรับนับถือตามการรับรู้ พยาบาล สาธารณรัฐประชาชนจีน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: apiradee.n@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and significance

Due to periodic nursing shortages, today's healthcare organizations are confronting numerous challenges which include the health and safety of a diverse workforce and the challenge of recruiting and retaining qualified staff (Delellis, 2000; Wilson, Squires, Widger, Cranley, & Tourangeau, 2008). In health care, nurses constitute the largest group and provide the majority of health services in almost every country (International Council of Nurses, 2009), and nursing personnel play a vital role within healthcare organizations. In China however, historically, the nurses' status is lower than that of other healthcare professionals. Even if they work hard, they have not yet gained respect from society. Nursing professionals have reported that a "lack of being understood and respected" was one of the biggest challenges (Sun et al., 2001; Wang, Zheng, & Wang, 2007). McGuire, Houser, Jarrar, Moy, and Wall (2003) found that perceived respect was a strong indicator of job satisfaction, which predicts employees will remain in the organization and generally stay within health care.

Perceived respect was defined as a status perception that reflects people's evaluations of their position in the workplace (Smith & Tyler, 1997). In other words, it refers to the degree to which people acquire esteem from others. This esteem is often a result of their excellent use of technology, achievements, or other desired qualities that they bring to a job. As people receive more and more respect, they believe that they have an increased social status in their organizations, as socially included instead of excluded by most of their colleagues, and as increasingly valued members of their organizations (Bartel, Wrzesniewski, & Wiesenfeld, 2012; Fuller, Hester, Barnett, Frey, & Relyea, 2006).

Prior studies have presented that structural and psychological empowerment is associated with perceived respect (DeCicco, Laschinger, & Kerr, 2006; Laschinger & Finegan, 2005; Faulkner & Laschinger, 2008). Structural empowerment was defined as six structural organizational conditions conducive to workplace empowerment: access to information, support, resources, opportunities, formal power, and informal power. Access to information refers to the expertise and technical knowledge required to work effectively within the organization. Access to support involves receiving feedback and guidance from subordinates, peers, and superiors. Access to resources refers to the necessary time and materials to complete a job effectively and efficiently. Access to opportunity refers to a workplace condition that reflects the possibilities for learning and advancement within the organization. Formal power stems from workplace positions that are visible and essential to achieving organizational goals. Finally, informal power evolves from peer relationships and organizational alliances that facilitate organizational goal accomplishment (Kanter, 1977; Kanter, 1993).

Spreitzer (1995) described psychological empowerment as a motivational construct manifested in four dimensions: meaning, competence, self-determination, and impact. Meaning refers to the fit between employees' behaviors, job requirements, and systemic organizational goals. Competence is related to individuals' job performance and their confidence in performing



to their best ability. Self-determination refers to the control individuals perceive in their work environments. Impact describes how much influence employees feel they have over critical organizational outcomes.

The literature review revealed that structural empowerment and psychological empowerment were related to perceived respect (DeCicco et al., 2006; Faulkner & Laschinger, 2008). Kanter's theory of workplace empowerment can explain the relationship between structural empowerment and psychological empowerment on perceived respect. When employees are exposed to and receptive to empowering working conditions, they are more likely to feel that their managers and colleagues are facilitating their ability to work effectively in accordance with professional nursing standards. Consequently, they will feel respected in their workplace and perceive themselves as having an increased social status in their organizations. They are more likely to work harder, participate in extra-role activities, and increase work effectiveness.

Based on previous information, it is essential to better understand the correlation between structural empowerment, psychological empowerment, and perceived respect among nurses. There is limited information about structural empowerment, psychological empowerment, and perceived respect in China. Therefore, this study aims to describe the level of structural empowerment, psychological empowerment, and perceived respect of nurses in Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China, and explore the relationships between perceived respect and its two related factors, including structural empowerment and psychological empowerment. The results of this study provide information and evidence for hospital managers and nursing managers to develop effective strategies to improve recruitment and retention of nurses.

Objectives

This descriptive correlational study aimed to describe the levels of structural empowerment, psychological empowerment, and perceived respect, and to examine the relationship between structural empowerment and perceived respect of nurses, as well as to examine the relationship between the psychological empowerment and perceived respect of nurses in Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was based on Kanter's structural power theory (Kanter, 1977; Kanter, 1993), psychological empowerment (Spreitzer, 1995), and perceived respect (Smith & Tyler, 1997). Structural empowerment refers to six structural organizational conditions conducive to workplace empowerment: access to information, support, resources, opportunities, and formal and informal power. Psychological empowerment is a motivational construct, and individual psychological experience is manifested in four dimensions: meaning, competence, self-



determination, and impact. Perceived respect is a status perception that reflects people's evaluations of their position in the workplace. In other words, it refers to the extent to which one receives esteem from others. When employees are given access to information, support, resources, opportunities, formal power, and informal power, they may perceive more power; when they feel autonomous within their scope of practice, they are confident in their job performance, and have a sense of contribution towards the materialization of those goals. Staff nurses with more power can do their job more effectively and receive respect from colleagues. The relationship between structural empowerment, psychological empowerment, and perceived respect was explored in this study.

Methodology

This descriptive correlational research was designed to describe the level of structural empowerment, psychological empowerment, and perceived respect, in order to examine the relationship between structural empowerment and perceived respect of nurses, and to examine the relationship between structural empowerment and perceived respect of nurses, as well as to examine the relationship between psychological empowerment and perceived respect of nurses in Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China.

Population and Sample

The study population was 1091 nurses who had worked for at least one year in two Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China.

The sample, calculated using Yamane (1973), consisted of 293 nurses. Considering the possible loss of subjects, 20% (59) was added (Israel, 2003). Thus, data was collected from 352 nurses. Proportional random sampling was used to determine the number of nurses from each hospital and department. Subjects were selected by random sampling from the list of nurses' names in the nursing unit.

Research Instruments

The instruments used in this study consisted of four parts:

1. The demographic data form was developed by the researcher. It collected information on gender, age, marital status, education level, professional title, employment status, work department, and years of work experience.

2. The Condition for Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ II) was developed by Laschinger, Finegan, & Shamian (2001c). It consisted of 19 items in six subscales which measured six dimensions of structural empowerment: formal power (3 items), informal power (4 items), information (3 items), resources (3 items), support (3 items), and opportunity (3 items). The items were scored on a 5-point Likert scale: "1 = none", "2 = little", "3 = some", "4 = many", and "5 = a lot". Nurses who scored 6-13 were perceived to have low structural empowerment, between 14-22 was moderate, and nurses who scored 23-30 perceived high levels of structural empowerment. The instrument was translated into Chinese by Sun and Lee (2007). In this study,



the Cronbach's alpha of the overall CWEQ-II was 0.88.

3. The psychological empowerment of nurses was measured by the Psychological Empowerment Questionnaire (PEQ) (Spreitzer, 1995), which included four dimensions: meaning (3 items), competence (3 items), self-determination (3 items), and impact (3 items). Responses to all items were made on a five-point Likert scale (1 = strongly disagree and 5 = strongly agree). A total psychological empowerment score was obtained by adding the mean scores of these four subscales, with a possible range from 12 to 60. Nurses who scored between 12-28 were perceived to have low psychological empowerment, between 28.01-40 was moderate, and between 40.01-60 were perceived to have high levels of psychological empowerment. The instrument was translated into Chinese by Yang et al. (2014). The Cronbach's alpha of the overall PEQ was 0.88.

4. Respect, as perceived by nurses, was measured by the modified Smith and Tyler's (1997) scale, which consisted of 7 items and used a five-point Likert-type scale; a higher score suggests a high degree of nurse's perceived respect. Nurses who scored between 1.00-2.33 perceived respect as low, 2.34-3.66 was moderate, and 3.67-5.00 perceived high respect. The Cronbach's alpha of the modified Smith and Tyler scale (1997) was 0.92.

The modified Smith and Tyler (1997) scale was translated into Chinese by the researcher using translation and then backtranslated from Chinese into English by one bilingual Chinese expert. The back-translated questionnaires' accuracy and equivalence were confirmed by a native English speaker.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Review committee at the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand, before data collection. A volunteer agreement was obtained from the nurses who were willing to participate in the study after being informed about the research's purpose, benefits, and method. Moreover, anonymity and confidentiality of all the information were maintained by using numerical codes in the questionnaires instead of subjects' names.

Data collection

Data were collected at the Affiliated Hospital of Dali University and the Third People's Hospital of Yunnan Province. Three hundred fifty-two questionnaires were distributed to the participants by the researcher or by coordinators, and 337 questionnaires were returned. Among those, 322 questionnaires (91.48%) were completed and used for data analysis.

Data analysis

Data were analyzed using the SPSS 13.0 statistical software package. Frequency, percentage, range, mean, and standard deviation (SD) were used to analyze the demographic data, structural empowerment, psychological empowerment, and perceived respect. Before testing the correlation between structural empowerment and perceived respect, psychological empowerment, and perceived respect, the Kolmogorov-Smirnov (KS) statistic was applied to test the bivariate normal and non-normal distribution of data for structural empowerment,



psychological empowerment, and perceived respect. As a result, perceived respect was divided at normal distribution, while the data of structural and psychological empowerment were at non-normal distribution. Therefore, Spearman's rank-order correlation was used to examine the relationship between structural empowerment and perceived respect, as well as the relationship between psychological empowerment and perceived respect.

Results

1. The majority of the 322 subjects were female (95.65%). The age of the subjects ranged from 20 to 55, with an average age of 30.23 years old ($SD = 7.22$), and 72.36% of the subjects were married. 43.48% of the subjects had earned a bachelor's degree; 48.76% of the subjects were junior nurses; 81.99% of the subjects were temporary nurses; and 38.21% worked in the medical department. The work experience of the subjects ranged from 1 to 36 with a mean of 8.33 ($SD = 7.78$).

2. The overall structural empowerment perceived by nurses was at a moderate level ($\bar{X} = 18.62$, $SD = 3.94$) (Table 1).

Table 1 Mean, Standard Deviation, and the Level of Overall and Each Dimension of Structural Empowerment as Perceived by the Subjects (n = 322)

Structural empowerment	$\bar{X}$	SD	Level
Overall	18.62	3.94	Moderate
Informal power	3.66	0.80	
Support	3.18	0.85	
Formal power	3.10	0.80	
Opportunity	2.99	0.84	
Information	2.86	0.92	
Resources	2.83	0.87	

3. The subjects perceived total psychological empowerment at a high level ($\bar{X} = 42.39$, $SD = 7.44$). (Table 2)

Table 2 Mean, Standard Deviation and the Level of Overall and Each Dimension of Psychological Empowerment as Perceived by the Subjects (n = 322)

Psychological empowerment	$\bar{X}$	SD	Level
Overall	43.79	7.44	High
Competence	11.93	1.98	
Meaning	11.19	2.40	
Self-determination	10.71	2.39	
Impact	8.57	3.06	



4. The subjects perceived respect at a moderate level ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 0.67$).

5. There was a significant positive relationship between structural empowerment and perceived respect ($r = .26$, $p < 0.01$), and there was a significant positive relationship between psychological empowerment and perceived respect ($r = .36$, $p < 0.01$). (Table 3)

Table 3 The Correlation Coefficient between Structural Empowerment, Psychological Empowerment and Respect as Perceived by the Subjects ($n = 322$)

	Perceived respect
	r
Structural empowerment	0.26**
Psychological empowerment	0.36**

** $P < 0.01$

Discussion

1. Structural empowerment

The results of this study showed that nurses in Affiliated Hospitals of Dali University perceived the overall structural empowerment at a moderate level ($\bar{X} = 18.62$, $SD = 3.94$) Table 1). One possible reason for this finding was that collaborative work environments could contribute to a sense of structural empowerment (Almost & Laschinger, 2002). Recently, team building has promoted communication and cooperation openly among healthcare professionals in Chinese hospitals that results in information and resource sharing. Long-term stable relationships in each department make nurses feel more support from their colleagues and managers. Moreover, since the implementation of the nursing career development outline (2005-2010) (Ministry of Health of China, 2005) aimed to improve nurses' competency and the quality of nursing care, hospitals managers have tried to provide more opportunities, information sharing channels, support, and resources for nurses to learn and grow. Hence, the aforementioned factors positively impact the overall structural empowerment of nurses.

However, the power is still centralized in the public hospital structure in China. Decisions related to the vision and goals of hospitals were made by hospital managers without communication with staff members (Ma, Jin, Lee, & Liu, 2004). In addition, hospital administrators paid more attention to medical services than nursing care (MOHC, 2006a). The hospital managers in China are doctors, and nursing administration is not independent in most Chinese hospitals. The nursing department is under the supervision of a vice dean who is responsible for medical affairs. Head nurses and staff nurses are under the direction of department leaders who are medical supervisors rather than from the nursing department (Yang & Hu, 2009). This kind of situation results in a sense of powerlessness for nurses.



2. Psychological empowerment

Nurses in this study perceived total psychological empowerment at a high level ($\bar{X} = 43.79$, $SD = 7.44$). One possible explanation would be that in this study, a large proportion (81.99%) of temporary staff nurses may influence perceived psychological empowerment, as Guan (2011) reported that permanent nurses' perceived overall psychological empowerment ($\bar{X} = 57.32$, $SD = 5.03$) was higher than that of temporary nurses ($\bar{X} = 55.6$, $SD = 4.70$). Temporary nurses receive lower salaries but also fewer opportunities to participate in decision-making and training than permanent nurses. Therefore, in this study, many temporary nurses may affect the nurses' perception of psychological empowerment.

Another possible reason was that the higher professional title nurses have enough working experience to be able to finish their work. At the same time, staff nurses with a high professional title can control their practice and solve problems encountered in their work by themselves. Guan (2011) found that professional title was positively related to nurses' psychological empowerment. Nevertheless, in this study, only 13.04% of staff nurses had a nurse-in-charge or assistant chief senior nurse. Therefore, staff nurses perceived only a slightly high level of psychological empowerment.

3. Perceived respect

Nurses in this study perceived that respect was at a moderate level ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 0.67$). One possible explanation may be that nurses working in university hospitals afford part of the teaching task, and as a teacher, educational level and greater expertise are very important, while, in this study, 56.52% of staff nurses had under a bachelor's degree, and nobody had a master's degree or Ph.D. Therefore, when staff nurses are willing but unable to transfer knowledge and skills to students, they may not make a good impression on others. On the other hand, a professional title is also essential for nurses. Nurses with a higher professional title are more likely to hold a leadership position, which may increase nurses' social status, and people will actively react to their idea and behaviors. In this study, the professional title of most subjects (86.96%) was below nurse-in-charge. Therefore, educational levels and professional titles may impact staff nurses' perception of respect during work.

Another reason could be Chinese history and culture. China is regarded as harmonious, and people respect each other. Additionally, Laschinger (2004) proposed that interpersonal relationships were antecedents of respect meaning that a good interpersonal relationship may increase staff nurses' perception of respect. Moreover, in recent years, with nursing rapidly developing, the progress of society and patient needs are increasing. Nurses are not only focused on the diseases of patients, but also on patients' health knowledge and psychological status. Hence, the nature of nursing work reflects nurses' values and gives a good impression to others. However, doctors usually have a superior social status and are highly respected by people (Xu & Yang, 2001). People pay more attention to medical services than nursing care. They think that if



a patient is in better condition, it is due to the physician's contribution, not due to the nurse (Zhao, Li, Zhang, & Yin, 2006). Moreover, in the view of many hospital managers, nursing care includes only performing injections, delivering medicine, and providing primary nursing care (Liang & Hou, 2004). All of these reasons improve nurses' value.

4. Relationships between structural empowerment and perceived respect

There was a statistically significant positive correlation between overall structural empowerment and respect. The findings were consistent with previous studies by Laschinger (2004), which found a significant correlation between structural empowerment and respect among staff nurses. Similarly, DeCicco et al. (2006) found, among RNs and RPNs in Canada, that there was a significant correlation between overall structural empowerment and perceived respect. The results of this study were supported by Kanter's (1977, 1993) theory that staff nurses are more likely to feel their values and what they do to earn respect in their work setting. The higher level of structural empowerment that is perceived by staff nurses, the higher the level of respect that will be perceived by staff nurses. When nurses feel that collaborative relationships with managers, colleagues, and subordinates within the organization are effective, they can more easily accomplish their work and improve work efficiency.

5. Relationships between psychological empowerment and perceived respect

The results of these studies demonstrated that there was a positive relationship between psychological empowerment and respect among nurses. The findings agreed with a previous study by Faulkner and Laschinger (2008), which found a significant correlation between psychological empowerment and perceived respect. Additionally, the study findings were consistent with DeCicco et al. (2006), who found a positive correlation between psychological empowerment and perceived respect. This means that nurses with a high level of psychological empowerment are likely to perceive respect. When nurses feel confident in their job performance and the value of their work, they can finish the work well and receive acknowledgment and respect from others. Nurses who feel they have control over their work practices and are involved in making decisions are more likely to perceive more respect.

Conclusion

The purposes of this descriptive correlational research were to examine structural empowerment, psychological empowerment, and perceived respect, to examine the relationship between structural empowerment and perceived respect, and to examine the relationship between the psychological empowerment and perceived respect of nurses at Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China. The structural empowerment perceived by nurses was at a moderate level whereas nurses perceived a high level of psychological empowerment. There was a weak positive relationship between overall structural empowerment and perceived respect for nurses. A moderate positive correlation was found between



psychological empowerment and perceived respect.

Implications and Recommendations

The result of this study would be a valuable contribution to nurse administrators for understanding structural empowerment, psychological empowerment, and respect as perceived by nurses. In addition, the results of this study will provide information and evidence for developing strategies to improve structural and psychological empowerment, which will enhance nurses' perception of respect. Further study is needed to replicate this study in other types of hospitals and other regions in China, and investigate factors influencing perceived respect.

References

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., & Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760-772.
- Almost, J., & Laschinger, H. K. (2002). Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 14(9), 408-420.
- DeCicco, J., Laschinger, H. S., & Kerr, M. (2006). Perceptions of empowerment and respect: Effect on nurses' organizational commitment in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(5), 49-56.
- Delellis, A. J. (2000). Clarifying the concept of respect: Implications for leadership. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 7(2), 35-49.
- Faulkner, J., & Laschinger, H. (2008). The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *Journal of Nursing Management*, 16(2), 214-221.
- Guan, N. (2011). *Study on the status quo of psychological empowerment of nursing staff and its relationship with job satisfaction and organizational commitment* (Doctoral dissertation). Liaoning Normal University.
- International Council of Nurses. (2009). *Nurse: Patient ratios factsheet*. Retrieved from <http://www.icn.ch/publications/fact-sheets.html>.
- Israel, G. D. (2003). *Determining sample size*. Hillsborough, FL: Institute of Food and Agriculture Science, University of Florida. Retrieved from <https://www.psychosphere.com/Determining%20sample%20size%20by%20Glen%20Israel.pdf>
- Kanter, R. M. (1977). *Women and men of the corporation*. New York: Basic books.
- Kanter, R. M. (1993). *Men and women of the corporation*. New York: Basic books.
- Laschinger, H. S. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 354-364.



- Laschinger, H. S., & Finegan, J. (2005). Using empowerment to build trust and respect in the workplace: A strategy for addressing the nursing shortage. *Nursing Economics*, 23(1), 6-13.
- Laschinger, H. S., Finegan, J., & Shamian, J. (2001c). Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(2), 42-52.
- Liang, Y. C., & Hou, C. Y. (2004). The causes and the strategies of nursing shortage. *Heilongjiang Nursing Journal*, 10(3), 255-256.
- Ma, J. D., Jin, X. Z., Lee, Z., & Liu, S. Y. (2004). Analysis for organization structure and operation flow in a hospital: A case study. *Soft Science of Health*, 18(5), 244-248.
- McGuire, M., Houser, J., Jarrar, T., Moy, W., & Wall, M. (2003). Retention: It's all about respect. *The Health Care Manager*, 22(1), 38-44.
- Ministry of Health of China. (2005). *The outline of Chinese nursing career development from 2005 to 2010 institutions*. Retrieved from http://www.noh.gov.cn/public/open.aspx?_nid=10213
- Ministry of Health of China. (2006a). *Ministry of health wars of nurse shortage*. *People's Daily Online*. Retrieved from http://english.people.com.cn/200605/11/eng20060511_264646.html
- Smith, H. J., & Tyler, T. R. (1997). Choosing the right pond: The impact of group membership on self-esteem and group-oriented behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33(2), 146-170.
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465.
- Sun, Y. F., Yan, L. H., Kang, F. X., Zhang, J. X., Yang, S. L., & Yu, A. H. (2001). The psychological reasons and countermeasures for nurses leaving their posts. *Chinese Journal of Nursing*, 36(2), 92-94.
- Thomas, W. H. (2015). Embedding employees early on: The importance of workplace respect. *Personnel Psychology*, 69, 599-633.
- Wang, X. Q., Zheng, C. L., & Wang, L. M. (2007). The analysis of career recognition among nurses. *Journal of Qiqihar Medical College*, 28(5), 534-536.
- Wilson, B., Squires, M., Widger, K., Cranley, L., & Tourangeau, A. (2008). Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 716-723.
- Xu, Z. S., & Yang, P. Z. (2001). Thinking of making the best use of human resources of nursing Staff. *Chinese Nursing Research*, 15(6), 346-348.
- Yamane, T. (1973). *Statistic: A introductory analysis*. Tokyo: Harper International.
- Zhao, Y. T., Li, Y. X., Zhang, L., & Yin, P. (2006). An investigation on working pressure sources of staff nurses in general teaching. *Nursing Research*, 20(7), 1893-1895.
- Zhu, Q. Y., Yang, Q. Y., & Sun, D. J. (2014). The effect of psychological empowerment on the innovation behavior of nurses. *Chinese Nursing Management*, 14(3), 243-245.



Food Literacy and Eating Behaviors Among Chiang Mai University Personnel ความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศิริรัตน์	ปานอุทัย*	Sirirat	Panuthai*
สุทธินันท์	คอดริงตัน**	Sutthinan	Codrington**
ฐิตินันท์	ดวงจินา***	Thitinan	Duangjina***
รังสิมา	โตสงวน***	Rangsima	Tosanguan***

Abstract

Food literacy is an essential factor for appropriate eating behaviors. This correlational descriptive research aimed to describe food literacy and eating behaviors, and to explore the association between food literacy and eating behaviors among Chiang Mai University personnel. One hundred and seventy-nine staff from Chiang Mai University were purposively selected as participants in this study. Data were collected by using 1) a demographic data recording form, 2) the short form of a food literacy questionnaire, and 3) the eating behaviors of working persons questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results showed that the participants had a good level of food literacy and overall eating behaviors at a moderate level. For each dimension of eating behaviors, food safety behaviors had a very good level while healthy eating behaviors and drinking behaviors had a moderate level. Food literacy had a significant positive correlation with overall eating behaviors and food safety behaviors at a moderate level ($r = .335$, $.300$ respectively), while the correlation with drinking behaviors was at a significantly low level ($r = .157$).

The results of this study can be used as database information for promoting the eating behaviors of personnel at Chiang Mai University through food literacy enhancement.

Keyword: Food literacy; Eating behaviors; Personnel of Chiang Mai University

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: sutthinan.cmu@gmail.com

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

Received 22 November 2022; Revised 21 February 2023; Accepted 24 February 2023



บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การวิจัยแบบพรรณนาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 179 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอาหารฉบับสั้น และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีความรอบรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการเลือกบริโภคเครื่องดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านอาหารมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมและด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ($r = .335, .300, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกบริโภคเครื่องดื่มอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .157, p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารผ่านการสนับสนุนความรอบรู้ด้านอาหารของบุคลากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร บุคลากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sutthinan.cmu@gmail.com

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยทำงานประมาณสองในสามหรือคิดเป็นร้อยละ 65 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นวัยที่มีส่วนสำคัญต่อฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ แต่พบว่าประชากรวัยทำงานมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562-2563 พบสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 25.4 และ 9.5 ตามลำดับ (Aekplakorn, 2021) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผลการสำรวจ ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 (Aekplakorn, 2016) เช่นเดียวกับความชุกของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงและภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีสูงถึงร้อยละ 56.8 และร้อยละ 36.0 ของประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยร้อยละ 25.9 มีไขมันเอชดีแอลต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย และ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นเป็นปรากฏการณ์เดียวกับภาวะอ้วนในประชาชนไทย ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยจากการสำรวจครั้งที่ 6 พบว่าร้อยละ 42.2 ของประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีดัชนีมวลกายเกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และร้อยละ 39.4 มีเส้นรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตรในเพศหญิงและ 90 เซนติเมตรในเพศชาย (Aekplakorn, 2021)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรังในประชากรวัยทำงานคือ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากแบบแผนการทำงานที่เร่งรีบ ต้องการความสะดวกและง่ายต่อการบริโภค จึงนิยมเป็นอาหารจานด่วนหรืออาหารจานเดียวแบบชาติตะวันตกที่เรียกว่า “ฟาสต์ฟู้ด” (Health Education Division, Department of Health, Ministry of Public Health, 2018) นอกจากนี้วัยทำงานยังมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและโฆษณาที่ให้ข้อมูลเกินจริงด้านคุณค่าทางโภชนาการ นำมาสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่คำนึงถึงสุขภาพและความปลอดภัย (National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society, 2014) ดังนั้นการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่บุคคลทั้งที่ป่วยและไม่ป่วยควรปฏิบัติเพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (eating behavior) เป็นกิจกรรมที่บุคคลได้ตัดสินใจและกระทำเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค้นหา ซื้อ นำมาใช้ประโยชน์ เพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจ (Waratornpaibul, 2014) ประกอบด้วยพฤติกรรม 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในการเสริมสร้างร่างกาย คือ การรับประทานอาหารที่หลากหลายในปริมาณที่เพียงพอ มีรสชาติเหมาะสม เลี่ยงของทอดและขนมหวาน งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย คือ รับประทานอาหารสุกสะอาด การอ่านฉลากโภชนาการ เลือกรับประทานอาหารธรรมชาติมากกว่าอาหารแปรรูป และใช้อุปกรณ์และภาชนะบรรจุที่ปลอดภัยมีตราหรือเครื่องหมายการค้ารับรอง (Health Education Division, 2018) อย่างไรก็ตามจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลวัยทำงานพบว่ายังไม่เหมาะสมในด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อยกว่าที่กำหนด บริโภคอาหารที่ปรุงสำเร็จโดยหาซื้อจากนอกบ้าน การไม่บริโภคอาหารมื้อเช้า เป็นต้น (Aekplakorn, 2021) การบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหารกล่องแช่แข็ง ขนมหวาน และขนมทานเล่น รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ รับประทานอาหารหมักดอง รับประทานอาหารสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูป การบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารจานด่วน การเติมน้ำตาลและเครื่องปรุงรสในอาหารปรุงสำเร็จ นอกจากนั้นยังพบว่าประชากรวัยทำงานยังมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เครื่องดื่มคาเฟอีนที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการปรุงอาหารโดยใช้น้ำตาลและเครื่องปรุงรสในปริมาณที่สูง และน้ำมันจากมะพร้าว/ปาล์ม/สัตว์ (National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society, 2014)



จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ภาวะโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะที่ดีต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการ ความรอบรู้ด้านอาหาร (Vaitkeviciute, Ball, & Harris, 2014; Lee, Kim, & Jung, 2022) ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion literacy) ความรอบรู้ (literacy) (Lee et al., 2022) และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (electronic health literacy) (Chamnansua et al., 2016) อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แต่ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ หรือ สถานภาพสมรส ซึ่งในปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสารที่บุคคลสามารถแสวงหาและเข้าถึงได้ง่าย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลควรมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและสุขภาพอย่างเพียงพอ เลือกข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ตระหนักในการเลือกชนิดของอาหารที่ควรบริโภค เพื่อนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง และเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคเป็นการปฏิบัติของบุคคลในชีวิตประจำวันซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติหลายประการ ซึ่งต้องอาศัยทักษะพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยทักษะพื้นฐานดังกล่าวเป็นองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอาหาร

ความรู้รอบรู้ด้านอาหาร (food literacy) คือ ทักษะและพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกอาหาร ความแตกต่างและคุณลักษณะของอาหารชนิดต่าง ๆ ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับสุขภาพในแต่ละบุคคล (Perry et al., 2017) และยังรวมถึงความสามารถในการค้นหาและใช้ข้อมูลโภชนาการ สื่อสารหรือจัดการกับข้อมูลด้วยการคำนวณ และการวิเคราะห์เมื่อได้รับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายเพื่อเป็นข้อมูลโภชนาการที่ใช้สำหรับตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะสม (Krause, Sommerhalder, Beer-Borst, & Abel, 2018) โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มของทักษะ ได้แก่ 1) การวางแผนและการจัดการด้านอาหาร เป็นการจัดลำดับความสำคัญด้านการเงินและเวลาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย 2) การเลือกชนิดของอาหาร เป็นการเข้าถึงแหล่งอาหาร ทราบประโยชน์ ส่วนประกอบ การเก็บรักษา รวมถึงวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์อาหาร และการประเมินคุณค่าหรือคุณภาพของอาหาร 3) การเตรียมอาหาร เป็นความสามารถในการจัดมื้ออาหารจากวัตถุดิบที่หลากหลาย การใช้อุปกรณ์เครื่องครัว ส่วนผสม ดัดแปลงวัตถุดิบต่าง ๆ รวมถึงการเลือกเครื่องปรุงในการประกอบอาหาร และ 4) การบริโภคอาหาร เป็นความเข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับผลดีหรือผลเสียของอาหารแต่ละชนิด ปริมาณและสัดส่วนที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Vidgen & Gallegos, 2014) ความรอบรู้ด้านอาหารแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านอาหารระดับพื้นฐาน (functional food literacy) หมายถึงความสามารถในการสื่อสารข้อมูลอาหารที่น่าเชื่อถือและมีหลักฐานยืนยันได้ โดยการรวบรวมข้อมูลและทำความเข้าใจกับข้อมูลและการประเมินข้อมูล 2) ความรอบรู้ด้านอาหารระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive food literacy) เป็นทักษะในการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะด้านอาหารและสุขภาพของร่างกาย และ 3) ความรอบรู้ด้านอาหารระดับวิจลญาณ (critical food literacy) เป็นความเข้าใจบริบทในภาพกว้างของการผลิตอาหารและอาหารสุขภาพ รวมถึงการมีความตระหนักหรือเป็นปากเป็นเสียงเพื่อเปลี่ยนแปลงสุขภาวะด้านอาหารในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านอาหารโดยสามารถวางแผนและจัดการด้านอาหาร สามารถเลือกชนิดของอาหาร สามารถเตรียมการเพื่อประกอบอาหาร และความสามารถในการบริโภคอาหารที่ดีหรือควรหลีกเลี่ยงจะส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยคำนึงถึงสัดส่วนของแต่ละหมู่อาหาร อ่านฉลากและเข้าใจส่วนประกอบ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในหลายกลุ่มประชากร เช่น นักเรียน นักศึกษา ประชากรวัยทำงาน ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวไม่สามารถนำมาใช้ในการ



อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย เนื่องจากความแตกต่างในหลาย ๆ ปัจจัยระหว่างกลุ่มวัยที่แตกต่างกันในข้อจำกัดการปรุงอาหาร ความเร่งรีบในการทำงาน ความสะดวกและการเข้าถึงแหล่งอาหาร และบริบทอื่น ๆ เช่น ช่วงอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา แหล่งสนับสนุนในครอบครัว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านอาหารเพื่อนำมาสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความรู้รอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับประชากรวัยทำงานเพื่อการป้องกันและควบคุมความเจ็บป่วยประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่หลากหลายในปริมาณที่เพียงพอ มีรสชาติเหมาะสม เลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบหรือวิธีการปรุงที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น อาหารที่มีโซเดียม น้ำตาลหรือไขมันเป็นส่วนประกอบที่สูง และการปรุงอาหารที่มีการใช้น้ำมันหรือเครื่องปรุงที่มีน้ำตาลหรือโซเดียมในปริมาณที่สูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย คือ รับประทานอาหารสุกสะอาด การอ่านฉลากโภชนาการ เลือกรับประทานอาหารธรรมชาติมากกว่าอาหารแปรรูป และใช้อุปกรณ์และภาชนะบรรจุที่ปลอดภัยมีตราหรือเครื่องหมายการค้ารับรอง ซึ่งการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ส่วนปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความรู้ ความรอบรู้ด้านอาหารก็พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันซึ่งการจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องมีทั้งความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ซึ่งทั้งความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเป็นคุณลักษณะสำคัญของความรู้รอบรู้ด้านอาหารตามแนวคิดของ วิดเจน และ กาลีกอส (Vidgen & Gallegos, 2014) ซึ่งความรู้รอบรู้ด้านอาหาร หมายถึง รากฐานที่เสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือประเทศชาติ เพื่อการปกป้องคุณภาพของอาหาร ผ่านการปรับเปลี่ยนและเสริมสร้างพลังของความยืดหยุ่นด้านอาหารตลอดเวลา โดยเป็นการผสมผสานทั้งความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่จำเป็นในการวางแผน การจัดการ การเลือก การเตรียม และการบริโภคอาหารเพื่อตอบสนองความต้องการและกำหนดปริมาณการบริโภค โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มของทักษะ ได้แก่ 1) การวางแผนและการจัดการด้านอาหาร 2) การเลือกชนิดของอาหาร 3) การเตรียมอาหาร และ 4) การบริโภคอาหาร (Vidgen & Gallegos, 2014) ใน 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านอาหารระดับพื้นฐาน (functional food literacy) หมายถึงความสามารถในการสื่อสารข้อมูลอาหารที่น่าเชื่อถือและมีหลักฐานยืนยันได้ โดยการรวบรวมข้อมูลและทำความเข้าใจกับข้อมูลและการประเมินข้อมูล 2) ความรอบรู้ด้านอาหารระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive food literacy) เป็นทักษะในการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะด้านอาหารและสุขภาพของร่างกาย และ 3) ความรอบรู้ด้านอาหารระดับวิจรณ์ญาณ (critical food literacy) เป็นความเข้าใจบริบทในภาพกว้างของการผลิตอาหารและอาหารสุขภาพ รวมถึงการมีความตระหนักหรือเป็นปากเป็นเสียงเพื่อเปลี่ยนแปลงสุขภาวะด้านอาหารในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเมื่อบุคคลมีทั้งความรู้และทักษะเกี่ยวกับ



การวางแผนจัดการด้านอาหาร การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียมและความรู้ในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และอาหารปลอดภัยได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคคลที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในทุกคณะและส่วนงานของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ดำรงสถานะเป็นบุคลากรในทะเบียนของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 ขนาดอิทธิพลที่ 0.20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 150 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 180 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อายุงาน ประเภทของงาน เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว
2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอาหารฉบับสั้น (Short Food Literacy Questionnaire) ของ เคราเซอร์ และคณะ (Krause et al., 2018) ที่ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยจากเจ้าของเครื่องมือ (Krause et al., 2018) เพื่อประเมินทักษะที่เกี่ยวข้องกับอาหารใน 3 ระดับคือ 1) ระดับพื้นฐาน ได้แก่ ความเข้าใจข้อมูลอาหาร การเลือกเมนูอาหารที่สมดุล 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลอาหารกับครอบครัวและเพื่อน และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ คือ ความสามารถในการวิเคราะห์ และตัดสินใจข้อมูลอาหาร หรือประเมินผลกระทบของพฤติกรรมการบริโภคอาหารระยะยาวต่อสุขภาพ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 - 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมากถึงไม่เห็นด้วยอย่างมาก, ตีมากถึงไม่ตีมากหรือแย่มาก, ย่างมากถึงยากมาก, เป็นประจำถึงไม่เคย, คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12.00 – 80.00 คะแนน การแบ่งระดับโดยการใช้อันตรภาคขั้น โดยแบ่งความรอบรู้ด้านอาหารเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 12.00 - 34.66 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 34.67 - 57.33 คะแนน และระดับดี คะแนนอยู่ระหว่าง 57.34 - 80.00 คะแนน
3. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนวัยทำงาน ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, 2018) ที่ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย และพฤติกรรมด้านการเลือกบริโภคเครื่องดื่ม มีจำนวนข้อคำถามรวม 35 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ของพฤติกรรมและปริมาณการบริโภค ถ้าความถี่และปริมาณการบริโภคยิ่งบ่อยและปริมาณมากแสดงถึงพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มันและเค็ม เป็นคำถามด้านลบยิ่งมีความถี่บ่อยและปริมาณมากแสดงถึงพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 35.00 – 126.00 คะแนน การแบ่งระดับโดยใช้อันตรภาคขั้น เป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 35.00 – 65.33 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 65.34 - 95.67 คะแนน และระดับดี คะแนนอยู่ระหว่าง 95.68 – 126.00 คะแนน



สำหรับพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15.00 – 62.00 คะแนน การแบ่งระดับโดยใช้สูตรภาคพื้น เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 15.00 – 30.67 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 30.68 – 46.34 คะแนน ระดับดี คะแนนอยู่ระหว่าง 46.35 – 62.00 คะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10.00 – 40.00 คะแนน การแบ่งระดับโดยใช้สูตรภาคพื้น เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 10.00 – 20.00 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 20.01 – 30.00 คะแนน ระดับดี คะแนนอยู่ระหว่าง 30.01 – 40.00 คะแนน ส่วนพฤติกรรมการเลือกบริโภคเครื่องดื่ม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10.00 – 24.00 คะแนน การแบ่งระดับโดยใช้สูตรภาคพื้น เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 10.00 – 14.66 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 14.67 – 19.33 คะแนน ระดับดี คะแนนอยู่ระหว่าง 19.34 – 24.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามความรู้ด้านอาหารฉบับสั้นของ เคราเซอร์ และคณะ (Krause et al., 2018) ได้มีการขอ อนุญาตและนำมาแปลเป็นภาษาไทย (forward translation) โดยทีมวิจัยและแปลย้อนกลับ (backward translation) จากภาษาไทยเป็นภาษาต้นฉบับโดยผู้แปลย้อนกลับเป็นผู้ที่สามารถใช้ภาษาทั้งสองภาษาเป็นอย่างดี (bilingual person) และทีมวิจัยเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ (comparison of the original version and back – translated version) เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของภาษา

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหน่วยงาน ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, 2018) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นและใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยไม่ได้ มีการปรับข้อความ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

ความเชื่อมั่น (reliability)

แบบสอบถามความรู้ด้านอาหารฉบับภาษาไทย ทีมวิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้อง ภายในกับบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำมา คำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.828

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหน่วยงาน ทีมวิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความคงที่ (stability) ห่างกัน 2 สัปดาห์กับบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณค่า Pearson product moment correlation ได้เท่ากับ 0.940

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2562/078 และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะต่าง ๆ และ หน่วยงานต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือและชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วม วิจัยเป็นความสมัครใจโดยมีการลงนามในใบยินยอม และหากปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ซึ่ง ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอมาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ ในทางการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยปรับรูปแบบแบบสอบถามให้เป็นรูปแบบที่สามารถประเมินแบบออนไลน์ได้ และสามารถใส่ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ได้ โดยติด QR code เพื่อให้ผู้ตอบสามารถ download แบบสอบถามเพื่อตอบและส่งกลับคืนเพื่อ วิเคราะห์ข้อมูล โดยก่อนเข้าถึงแบบสอบถามจะมีการให้ผู้ตอบได้มีการอ่านคำชี้แจงการวิจัย โดยผู้ตอบสามารถ



ปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ แต่ถ้าผู้ตอบยินยอมการให้ข้อมูล สามารถลงชื่อยินยอมโดยกรอกข้อมูลชื่อและเลือกแสดงเครื่องหมายการให้ความยินยอมการให้ข้อมูลก่อนตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามโดยเรียงลำดับจากข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความรู้ด้านอาหาร โดยผ่านการประสานงานฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ของทุกคณะและหน่วยงานเพื่อชี้แจงโครงการ วิธีการตอบแบบสอบถามออนไลน์ และปิดประกาศเพื่อเชิญชวนตอบแบบสอบถามออนไลน์ซึ่งเอกสารได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและขอความยินยอมผ่านทางผู้บริหารคณะเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการกระจายของข้อมูล ความรู้ด้านอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pearson's product -moment correlation

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นบุคลากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 179 คน ซึ่งน้อยกว่าที่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ โดยจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 180 คน แต่ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 179 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) อายุเฉลี่ย 38.86 ปี (SD = 10.03) โดยร้อยละ 22.35 เป็นบุคลากรสายวิชาการ ร้อยละ 49.7 มีสถานภาพสมรสได้ ร้อยละ 49.2 ของกลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 31.8 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 17.3 และอยู่ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 30.2 โดยร้อยละ 22.3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการและพนักงานสายวิชาการ อายุงานในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เฉลี่ย 12.14 ปี (SD = 10.06) โดยมีอายุงาน 1 - 5 ปีมากที่สุดร้อยละ 29.6 และร้อยละ 43.6 ของกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในคณะและส่วนงานสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ ข้อมูลเส้นรอบเอวพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 15.6 ที่มีเส้นรอบเอวเกิน 32 นิ้ว ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศชายพบร้อยละ 13.7 ที่มีเส้นรอบเอวเกิน 36 นิ้ว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.9 มีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 18.4 มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 - 29.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) และร้อยละ 3.4 มีภาวะอ้วนรุนแรง (ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) และร้อยละ 25.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ซึ่งโรคที่พบมากที่สุดคือภาวะไขมันในเลือดสูง รองลงมาคือความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านอาหารเฉลี่ย 58.01 คะแนน (SD = 7.08) อยู่ในระดับดี ซึ่งร้อยละ 54.2 มีความรู้ด้านอาหารดี และร้อยละ 45.8 มีความรู้ด้านอาหารระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการบริโภคนั้นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคโดยรวมเฉลี่ย 81.60 คะแนน (SD = 8.25) อยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่หรือร้อยละ 67.6 มีพฤติกรรมการบริโภคระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 37.46 (SD = 4.29) อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการ



บริโภคอาหารปลอดภัยมีคะแนนเฉลี่ย 23.29 (SD = 4.21) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมด้านการเลือกบริโภคเครื่องดื่มมีคะแนนเฉลี่ย 17.85 (SD = 2.35) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ความถี่ และร้อยละของความรอบรู้ด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภค โดยรวมและรายด้าน (n = 179)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ	ความถี่	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านอาหาร	58.01	7.08	ดี		
ไม่ดี				-	-
ปานกลาง				82	45.8
ดี				97	54.2
พฤติกรรมการบริโภค	81.60	8.25	ปานกลาง		
ไม่ดี				1	0.6
ปานกลาง				121	67.6
ดี				57	31.8
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	37.46	4.29	ปานกลาง		
ไม่ดี				-	-
ปานกลาง				139	77.7
ดี				40	22.3
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารปลอดภัย	23.29	4.21	ปานกลาง		
ไม่ดี				4	2.5
ปานกลาง				92	51.1
ดี				83	46.4
พฤติกรรมด้านการเลือกบริโภคเครื่องดื่ม	17.85	2.35	ปานกลาง		
ไม่ดี				4	2.2
ปานกลาง				135	75.4
ดี				40	22.4

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านอาหารมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = .325, p < .01$) ส่วนพฤติกรรมการบริโภครายด้านพบความสัมพันธ์ระดับปานกลางระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพ ($r = .225, p < .01$) ส่วนพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านอาหาร ($r = .300, p < .01$) และพฤติกรรมการเลือกบริโภคเครื่องดื่มมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านอาหาร ($r = .157, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารปลอดภัย และพฤติกรรมการเลือกบริโภคเครื่องดื่ม

	ความรอบรู้ด้านอาหาร	ระดับความสัมพันธ์
พฤติกรรมการบริโภค	.325**	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	.255**	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย	.300**	ปานกลาง
พฤติกรรมการเลือกบริโภคเครื่องดื่ม	.157*	ปานกลาง

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านอาหารของบุคลากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความรอบรู้ด้านอาหารของบุคลากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่อยู่ในระดับดี อาจอธิบายได้ว่าบุคลากรสามารถวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกอาหาร หรือประเมินผลกระทบของพฤติกรรมการบริโภคอาหารระยะยาวต่อสุขภาพ อาจเนื่องจากปัจจัยด้านอายุ โดยบุคลากรมีอายุเฉลี่ย คือ 38.86 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ยังคงมีการทำงานของระบบประสาท ความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ได้เร็ว สามารถคิด วิเคราะห์ และคำนวณได้ซึ่งมีผลต่อการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านอาหาร คือยิ่งอายุมาก ความรอบรู้ด้านอาหารยิ่งลดลง (Julsukon, Piaseu, Thipsuwannakool, & Lininger, 2019) ส่วนระดับการศึกษาก็อาจมีผลกับความรอบรู้ด้านอาหารด้วยเช่นกัน โดยร้อยละ 49.2 ของกลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 31.8 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ซึ่งไม่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลทางโภชนาการและสุขภาพ สามารถวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนและการจัดการ การเลือกการเตรียม และรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ถูกต้องตามหลักโภชนาการ จึงอาจทำให้ความรอบรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับวิจารณ์ญาณ หรืออาจกล่าวได้ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านอาหาร (Julsukon et al., 2019; Yarmohammadi, Morowatisharifabad, Rahaei, Khayatizadeh, & Madadizadeh, 2022) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาจากฐานความรู้หรือการศึกษาที่ได้รับ ตามแนวคิดของ วิดเจน และ กาลีโกส (Vidgen & Gallegos, 2014) ที่บอกว่าความรู้เป็นส่วนหนึ่งของความรอบรู้ด้านอาหาร นอกจากนี้ รายได้ก็อาจมีผลกับความรอบรู้ด้านอาหารด้วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคลากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ร้อยละ 98.9 มีรายได้เกิน 10,000 บาทต่อเดือน อธิบายได้ว่าบุคคลที่มีรายได้มากก็จะสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็วกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยซึ่งจะเป็นผู้ที่มีอุปสรรคต่อความรอบรู้ด้านอาหารมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านอาหาร (Julsukon et al., 2019; Yarmohammadi et al., 2022) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องของ ยาโมฮามมาดิ และคณะ (Yarmohammadi et al., 2022) ในประชากรวัยทำงานของประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 75

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย และพฤติกรรมการเลือกบริโภคเครื่องดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายถึงว่าบุคลากรยังมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสุขภาพ อาหารปลอดภัยและ



พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มบางส่วนไม่เหมาะสม โดยพบว่ามีบุคลากรเพียงส่วนน้อยที่รับประทานผักทุกวัน และส่วนใหญ่รับประทานผักเพียงวันละ 1-3 ท็อปผักเท่านั้น นอกจากนี้ส่วนใหญ่ยังบริโภคขนมหวาน ความถี่คือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรร้อยละ 91.1 บริโภคอาหารทอด ซึ่งส่วนใหญ่บริโภค 1 วันต่อสัปดาห์ ส่วนเนื้อสัตว์ติดมัน และขนมกรุบกรอบ บุคลากรส่วนใหญ่บริโภค 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยพบว่ามีบุคลากรบางส่วนไม่ล้างผัก ผลไม้ ด้วยน้ำสะอาดก่อนการบริโภค และไม่ล้างมือก่อนบริโภคอาหารและปรุงอาหาร นอกจากนี้บุคลากรบางส่วนที่ยังไม่สังเกตป้ายสัญลักษณ์การรับรองอาหารก่อนตัดสินใจเลือกซื้อ เช่น ฉลาก อย. วันที่ผลิตและหมดอายุ การไม่สังเกตสี ลักษณะน้ำมันที่ใช้ก่อนซื้ออาหารทอด และรับประทานอาหารที่สุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบดิบ หลู้ ส้า ส่วนด้านพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่จะเลือกดื่มน้ำเปล่าเป็นหลัก แต่ก็ยังมีถึงร้อยละ 82.1 ที่ชอบดื่มชา กาแฟ โอวัลติน โดยส่วนใหญ่ดื่มวันละ 1-2 แก้ว และเลือกระดับความหวานน้อย แต่ยังคงใส่นมและครีมเทียมปกติ ประมาณร้อยละ 90 ดื่มในขณะทำงาน และร้อยละ 40 ดื่มในขณะประชุม ซึ่งเหตุผลหลักคือ ทำให้ตื่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากร้อยละ 56.4 ที่ปฏิบัติงานในคณะและส่วนงานสายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และสายมนุษยศาสตร์และสายสังคมศาสตร์ ซึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ อาจทำให้การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพมีข้อจำกัด นอกจากนี้การจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพซึ่งอาจเป็นในรูปแบบบริการวิชาการของคณะหรือส่วนงานอาจไม่ได้เป็นยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในส่วนงานดังกล่าวจึงยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสายสนับสนุนที่อาจไม่ได้มีภารกิจหลักในด้านการจัดการเรียนการสอนที่ต้องมีการค้นคว้าหาความรู้เพื่อการสอนนักศึกษา ทำให้บุคลากรสายสนับสนุนไม่ได้มีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจึงยังไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองจนอยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยของ สุระเดช ไชยตอกเกีย (Chaitokkia, 2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1,145 คน ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของ รังสิณี พูลเพิ่ม ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวในชุมชนบ้านพักข้าราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 300 ครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก (Poonperm, 2016) และสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคกาแฟสด ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่าเหตุผลของการบริโภคกาแฟส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างคือ ลดอาการง่วงนอน เพิ่มความสดชื่น (Onchuenchit, Rungsintora, Jaroenpacha, & Srimool, 2016) ส่วนเหตุผลรองลงมาที่บุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชอบบริโภคกาแฟคือ มีรสชาติดี และหาซื้อได้ง่าย ซึ่งส่วนใหญ่มักจะพบร้านกาแฟอยู่บริเวณสถานที่ทำงานและร้านอาหารของมหาวิทยาลัย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .325$ $p < .01$) อธิบายได้ว่าบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีความรู้ด้านอาหารจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม คือการที่บุคคลมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารที่ดี จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เนื่องจากการมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอาหารสุขภาพและอาหารปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจพฤติกรรมการปฏิบัติบริโภคของตนเองได้ ซึ่งการมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ บุคคลต้องมีทักษะและมีการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับอาหารด้านการวางแผน การเลือก การเตรียม การปรุงและทักษะการบริโภค ด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลไม่มีทักษะในการปฏิบัติ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีทั้งความรู้ ทักษะและ



พฤติกรรมการปฏิบัติจะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประกอบด้วย การบริโภคอาหารสุขภาพ การบริโภคอาหารปลอดภัย และการบริโภคเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพเหมาะสมตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ คัลคาน (Kalkan, 2019) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ใหญ่ตอนต้น ประเทศตุรกี กลุ่มตัวอย่าง 276 คน ผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทางบวกในระดับสูง แต่ความแตกต่างในระดับของความสัมพันธ์อาจเนื่องจากบุคลากร แม้จะมีความรู้ที่เหมาะสมแต่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่ชอบความสะดวกในการเลือกอาหารโดยครั้งหนึ่งของกลุ่มประชากรเลือกอาหารปรุงสำเร็จ อาหารจานเดียว อาหารจานด่วนหรืออาหารแปรรูป และเลือกดื่มชา กาแฟ โอวัลตินในระหว่างทำงานซึ่งสามารถหาซื้อได้ง่ายตามสถานที่ภายในมหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานบุคคลควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปประกอบการวางแผนการส่งเสริมให้บุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม โดยผ่านการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ด้วยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์กับปัจจัยคือความรู้ด้านสุขภาพ โดยผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ที่ไม่สามารถอ้างถึงความเป็นเหตุและผลได้ ดังนั้นการศึกษากครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย และศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อไป

References

- Aekplakorn, W. (Ed.). (2016). *National health examination surveys* (5th ed.). Nonthaburi: Augson Graphic and Design. (in Thai)
- Aekplakorn, W. (Ed.). (2021). *National health examination surveys* (6th ed.). Nonthaburi: Augson Graphic and Design. (in Thai)
- Chaitokkia, S. (2018). Factors affecting food consumption behaviors of adults in northeastern Thailand. *Research and Development Journal, Loei Rajabhat University*, 13(45), 68-78. (in Thai)
- Chamnansua, P., Kheokao, J., Chumchai, P., Duangkam, T., Jaruphisitphaibun, C., Hongthong, K., ... Meebunmak, Y. (2016). Health information literacy, eHealth literacy, and health status of nursing students in nursing colleges under Jurisdiction of the Praboromarajchanok institute (PBRI), in the central region 2 network and northeastern region network. *Thai Library Association Research Journal*, 9(1), 93-117.
- Health Education Division, Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *Enhancing and evaluation of health literacy and health behaviors* (Rev. ed.). Retrieved from <http://www.hed.go.th/linkhed/file/575> (in Thai)
- Julsukon, A., Piaseu, N., Thipsuwannakool, V., & Lininger, J. (2019). Nutrition literacy and health outcomes in older adults with type 2 diabetes. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(4), 120-135. (in Thai)



- Kalkan, I. (2019). The impact of nutrition literacy on the food habits among young adults in Turkey. *Nutrition Research and Practice*, 13(4), 352-357. doi: 10.4162/nrp.2019.13.4.352
- Krause, C., Sommerhalder, K., Beer-Borst, S., & Abel, T. (2018). Just a subtle difference? findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promotion International*, 33(3), 378-389. doi: 10.1093/heapro/daw084
- Lee, Y., Kim, T., & Jung, H. (2022). The relationships between food literacy, health promotion literacy and healthy eating habits among young adults in South Korea. *Foods*, 11(16), 2467. doi: 10.3390/foods11162467
- National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. (2014). *Health behaviour of population survey 2021*. Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13> (in Thai)
- Onchuenchit, H., Rungsintora, N., Jaroenpacha, P., & Srimool, S. (2016). The coffee consumer behaviors in Muang District, Phitsanulok Province. *The Khangphaenfphet Rajabhat University Conference*, 3(2), 308-321. (in Thai)
- Perry, E., Thomas, H., Samra, H., Edmonstone, S., Davidson, L., Faulkner, A., ... Kirkpatrick, S. (2017). Identifying attributes of food literacy: A scoping review. *Public Health Nutrition*, 20(13), 2406-2415. doi: 10.1017/S1368980017001276
- Poonperm, R. (2016). Food consumption behaviors of family in the community of Phramongkutklao hospital personnel's residence. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(2), 78-88. (in Thai)
- Vaitkeviciute, R., Ball, L. E., & Harris, N. (2014). The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: A systematic review. *Public Health Nutrition*, 18(4), 649-658.
- Vidgen, H., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76(1), 50-59. doi: 10.1016/j.appet.2014.01.010
- Waratornpaibul, T. (2014). Consumption behavior: Consumerism food and health-conscious food. *Panyapiwat Journal*, 5(2), 255-264. (in Thai)
- Yarmohammadi, P., Morowatisharifabad, M. A., Rahaei, Z., Khayyatzadeh, S. S., & Madadzadeh, F. (2022). Nutrition literacy and its related demographic factors among workers of Taraz Steel company, Chaharmahal and Bakhtiari, Iran. *Frontiers in Public Health*, 10, 911619. doi: 10.3389/fpubh.2022.911619



The Effects of Cold Compression on Pain and Satisfaction Among Trigger Finger Patients Receiving Steroid Injection Therapy

ผลของการประคบเย็นต่อความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์

วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ*
นงลักษณ์ อินตา**

Wilailak Wongcharoen*
Nonglak Inta**

Abstract

Steroid injection treatment in patients with trigger finger induces pain when the needle is inserted. A cold compress is accepted to relieve acute pain. This quasi-experimental research aimed to study the effect of cold compression on pain and patient satisfaction after receiving a steroid injection for trigger finger. The subjects were 102 trigger finger patients who visited the orthopedic outpatient room in a university hospital and met the specified criteria. The experimental group received a cold gel compression before injection and the control group received normal nursing care. There were 51 cases in each group, and the simple random sampling method was used for allocating subjects to each group by matching similar characteristics in terms of age, sex, injection site, and number of injections. The research instruments consisted of 1) the research operation tools, including cold gel bags, digital thermometers, and a stopwatch; and 2) the data collection tools, including the personal data record form, the pain assessment record form, and the patients' satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, and the Mann-Whitney U test. The level of significance was set at $p < .05$.

The results showed that the experimental group had statistically significantly lower pain scores, both when the needle is inserted and immediately after the needle injection, than the control group ($p < .001$ and $p < .001$), and the patients' satisfaction score was higher than that of the control group with statistical significance ($p = .01$).

The results indicate the effectiveness of the cold compress in reducing pain during steroid injections in patients with trigger finger, and patients were satisfied. Therefore, a cold compress should be considered as alternative pain management for patients with trigger finger before a steroid injection.

Key words: Cold compression; Pain; Satisfaction; Trigger finger; Steroid injection

* Corresponding author, Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital;
e-mail: wilailak.w@cmu.ac.th

** Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Received 24 December 2022; Revised 21 February 2023; Accepted 10 March 2023



บทคัดย่อ

การรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์ในผู้ป่วยนิ้วล็อกทำให้เกิดความปวดขณะแทงเข็ม ซึ่งการประคบเย็นเป็นที่ยอมรับว่าสามารถบรรเทาความปวดแบบเฉียบพลันได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประคบเย็นต่อความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนิ้วล็อกที่มาตรวจในห้องตรวจผู้ป่วยนอกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 102 ราย กลุ่มทดลองได้รับการประคบด้วยถุงเจลเย็นก่อนได้รับการฉีดยา และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 51 ราย ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มโดยจับคู่ลักษณะใกล้เคียงกันในด้าน อายุ เพศ ตำแหน่งฉีดยา และจำนวนครั้งของการฉีดยา เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ถุงเจลเย็น ดิจิตอลเทอร์โมมิเตอร์ และนาฬิกาจับเวลา 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวด และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square test สถิติ Fisher's exact test และสถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ $p < .05$

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดทั้งขณะแทงเข็ม และภายหลังฉีดยาสเตียรอยด์เสร็จทันทีต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$) และมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นประสิทธิผลของการประคบเย็นต่อการลดความปวดขณะฉีดยาสเตียรอยด์ในผู้ป่วยนิ้วล็อก และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ จึงควรพิจารณาใช้การประคบเย็นเป็นทางเลือกในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยนิ้วล็อกก่อนฉีดยาสเตียรอยด์

คำสำคัญ: การประคบเย็น ความปวด ความพึงพอใจ นิ้วล็อก การฉีดยาสเตียรอยด์

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ e-mail: wilailak.w@cmu.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคนิ้วล็อกหรือนิ้วติดสะดุด (trigger finger) คือกลุ่มอาการปวดบริเวณฝ่ามือใกล้ ๆ กับโคนนิ้ว เวลาขยับนิ้วจะรู้สึกสะดุดติดขัดไม่สามารถขยับนิ้วได้อย่างปกติ อาจเป็นได้นิ้วเดียวหรือหลายนิ้วได้ (Sirjaruwong, Klaphajone, Sananpanich, & Tongprasert, 2012) สาเหตุนิ้วล็อกไม่ปรากฏชัดเจนแน่นอน แต่มักพบมีการอักเสบของเยื่อหุ้มเส้นเอ็นนิ้วมือทำให้มีการหนาขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถยืดหรือหดนิ้วได้ตามปกติ มักเกิดขึ้นในคนที่ทำงานที่ต้องใช้นิ้วทำงานหนัก ๆ หรือออกแรงกำ บีบ หิ้ว เกร็งซ้ำ ๆ บ่อย ๆ พบมากในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพแม่บ้าน พนักงานพิมพ์ดีด หมอนวดแผนโบราณ เป็นต้น (Rerkyen & Luenam, 2014) นอกจากนี้การใช้โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนในชีวิตประจำวัน เช่น เล่นเกมส์ หรือใช้สื่อสารด้วยโปรแกรมสนทนาหรือแชตไลน์ ซึ่งมีการใช้นิ้วมือในการพิมพ์บ่อย ๆ หรือการใช้นิ้วเล่นโทรศัพท์มือถือติดต่อกันเป็นเวลานานหลายชั่วโมง ทำให้มีการใช้กล้ามเนื้อนิ้วมือนานกว่าปกติ ขณะใช้จะมีการเกร็งและงอนิ้วมือก็จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคนิ้วล็อกได้ (Silangam, 2018) ปัจจุบันโรคนิ้วล็อกจึงเป็นภัยคุกคามทุกอาชีพ ทุกเพศ ทุกวัย และถือว่าเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากความปวด แต่ผู้ป่วยก็ยังต้องใช้มือทำงานโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะนิ้วเป็นอวัยวะที่สำคัญในการทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้โรคนิ้วล็อกจะส่งผลต่อการใช้มือในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การกำมือ การแบมือ การหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ รวมถึงส่งผลต่อบางอาชีพที่ต้องใช้มือ เช่น แม่บ้าน ตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น (Tanapatiwat, Kongsri, Thanakiatpinyo, & Tongsuntud, 2020) ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการทำงานและการดำเนินชีวิต ซึ่งพบว่าโรคนิ้วล็อกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Langer, Maeir, Michailevich, Applebaum, & Luria, 2016)

แนวทางการรักษาโรคนิ้วล็อกในปัจจุบัน มี 2 แบบ คือ การรักษาแบบประคับประคอง และการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ 1) ในระยะเริ่มแรกแพทย์จะให้ผู้ป่วยพักการใช้มือนั้น ๆ และให้ยาบรรเทาปวดและกลุ่มยาต้านการอักเสบ (non-steroid anti-inflammation) เพื่อบรรเทาอาการปวดและบวมของเอ็น 2) การกายภาพบำบัดต้องทำการรักษาภายใต้การดูแลของแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด 3) การรักษาโดยการฉีดยาสเตียรอยด์โดยแพทย์จะใช้วิธีฉีดยา Triamcinolon Acetonide ผสมยาชา 1% xylocaine without adrenaline เข้าไปบริเวณปลอกหุ้มเอ็น (pulley) ส่วนใหญ่จะดีขึ้นภายใน 3 วันหลังฉีด หากฉีดยามากกว่า 3 ครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือยังมีอาการติดขัดไม่สามารถเหยียดนิ้วออกในท่าเหยียด แพทย์จะไม่ฉีดซ้ำอีกเพราะอาจทำให้เอ็นเปื่อยหรือยุ่ย และวิธีสุดท้ายแพทย์จะพิจารณาใช้การผ่าตัดขยายรูปลอกหุ้มเอ็น (Rerkyen & Luenam, 2014; Apivatthakakul, 2015) ปัจจุบันการรักษาโรคนิ้วล็อกด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ ถือว่าเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานก่อนที่จะใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยพบว่าให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการทำการกายภาพ (Duangmee, 2021) มีอัตราการตอบสนองต่อการรักษามากถึงร้อยละ 32-90 (Seigerman et al., 2021)

การฉีดยาสเตียรอยด์ถึงแม้จะมีผลผสมของยาเฉพาะที่อยู่แล้ว แต่ยาจะช่วยบรรเทาอาการปวดหลังการฉีดยา แต่ไม่ได้ทำให้ความเจ็บปวดจากการแทงเข็มลดลง ผู้ป่วยจะยังรู้สึกปวดและเสียบขณะแทงเข็ม โดยเฉพาะการถูกกระตุ้นบริเวณนิ้วและฝ่ามือ เนื่องจากผิวหนังบริเวณฝ่ามือ (glabrous palmar skin) มีตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดอยู่หนาแน่น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ฉีดยาที่แย่งในครั้งต่อไป (Patrinely, Johnson, & Drolet, 2021) จากการศึกษาทบทวนความปวดขณะฉีดยาสเตียรอยด์ให้ผู้ป่วยนิ้วล็อกใน Massachusetts General Hospital จำนวน 100 ราย พบว่ามีคะแนนความปวด 4.3 (Julka, Vranceanu, Shah, Peters, & Ring, 2012) และการศึกษาความปวดขณะฉีดยาสเตียรอยด์ให้ผู้ป่วยนิ้วล็อก ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ประเทศอังกฤษ จำนวน 9 ราย พบว่า มีคะแนนความปวด 6 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง จึงต้องได้รับการจัดการความปวด (Smith, Meadows, Myers, Reynolds, & Woodhead, 2014)

ปัจจุบันการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็น เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะความปวดแบบเฉียบพลัน และเมื่อนำความเย็นมาใช้เพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ สามารถลดความปวดในระหว่างฉีดยาได้ (Pituksum, Chirapapaisan, Konlakij, Suratako, & Kumteam, 2015; Wongcharoen & Puanfai, 2017) โดยอธิบายได้ว่าความเย็นจะไปลดศักยภาพในการทำงานของตัวรับสัมผัสทางปลายประสาทรับรู้ความรู้สึก (peripheral sensory receptor) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ช่วยลดความเร็วของกระแสประสาทที่นำความรู้สึกปวด ช่วยลดการไหลเวียนเลือด ลดการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และความเย็นยังสามารถกระตุ้นตัวรับความรู้สึกในสมองส่วนกลาง ทำให้รู้สึกสบาย อาการปวดจึงลดลง (Kongphet & Paneeya, 2011) นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายโดยทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate control theory) ได้ว่า ความเย็นจะกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีเป็นจำนวนมากที่บริเวณกล้ามเนื้อและผิวหนัง ทำให้อัตราเร็วการส่งผ่านกระแสประสาทความปวดของเส้นประสาทเอ เดลต้า (A delta fiber) และเส้นใยประสาทซี (C fiber) ลดลง เป็นการปิดประตูความปวด ทำให้การส่งกระแสประสาทต่อไปยังไขสันหลังและสมองลดลง การรับรู้ต่อความปวดจึงลดน้อยลงด้วย (Melzack & Wall, 1965)

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงระยะเวลาในการประคบเย็นพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการประคบเย็นหากนาน 2-7 นาที จะทำให้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่าควรใช้เวลาประมาณ 1-2 นาทีในการประคบเย็น (Chompooongkasem, 2011; Pituksum et al., 2015; Poonprasit, 2018; Petprasert, 2019) สำหรับอุณหภูมิที่ใช้ในการประคบเย็นไม่มีการระบุไว้ชัดเจน ส่วนใหญ่การศึกษาที่ผ่านมาจะระบุเพียงใช้แผ่นเจลเย็นแช่ในน้ำแข็งหรือช่องแช่แข็ง หรืออุปกรณ์ดัดแปลง เช่น ถังมียางใส่น้ำแข็ง แต่บางการศึกษาระบุอุณหภูมิของแผ่นเจลที่ใช้ไว้ประมาณ 4-15 องศาเซลเซียส (Chompooongkasem, 2011; Wongcharoen & Puanfai, 2017; Petprasert, 2019) และจากการศึกษายังพบอีกว่าการประคบด้วยน้ำแข็งก่อนฉีดยาสเตียรอยด์ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด และแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการประคบเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kongphet & Paneeya, 2011; Poonprasit, 2018)

จากสถิติของห้องตรวจผู้ป่วยนอกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกจำนวน 435, 391 และ 446 ราย ตามลำดับ โดยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยนิ้วล็อกได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์ (ร้อยละ 60.4, 52.2 และ 53.4 ตามลำดับ) และจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยโดยการประเมินความปวดของผู้ป่วยขณะที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแทงเข็มฉีดยา จำนวน 40 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดอยู่ในระดับมาก (7-9) ถึงร้อยละ 35 ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในครั้งต่อไป และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาการบรรเทาความปวดด้วยการประคบเย็นเพื่อบรรเทาความปวดขณะแทงเข็มฉีดยาสเตียรอยด์ในผู้ป่วยนิ้วล็อก มีเพียงคำแนะนำของสมาคมศัลยแพทย์เกี่ยวกับมือแห่งสหรัฐอเมริกา (American Society for Surgery of the Hand, 2015) ในการใช้น้ำแข็งประคบและการพักบริเวณที่ฉีดเพื่อลดอาการปวดหลังการฉีดยาสเตียรอยด์ขณะที่อยู่ในห้องตรวจกระดูกและข้อ ภายหลังจากฉีดยาได้แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดและการพักบริเวณที่ฉีดเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีบรรเทาความปวดโดยการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นในผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ขณะแทงเข็ม และภายหลังจากฉีดยาสเตียรอยด์เสร็จทันที เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนลดประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย และเพิ่มประสิทธิภาพในการมารับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดขณะแทงเข็มฉีดยา และหลังฉีดยาสเตียรอยด์ทันทีในผู้ป่วยนิ้วล็อก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยนิ้วล็อกกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความปวดขณะแทงเข็ม และหลังฉีดยาสเตียรอยด์ทันทีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์กลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดพยาธิสรีรวิทยาของความปวด และการปิดประตูความปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ของ เมลแซคค์ และ วอลล์ (Melzack & Wall, 1965) ซึ่งตามปกติเส้นใยประสาทเอ เดลต้า (A delta fiber) และเส้นใยประสาทซี (C fiber) ซึ่งเป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็กจะรับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผ่านตัวรับความรู้สึกปวด (nociceptors) ไปที่บริเวณ dorsal horn ของไขสันหลัง (spinal cord) โดยมี substantial gelatinosa (SG cell) ในการทำหน้าที่ควบคุมการปิดหรือเปิดประตูของไขสันหลัง ในการยินยอมให้เซลล์ส่งต่อหรือ เรียกว่า T cell ส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมอง ทำให้ร่างกายรับรู้ความปวด ซึ่งการกระตุ้นด้วยความเย็นจะเป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทเอ เบต้า (A beta fiber) และเส้นใยประสาทเอ แอลฟา (A alpha fiber) ซึ่งเป็นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ โดยเส้นใยประสาทสองชนิดนี้รับสัญญาณจากการกด นวด และระดับอุณหภูมิ ส่งผลให้ SG cell ปิดประตู ลดการทำงานของ T cell ทำให้การส่งสัญญาณความปวดไปยังไขสันหลังลดลงและช้าลง การส่งความรู้สึกปวดของสมองก็ลดลงด้วย เป็นผลให้การรับรู้ความปวดลดลง โดยเฉพาะความปวดแบบเฉียบพลัน นอกจากนี้ความเย็นยังช่วยลดการไหลเวียนเลือด ลดการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นตัวรับความรู้สึกสบายในสมองส่วนกลาง (morphine receptor) ด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (quasi-experimental two group pretest-posttest designs) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความปวดขณะแทงเข็มฉีดยาสเตียรอยด์ทันที และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนิ้วล็อกที่มาตรวจในหัตถ์ตรวจผู้ป่วยนอกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิ้วล็อกที่มาตรวจในหัตถ์ตรวจผู้ป่วยนอกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G-Power โดยอาศัยอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาของ กิตติพงษ์ ชมภูพวงษ์เกษม (Chompoopongkasem, 2011) ที่พบว่าคะแนนความปวดของกลุ่มที่ประคบแผ่นเจลเย็นก่อนการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าไปในรอยแผลนูนลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการประคบเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.86 ± 1.93 VS 3.09 ± 2.11) ได้ขนาดอิทธิพลการศึกษาเท่ากับ 0.52 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย

จึงกำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
กลุ่มละ 51 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีโรคประจำตัว เป็น
โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดส่วนปลายผิดปกติ 3) ไม่มีประวัติแพ้ความเย็น 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจ
ภาษาไทยได้ดี และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ได้รับประทุษร้ายแก่ปวดภายในระยะเวลา 4 ชั่วโมง ก่อนการ
ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์

ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (matching) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติลักษณะเหมือนกันหรือ
ใกล้เคียงกันในด้าน อายุ เพศ ตำแหน่งฉีดยา และจำนวนครั้งของการฉีดยา แล้วสุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. ฤกษ์เย็นที่มีขนาด กว้าง 9 เซนติเมตร ยาว 12 เซนติเมตร นำไปแช่ในช่องแช่แข็งเป็นเวลา 2 ชั่วโมง
และเพื่อให้ได้อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส (Firstphysio Clinic, 2016)
2. นาฬิกาจับเวลาชนิดดิจิทัล ใช้สำหรับส่งเสียงเตือนเมื่อครบเวลาที่ตั้งไว้
3. เทอร์โมมิเตอร์ชนิดดิจิทัล ที่สามารถแจ้งเตือนสถานะของอุณหภูมิที่บันทึก ด้วย LED สามารถส่งออก
ข้อมูลในรูปแบบ Excel

โดยนาฬิกาจับเวลาและเทอร์โมมิเตอร์ชนิดดิจิทัล ได้รับการ calibrate โดยหน่วย อิเล็กทรอนิกส์งาน
ซ่อมบำรุงคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ก่อนนำมาใช้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ตำแหน่งนิ้วล็อกที่ได้รับการฉีดยา
สเตียรอยด์ ระยะเวลาที่เป็นโรคนิ้วล็อก และจำนวนครั้งของการรักษาโรคนิ้วล็อกโดยการฉีดยาสเตียรอยด์
2. แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข (numeric rating scale: NRS) มาตรวัด
ความปวดชนิดนี้เป็นการประเมินความรุนแรงของความปวด โดยประเมินความปวดก่อนฉีดยา ขณะแทงเข็มฉีดยา
และหลังฉีดยาสเตียรอยด์เสร็จทันที แบบประเมินมีการแสดงตัวเลขตั้งแต่ 0-10
วิธีการประเมินใช้การสอบถาม ผู้ป่วยเป็นผู้บอกระดับความรุนแรงของอาการปวดว่ามีอยู่ในระดับใด
ระหว่าง 0-10 คะแนน 0 หมายถึงไม่ปวด คะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด การแปลความหมายระดับความปวด
ดังนี้ 0 ไม่ปวด 1-3 ปวดน้อย 4-6 ปวดปานกลาง และ 7-10 ปวดรุนแรง (Nirutisart, 2016)
3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมิน
ความพึงพอใจของ บุปผา จันทรจรัส และคณะ (Jantaracharut et al., 2016) ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อการ
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการ
จัดการกับความปวด ความพึงพอใจต่อกระบวนการและขั้นตอนการฉีดยาของแพทย์ ความพึงพอใจต่อกระบวนการ
ดูแลจากแพทย์ และ ระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลจากพยาบาล โดย คะแนนมีลักษณะเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่าของลิเกต (Likert) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) ต้องปรับปรุง (1)
โดยคะแนนรวมมีตั้งแต่ 5-25 คะแนน โดยคะแนนมากที่สุดหมายถึงพึงพอใจมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านออร์โทปิดิกส์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลชำนาญการพิเศษด้านการดูแลผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.87 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.81 ส่วนแบบประเมินความปวดผู้วิจัยไม่ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย HOS.-2561-05531 เอกสารเลขที่ 287/2561 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการจัดทำเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียดถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ คำตอบหรือข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลถูกนำเสนอที่ได้ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลอย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ระบุไว้ อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย โดยผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย และลงลายมือชื่อในใบยินยอม จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในด้าน อายุ เพศ ตำแหน่งฉีดยา และจำนวนครั้งของการฉีดยา แล้วนำมาจัดเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย
2. ทั้งสองกลุ่มได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ชนิด Kanolone เข็มชั้น ปริมาณ 1 มิลลิลิตร ผสมยาชาเฉพาะที่ 1% xylocaine without adrenaline ปริมาณ 1 มิลลิลิตร ฉีดตรงตำแหน่งนิ้วล็อกตามมาตรฐานด้วยเข็มเบอร์ 25 และใช้เทคนิคเดียวกัน โดยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญออร์โทปิดิกส์ท่านเดียวกัน
3. ก่อนการฉีดยาสเตียรอยด์ ผู้วิจัยประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่าง และขณะได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลเบี่ยงเบนความสนใจ โดยอยู่กับผู้ป่วย ชวนพูดคุยและสัมผัสร่างกายเบา ๆ ส่วนในกลุ่มทดลอง ก่อนการฉีดยาสเตียรอยด์ ได้รับการประคบด้วยถุงเจลเย็น ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส ประคบบริเวณตำแหน่งที่จะแทงเข็มฉีดยา เป็นเวลานาน 2 นาที จากนั้นจึงเริ่มแทงเข็มฉีดยา ขณะได้รับการฉีดยา ให้การดูแลเบี่ยงเบนความสนใจเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม โดยทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความปวดขณะแทงเข็มฉีดยา และขณะฉีดยาสเสร็จทันที
4. เมื่อฉีดยาสเสร็จผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ของทั้ง 2 กลุ่ม
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาและเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ chi square หรือ Fisher exact และ t-test หรือ Mann-Whitney U Test (กรณีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ)



2. เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนฉีดยา ขณะแทงเข็มฉีดยา และหลังฉีดยาสเตียรอยด์เสร็จทันที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจการจัดการความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีอายุอยู่ในช่วง 36-83 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากัน คือ 57.1 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และตำแหน่งนิ้วล็อกพบบริเวณนิ้วมือข้างขวามากกว่าข้างซ้ายโดยพบหัวแม่มือมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะ อายุ เพศ อาชีพ ตำแหน่งที่เป็นนิ้วล็อก ระยะเวลาที่เป็นโรคนิ้วล็อก และจำนวนครั้งที่มารักษาโรคนิ้วล็อก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 102$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 51$)	กลุ่มควบคุม ($n = 51$)	P-value
อายุ (ปี) mean (SD)			
≤ 60 ปี	34 (66.7)	37 (72.5)	.52 ^a
> 60 ปี	17 (33.3)	14 (27.5)	
เพศ n (%)			.20 ^a
ชาย	12 (23.5)	7 (13.7)	
หญิง	39 (76.5)	44 (86.3)	
อาชีพ n (%)			.35 ^b
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14 (27.5)	17 (33.3)	
แม่บ้าน	12 (23.5)	10 (19.6)	
รับจ้าง	10 (19.6)	16 (31.4)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8 (15.7)	2 (3.9)	
เกษตรกร	5 (9.8)	4 (7.8)	
พนักงานบริษัท/เอกชน	2 (3.9)	2 (3.9)	
ตำแหน่งนิ้วล็อกที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ n (%)			.94 ^b
นิ้วหัวแม่มือขวา	12 (23.5)	10 (19.6)	
นิ้วชี้ขวา	2 (3.9)	1 (2.0)	
นิ้วกลางขวา	11 (21.5)	13 (25.5)	
นิ้วนางขวา	1 (2.0)	2 (3.9)	
นิ้วหัวแม่มือซ้าย	4 (7.8)	5 (9.8)	
นิ้วชี้ซ้าย	1 (2.0)	1 (2.0)	
นิ้วกลางซ้าย	9 (17.7)	6 (11.7)	
นิ้วนางซ้าย	2 (3.9)	4 (7.8)	
นิ้วก้อยซ้าย	0 (0.0)	1 (2.0)	
มากกว่า 1 นิ้ว	9 (17.7)	8 (15.7)	



The Effects of Cold Compression on Pain and Satisfaction Among
Trigger Finger Patients Receiving Steroid Injection Therapy
ผลของการประคบเย็นต่อความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยนิ้วล็อก
ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 102) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 51)	กลุ่มควบคุม (n = 51)	P-value
ระยะเวลาที่เป็นโรคนิ้วล็อก (เดือน) median (min-max)			
1-12 เดือน	47 (92.2)	46 (90.2)	.98 ^b
13-24 เดือน	2 (3.9)	3 (5.9)	
25-36 เดือน	1 (2.0)	1 (2.0)	
37-48 เดือน	1 (2.0)	1 (2.0)	
จำนวนครั้งที่มารับการรักษาโรคนิ้วล็อกโดยการ ฉีดยาสเตียรอยด์ n (%)			.71 ^a
ครั้งที่ 1	31 (60.8)	28 (54.9)	
ครั้งที่ 2	13 (25.5)	13 (25.5)	
ครั้งที่ 3	7 (13.7)	10 (19.6)	

a = Chi-square test, b = Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความปวดก่อนฉีดยาสเตียรอยด์ไม่แตกต่างกัน ($p = .22$) ขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดขณะแทงเข็มฉีดยา และหลังฉีดยาสเตียรอยด์เสร็จทันทีต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนฉีดยา ขณะฉีดยา และหลังฉีดยาสเตียรอยด์เสร็จทันทีระหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ Mann-Whitney U Test (n = 102)

คะแนนความ ปวด	กลุ่มทดลอง (n = 51)			กลุ่มควบคุม (n = 51)			Z test	P-value
	Mean (SD)	Mean rank	IQR*	Mean (SD)	Mean rank	IQR*		
- ก่อนฉีดยา	5.08 (2.22)	47.83	3.0-7.0	5.69 (1.49)	55.17	5.0-7.0	-1.28	.22
สเตียรอยด์								
- ขณะแทงเข็มฉีดยา	3.78 (1.90)	28.76	2.0-5.0	8.04 (1.57)	74.14	7.0-10.0	-7.81	<.001
ยาสเตียรอยด์								
- หลังฉีดยา	1.27 (1.91)	35.6	0-20.0	3.80 (2.32)	67.40	2.0-5.0	-5.54	<.001
สเตียรอยด์								
เสร็จทันที								

* IQR = interquartile range

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการจัดการความปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) ส่วนความพึงพอใจด้านอื่น ๆ และความพึงพอใจโดยรวมไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ Mann-Whitney U Test (n = 102)

ค่าคะแนน	กลุ่มทดลอง (n = 51)			กลุ่มควบคุม (n = 51)			Z test	p-value
	Mean (SD)	Mean rank	IQR*	Mean (SD)	Mean rank	IQR*		
ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการจัดการความปวด	4.51 (.51)	58.19	4.0-5.0	4.16 (.73)	44.81	4.0-5.0	-2.51	.01

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความปวดขณะแทงเข็มฉีดยา และหลังฉีดยาสเตียรอยด์เสร็จทันทีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าความปวดขณะแทงเข็มฉีดยา ในกลุ่มทดลองมีความปวดเฉลี่ย 3.78 ± 1.9 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความปวดเฉลี่ย 8.04 ± 1.58 ($p < .001$) และ หลังฉีดยาทันทีกลุ่มทดลองมีความปวดเฉลี่ย 1.27 ± 1.91 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความปวดเฉลี่ย 3.80 ± 2.32 ($p < .001$) ซึ่งอธิบายตามทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ได้ว่าความเย็นเป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (เส้นใยประสาทเอ เบต้า และเอ แอลฟา) ซึ่งเป็นใยประสาทที่รับสัญญาณจากการกด นวด และระดับอุณหภูมิ ให้ส่งสัญญาณประสาทไปถึง SG cell บริเวณไขสันหลัง ทำให้ประตูปิดกั้น ดังนั้นเมื่อแทงเข็มฉีดยาซึ่งเป็นการกระตุ้นที่อวัยวะพื้นผิว เช่น ผิวหนัง เนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง ซึ่งตามปกติจะมีเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (เส้นใยประสาทเอ เดลต้า และเส้นใยประสาทซี) รับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผ่านตัวรับความรู้สึกปวดไปที่บริเวณไขสันหลัง ก่อนที่จะส่งไปยังสมอง ทำให้รับรู้ความรู้สึกปวด ดังนั้นเมื่อประตูปิดกั้นจึงทำให้การส่งสัญญาณความปวดไปยังไขสันหลังและสมองลดลงและช้าลง เป็นผลให้การรับรู้ความปวดลดลงด้วย (Melzack & Wall, 1965) การกระตุ้นด้วยความเย็นจึงเหมาะกับการบรรเทาความปวดจากหัตถการซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน นอกจากนี้ความเย็นยังช่วยลดการหลั่งสารฮีสตามีน และกรดแลคติกซึ่งเป็นตัวกระตุ้นภายในที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (Painupong, 2014) ลดการไหลเวียนเลือด ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้เซลล์มีการเผาผลาญลดลง (Wongcharoen & Puanfai, 2017) และความเย็นยังสามารถกระตุ้นตัวรับความรู้สึกสบายในสมองส่วนกลาง (morphine receptor) ทำให้เกิดการหลั่งของ enkephaline และ endorphine ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ดังนั้นผู้ที่ได้รับการประคบเย็นจึงรู้สึกสบายและลดอาการปวดลงได้ (Pituksung et al., 2015)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับศึกษาการประคบเย็นก่อนการฉีดยาสเตียรอยด์ในการรักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น มีค่าความปวดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการประคบเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Chompoopongkasem, 2011; Poonprasit, 2018; Jongkajornpong & Wattana-wong, 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาการประคบเย็นก่อนฉีดโบทูลินัมที่อกซิมเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น มีค่าความปวดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการประคบเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Wongcharoen & Puanfai, 2017) และผลการประคบเย็นต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคตากระตุกที่ฉีดโบทูลินัมที่อกซิมก็พบว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีค่าความปวดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่ม

ตัวอย่างที่ไม่ได้รับการประคบเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นกัน (Pituk Sung et al., 2015)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประคบด้วยเจลแช่เย็นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการจัดการความปวดก่อนฉีดยา ค่าเฉลี่ย 4.51 ± 5.1 คะแนน ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ย $4.16 \pm .73$ คะแนน โดยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) ขณะที่ความพึงพอใจด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันต่างกัน อธิบายได้ว่าจากค่าความปวดขณะแทงเข็มฉีดยา ในกลุ่มทดลองมีความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับปวดน้อย (3.78) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับปวดรุนแรง (8.04) และหลังฉีดยาทันทีกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวด (1.27) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน (3.80) จะเห็นได้ว่าระดับความปวดที่น้อยเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นก่อนฉีดยามากกว่า เนื่องจากความพึงพอใจเกิดจากความรู้สึกที่ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยเฉพาะเป็นการบรรเทาเพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติของร่างกายมากที่สุดตามทฤษฎีความสุขสบายของ คอลคาบา (Kolcaba, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจต่อการประคบเย็นก่อนฉีดยาสเตียรอยด์เพื่อลดอาการปวดในผู้ป่วยที่รักษาแผลเป็นนูนเพื่อลดความปวดของ ปิยพร พูนประสิทธิ์ (Poonprasit, 2018) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการประคบเย็นก่อนฉีดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันประสิทธิภาพของการใช้วิธีการประคบเย็นเพื่อลดปวดในระหว่างการทำหัตถการการฉีดยาสเตียรอยด์
2. ควรสนับสนุนให้พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดยาสเตียรอยด์
3. สามารถนำไปขยายผลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการฉีดยาในบริเวณอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการประคบเย็นในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ได้รับการฉีดยา ที่ห้องฉีดยาผู้ป่วยนอก
2. ควรศึกษาตัวแปรอื่นหลังฉีดยา เช่น การลดการใช้ยาแก้ปวด ระยะเวลาการเริ่มใช้งานนิ้วมือ

References

- American Society for Surgery of the Hand. (2015). *Cortisone shot*. Retrieved from <https://www.assh.org/handcare/condition/cortisone-shot>
- Apivatthakakul, T. (2015). *Orthopedic secret*. Chiang Mai: Faculty of Medicine, Chiang Mai University.
- Chompoopongkasem, K. (2011). Effectiveness of cold gel compression before intralesional triamcinolone acetonide injection for pain relief in keloid treatment. *Region 4-5 Medical Journal*, 30(4), 359-369. (in Thai)
- Duangmee, I. (2021). Comparative study of intrasynovial and extrasynovial steroid injection in treatment of trigger finger: A randomized controlled trial. *Kamphaeng Phet Hospital Journal*, 25(1), 30-36. (in Thai)
- Firstphysio Clinic. (2016). *Cold therapy*. Retrieved from <http://www.firstphysioclinic.com.tag/cold-therapy>



- Jantaracharut, B., Singchaleram, T., Pungtong, J., Sumachareun, A., Laohawee, P., Pornpatkun, C., & Wongtriratanachai, P. (2016). Comparing the effects of cryotherapy use and non-use on post-operative pain in patients with broken bones. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 14, S11-12.
- Jongkajornpong, N., & Wattanawong, K. (2021). The efficacy of skin cooling for pain relief during intralesional steroid injection for keloid treatment: A randomized cross-over study. *The Journal of the Medical Association of Thailand*, 104(11), 1752-1757.
- Julka, A., Vranceanu, A. M., Shah, A. S., Peters, F., & Ring, D. (2012). Predictors of pain during and the day after corticosteroid injection for idiopathic trigger finger. *The Journal of Hand Surgery*, 37(2), 237-242.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. New York: Springer.
- Kongphet, C., & Paneeya, J. (2011). The effect of cold gel pack compression on minimizing postoperative pain in eyelid surgery. *Kuakarun Journal of Nursing*, 18(1), 67-79. (in Thai)
- Langer, D., Maeir, A., Michailevich, M., Applebaum, Y., & Luria, S. (2016). Impact of trigger finger on hand function, quality of life, and activity and participation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(4_Suppl._1), 7011505110p1.
doi: 10.5014/ajot.2016.70S1-PO1090
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Niruttisart, S. (2016). *Essential knowledge in pain management* (1st ed.). Bangkok: Amarin. (in Thai)
- Painupong, I. (2014). *The effect of ice-pack pain management with self-efficacy enhancing exercise program on recovery outcomes in elderly patients after total knee arthroplasty* (Master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand. Retrieved from <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9808>
- Patrinely, J. R. Jr., Johnson, S. P., & Drolet, B. C. (2021). Trigger finger corticosteroid injection with and without local anesthetic: A randomized, double-blind controlled trial. *Hand (NY)*, 16(5), 619-623.
- Petprasert, T. (2019). Cold application on injection area for pain reduction from intramuscular tetanus vaccine injection. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 65(3), 16-19. (in Thai)
- Pitukung, A., Chirapapaisan, N., Konlakij, D., Suratako, R., & Kumteam, K. (2015). The effect of cold compression as the pain relieving for botulinum toxin an injection for the blepharospasm patients. *Nursing Science Journal of Thailand*, 33(2), 61-67. (in Thai)
- Poonprasit, P. (2018). The effect of cold pack compression to minimizing pain among patients who had got keloid-prone skin in Udonthani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 26(1), 21-28. (in Thai)



- Rerkyen, P., & Luenam, S. (2014). Nursing care for patients with trigger finger. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 166-172. (in Thai)
- Seigerman, D., McEntee, R. M., Matzon, J., Lutsky, K., Fletcher, D., Rivlin, M., ... Beredjiklian, P. (2021). Time to improvement after corticosteroid injection for trigger finger. *Cureus*, 13(8), e16856.
- Silangam, W. (2018). Dangers of smartphone addiction. *HCU Journal of Health Science*, 22(43-44), 193-204. (in Thai)
- Sirijaruwong, S., Klaphajone, J., Sananpanich, K., & Tongprasert, S. (2012). A pilot study of clinical outcomes and satisfaction on metacarpophalangeal splint in patients with trigger fingers: A randomized control trial. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 22(3), 80-88. (in Thai)
- Smith, G., Meadows, S., Myers, J., Reynolds, J., & Woodhead, P. (2014). Review of injection therapy clinics performed by physiotherapists working in primary care. *International Musculoskeletal Medicine*, 36(4), 150-153.
- Tanapatiwat, W., Kongsri, N., Thanakiatpinyo, T., & Tongsuntud, S. (2020). Activities of daily living for reduce the risk of trigger finger. *Siriraj Medical Bulletin*, 13(1), 48-52. (in Thai)
- Wongcharoen, S., & Puanfai, S. (2017). The efficiency of cold compression before botulinum toxin injection for pain relief in hemifacial spasm patients at Chiang Mai Neurological hospital. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 23(1), 54-63.



The Effectiveness of an Anesthetic Protocol for Enhancing Recovery After Laparoscopic Cholecystectomy ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัว หลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง

ศรีสังวาลย์ เนตรอนงค์*

Srisungwan Nateanong*

โชติโรต อังกระวารานนท์**

Chotirot Angkurawaranon**

นันทมนัส จิตต์มาลา***

Nunmanas Jitkala***

Abstract

This implementation research aimed to develop and implement an anesthetic protocol for enhancing recovery after laparoscopic cholecystectomy in a tertiary hospital. Participants included 30 anesthetists and 105 patients. All patients underwent surgery: 50 patients without the anesthetic protocol, from September to December 2020, and 55 patients with the protocol, from February to May 2021. The research process was divided into 2 phases, including development and action, based on the framework of the Center for Advanced Nursing Practice Evidence-based Practice model proposed by Soukup. The research instruments included the anesthetic protocol for enhancing recovery after laparoscopic cholecystectomy, the satisfaction with the anesthetics, and the postoperative recovery results. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean standard deviation, independent t-test, and chi-square test.

The results showed that: the developed practice guidelines for enhancing recovery after laparoscopic cholecystectomy was composed of 3 phases: 1) preoperative phase; 2) intraoperative phase; and 3) postoperative phase. Results of the guideline implementation showed that there were statistically significant differences in the quality of postoperative recovery, in postoperative pain at 6 hours, physical activity ($p < .05$) and the time available for discharge ($p < 0.001$). There were no differences in the quality of 0-2-hour postoperative pain, meal start, or postoperative complications. Finally, the protocol gained the highest level of satisfaction for use from anesthetist participants.

The anesthetic protocol for enhancing recovery after laparoscopic cholecystectomy can be used effectively in terms of relieving pain at 6 hours post-operation, promoting an ambulation result in decreasing the risk of postoperative complications.

Keywords: Protocol; Post recovery promotion; Endoscopic cholecystectomy

* Corresponding author, Deputy Director of Nursing, Nakornping Hospital;
e-mail: srisangwan176@hotmail.com

** Specialist Minimally Invasive Surgery, General Surgeon, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

*** Registered Nurse, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

Received 20 January 2023; Revised 24 March 2023; Accepted 27 March 2023



บทคัดย่อ

การวิจัยดำเนินการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) บุคลากรทางวิสัญญีผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 คน และ 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง จำนวน 105 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 50 ราย เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในเดือน กันยายน ถึงเดือน ธันวาคม 2563 และ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 55 ราย เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน พฤษภาคม 2564 กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ ตามกรอบรูปแบบการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เสนอโดย ชุคัพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ และแบบรวบรวมผลลัพธ์การฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ independent t-test และ chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด และ 3) ระยะหลังการผ่าตัด ผลของการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติมีความแตกต่างกันในด้านคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้านอาการปวด 6 ชั่วโมง และการเคลื่อนไหวร่างกาย ($P < .05$) และเวลาที่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($P < .001$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันด้านอาการปวด 0-2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การเริ่มให้อาหาร และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด บุคลากรทางวิสัญญีผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีระดับมากที่สุด

แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง สามารถนำมาใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง และส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง

* ผู้เขียนหลัก รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

** แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอนุสาขาส่งกล้อง ศัลยศาสตร์ทั่วไป โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคที่พบบ่อย พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของประชากร โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2-3 เท่า และพบมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ในผู้ที่มีอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณร้อยละ 15-30 อุบัติการณ์ในประเทศไทยพบได้ ร้อยละ 6 (Srisubut et al., 2020) ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของถุงน้ำดี การผ่าตัดเอานิ่วในถุงน้ำดีออก มี 2 วิธี คือ 1) การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง ในกรณีที่ถุงน้ำดีมีการอักเสบมากหรือแตกทะลุในช่องท้อง 2) การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง (laparoscopic cholecystectomy: LC) ในกรณีที่ถุงน้ำดีไม่มีการอักเสบ ซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อย มีแผลเล็ก (Minimally Invasive surgery: MIS) ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดน้อยกว่า ภาวะการสูญเสียโลหิตน้อยกว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นกว่า ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีกว่าการรักษาแบบเดิม (Pongam, 2020) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องถ้าไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด มักจะพบปัญหาในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลร้อยละ 72 อาการท้องอืดเนื่องจากลมแทรกเข้าไปในช่องท้อง หรือมีปวดบริเวณไหล่ร้อยละ 60 อาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 36 ส่วนอาการอื่น ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ การตกเลือดในช่องท้อง และการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีอัตราการเกิดประมาณร้อยละ 0.2 - 1 (Suraseang, 2013)

โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีเข้ารับการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง ในปี 2560 - 2563 จำนวน 307, 437, 541 และ 552 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี มีระยะวันนอนเฉลี่ย 3.13, 3.02 และ 3.10 วัน ตามลำดับ สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ 1 วัน จากรายงานความเสี่ยงการให้บริการของกลุ่มงานศัลยกรรม พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2561- 2563) ทั้งหมด 8 เรื่อง แบ่งเป็นความรุนแรงระดับ F 1 เรื่อง คือ ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ระดับ E จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดภาวะถุงน้ำดีรั่ว (Bile Leakage) และแผลผ่าตัดเกิดการติดเชื้อ ระดับ D จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่อาการท้องอืดรุนแรง 2 เรื่อง อาการปวดแผลรุนแรง 1 เรื่อง อาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 2 เรื่อง และมีการติดตามผลลัพธ์การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ในปี 2563 พบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายต่ำในระหว่างผ่าตัดและระยะพักฟื้นร้อยละ 35 มีอาการปวดแผลผ่าตัดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกถึงร้อยละ 40 อาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 30 และอาการอึดแน่นท้องร้อยละ 40 (Strategy and Project Planning Department, Nakornping Hospital, 2020) ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น มีการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดล่าช้า ต้องใช้ระยะเวลานานที่ร่างกายจะมีสมรรถภาพที่ดีกลับมาเหมือนเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้มีการนำแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced recovery after surgery: ERAS protocol) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการวางแผนจะเข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วหลังการผ่าตัด

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ โดยมีดัชนีชี้วัดการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 3 ด้าน คือ 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ประเมินจากความปวด การกลับมาทำหน้าที่ของลำไส้ อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด 2) ผลลัพธ์ทางจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล และ 3) ผลลัพธ์จากการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การกลับมาลุกเดินได้ตามปกติ (Rattanapun, 2020) โดยมีเป้าหมายให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ จำเป็นต้องมีการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ทั้งนี้ในการผ่าตัดรักษา นิ่วในถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด จนถึงหลังผ่าตัดนั้นเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยแข็งแรงพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วที่สุด รวมทั้งทำให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานที่

จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น ลดระยะเวลารอคอย ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดระยะวันนอน และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการอีกด้วย

สิ่งสำคัญคือการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยมีการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลร่วมกัน ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ช่วยให้เกิดผลที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วย พบว่าวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลมีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่สอนหรือปฏิบัติตามความรู้และประสบการณ์การทำงานของวิสัญญีพยาบาลแต่ละคน แต่ยังไม่มีความเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก หรือแนวปฏิบัติทางวิสัญญีที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน รวมทั้งการให้ความรู้ ข้อมูล และการสอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดยังมีคุณภาพไม่เพียงพอต่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

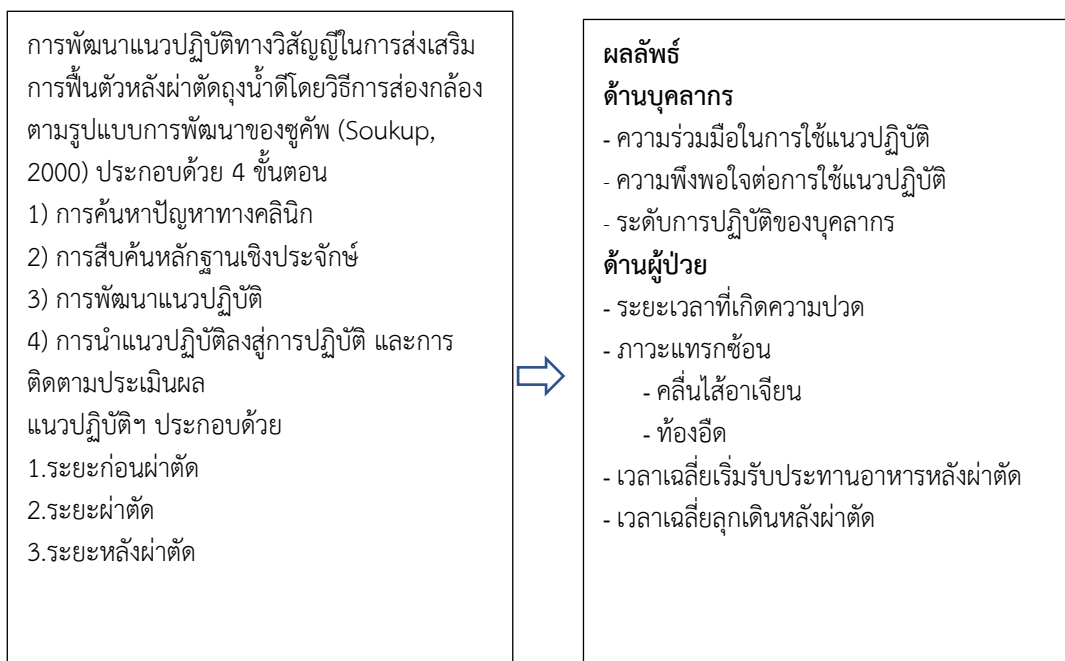
วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยทุกช่วงของการผ่าตัด ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การให้สารน้ำ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยขณะผ่าตัด และการจัดการความปวด ดังนั้นเพื่อให้มีการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นระบบมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยในบทบาทของวิสัญญีพยาบาล จึงสนใจที่จะพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยพัฒนาแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดี โดยวิธีการส่องกล้องที่ชัดเจนร่วมกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ เป็นการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีการส่องกล้อง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวโดยวิธีการส่องกล้อง โดยประเมินผลลัพธ์ 2 ด้าน
 - 2.1 ด้านบุคลากร ได้แก่ 1) การประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ 2) ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายฯ 3) เพื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติของบุคลากรตามแนวปฏิบัติ
 - 2.2 ด้านผู้ป่วย เพื่อประเมินผลลัพธ์การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง ได้แก่ 1) ระยะเวลาที่เกิดความปวด 2) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด 3) ระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มรับประทานอาหาร และเวลาเฉลี่ยลุกเดินหลังผ่าตัด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ตามขั้นตอนการพัฒนาของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ สุขุพ (Soukup, 2000) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) พัฒนาแนวปฏิบัติ 4) การนำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ (Implementation Research) เพื่อพัฒนาและดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในถุงน้ำดีที่เข้ารับการรักษโดยวิธีการส่องกล้องต่อผลลัพธ์ด้านบุคลากรและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1)ระยะค้นหาหลักฐานและพัฒนาแนวปฏิบัติ 2) ระยะนำสู่การปฏิบัติ

1.ระยะค้นหาหลักฐานและพัฒนาแนวปฏิบัติ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ตามรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ ซุคัพ (Soukup, 2000) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) โดยการสนทนากลุ่มในผู้ปฏิบัติการให้บริการทางวิสัญญี ที่ดูแลผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง วิเคราะห์ปัญหาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ตั้งความคาดหวังในการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด หลังจากนั้นระดมสมองเพื่อประเมินวิธีปฏิบัติในปัจจุบัน ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผลการค้นหาปัญหาพบที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางวิสัญญีที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติยังมีการปฏิบัติตามแนวทางเดิมที่ไม่ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับใช้ในการดำเนินงาน ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัด เช่น อาการท้องอืด และติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลสารสนเทศ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่ปี 2015 ถึง 2022 จาก Springer, CINHAL, PubMed, Science direct, google scholar, Thai journal และสืบค้นจากตำราวิสัญญีวิทยา คำสำคัญในการสืบค้นข้อมูลด้วย PICO มีดังนี้ P (patient): gall stone, I (intervention): Laparoscopic Cholecystectomy, Anesthesia, Enhanced recovery after surgery: ERAS, C (comparison intervention): Pre-post operative care, O (outcome): Complication, Length of stay, Satisfaction

ผู้วิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลหอผู้ป่วย ศัลยกรรม ได้ร่วมกันพิจารณาแนวปฏิบัติ ซึ่งได้จากงานวิจัย จำนวน 12 เรื่อง แบ่งตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ระดับ A คือเป็นงานวิจัยทดลอง จำนวน 2 เรื่อง ระดับ B เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 4 เรื่อง ระดับ C เป็นงานวิจัยบรรยายเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ จำนวน 6 เรื่อง จากนั้นนำผลงานมา ประเมินสังเคราะห์จัดทำเป็นร่างแนวปฏิบัติ จำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 12 ข้อ ระยะผ่าตัด จำนวน 14 ข้อ ระยะหลังผ่าตัด จำนวน 10 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาแนวปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไข (Evidence-observed phase) ดำเนินการตรวจสอบ คุณภาพแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และอาจารย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของ เนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 ประเมินความเป็นไปได้ในการ นำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติโดยใช้คำถามสำหรับการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติที่ พัฒนาขึ้น หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 และหาค่าความเชื่อมั่นของการใช้แนวปฏิบัติด้วยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นแบบหา ความสอดคล้อง (percentage of agreement) ได้ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 90.33 เป็นค่าที่ได้มากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งถือว่ายอมรับได้

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปใช้ในการให้บริการทางวิสัญญี สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดย วิธีการส่องกล้อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดที่คลินิกให้คำปรึกษาทางวิสัญญี และในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ระยะระหว่าง ผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นและในหอผู้ป่วย กับกลุ่มเป้าหมายที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 10 ราย และพยาบาลวิสัญญี จำนวน 5 ราย คณะผู้วิจัยประเมิน 2 ผลลัพธ์ ดังนี้ 1) ประเมินกระบวนการ คณะผู้วิจัย สังเกตการปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาล พบว่าทุกคนสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ครบทุกองค์ประกอบ 2) ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด พบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืด นำผลการใช้แนวปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ สะท้อนผล และปรับปรุงแนวปฏิบัติ ให้มีความชัดเจนและเหมาะสมมากขึ้น จากนั้นนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วสู่การปฏิบัติ

2. ระยะนำสู่การปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้เป็นวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคในถุงน้ำดีที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 คน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 5 คน วิสัญญีพยาบาล 25 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนกันยายน 2563 ถึงเดือน พฤษภาคม 2564

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคในถุงน้ำดี และมารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่อง กล้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีเกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่วางแผนการ รักษาผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง 2) สามารถสื่อสารเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย 3) คะแนนการประเมินความ เสี่ยงทางกายภาพในการผ่าตัด (ASA physical status) มีค่าระหว่าง 1-3 คะแนน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 105 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 50 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์

ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในถุงน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง ลักษณะคำถามปลายปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย คะแนน ASA physical status และข้อมูลทั่วไปของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน

2. แบบประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง พัฒนาโดยผู้วิจัย หาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความปวดของผู้ป่วย เป็นแบบชนิดตัวเลข (numeric rating scale, NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด จาก 0 – 10 เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการนำมาใช้บ่อย เนื่องจากมีความง่าย ไม่ยุ่งยาก ก่อนที่ใช้งานผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินได้อย่างถูกต้อง สำหรับแบบประเมินนี้ผู้วิจัยนำมาใช้กับผู้ป่วยที่สามารถบอกความปวดเป็นตัวเลขได้ โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความปวด และ คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่เคยมีมา แล้วให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกปวดในขณะนั้น เกิด ณ เวลากี่ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ประเมินความปวดชั่วโมงที่ 0, 2 และ 6 หลังผ่าตัด โดย เก็บข้อมูลชั่วโมงที่ 0, 2 ที่แผนกวิสัญญี และชั่วโมงที่ 6 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ประเมินโดยผู้วิจัยหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม และบันทึกในแบบบันทึกในแฟ้มผู้ป่วย

2.2 แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น จำนวนรายที่เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน และท้องอืด โดยเกิดอาการ ให้ 1 คะแนน ไม่เกิดอาการ ให้ 0 คะแนน ประเมินโดยผู้วิจัยหรือพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม

2.3 แบบบันทึกเวลาหลังผ่าตัด ที่ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ (นับเวลาเป็นชั่วโมง) เริ่มนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มอยากอาหารและดำเนินการรับประทานอาหารอ่อนได้หลังผ่าตัด และระยะเวลาที่ลุกเดินหลังผ่าตัด เริ่มนับหลังจากผ่าตัดจนถึงเวลาที่สามารถลุกเดินได้ ประเมินโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม และลงบันทึกในแบบบันทึกผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญี

2.4 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในการปฏิบัติของวิสัญญีตามแนวปฏิบัติ เก็บข้อมูลในขณะมียาสลบ

3. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของบุคลากรก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง เป็นแบบ checklist ในแต่ละข้อ คือ ได้ปฏิบัติ และไม่ได้ปฏิบัติ หาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR 20) ได้เท่ากับ 0.80

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญี ในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) การตอบแต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน คือ พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน คือ พึงพอใจมากที่สุด แปลผลระดับคะแนนโดยใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น และแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80) น้อย (1.81-2.60) ปานกลาง (2.61-3.40) มาก (3.41-4.20) และมากที่สุด (4.21-5.00) หาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามเอกสารรับรอง เลขที่ 148/2563 โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและรายละเอียดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคน้ำในถุงน้ำและมารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ มีการรักษาความลับ ข้อมูลนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการดำเนินวิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในเอกสารยินยอมความร่วมมือในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในคลินิกแรกรับผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรม และห้องผ่าตัด
2. ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาคุณภาพการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง โดยการแต่งตั้งคณะทำงาน จัดประชุมคณะทำงาน เพื่อกำหนดปฏิทินการดำเนินงาน จัดอบรมเพื่อให้ความรู้การพัฒนาแนวปฏิบัติ และการใช้แนวปฏิบัติ โดยการประชุมกลุ่มย่อย การสอนเป็นรายบุคคล และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน
3. ผู้วิจัยจัดประชุมในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจแก่วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลในหน่วยงานเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ และการลงบันทึกข้อมูลในแบบรวบรวมผลลัพธ์ และเปิดโอกาสให้ซักถามจนวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลทุกคนมีความเข้าใจที่ตรงกัน มีการนิเทศกลุ่มย่อย และข้างเตียงผู้ป่วย ทบทวนความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติ เมื่อพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม สาธิตและฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล ติดตามการปฏิบัติภายหลังการนิเทศ และจัดคู่มือแนวปฏิบัติ ไว้ที่แผนกวิสัญญีเพื่อในการศึกษาค้นคว้า และช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ
4. ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดี โดยวิธีการส่องกล้องให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์และ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนและสิทธิในการยินยอม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย ขอความร่วมมือ และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ และลงนามในเอกสารยินยอมความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้นเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบสอบถาม

4.2 นำแนวปฏิบัติไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยแบ่งกิจกรรมการพยาบาลตามระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาดังแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ด้วยแบบประเมินที่กำหนด และส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้ด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เช่น เทคนิคเพื่อนเตือนเพื่อน (peer reminding) การสุ่มสังเกตการปฏิบัติ การสาธิต และสาธิตย้อนกลับ การสะท้อนข้อมูล และใช้เทคนิคการนิเทศงาน มีการบันทึกปัญหาอุปสรรค และการแก้ไขไว้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงกระบวนการด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติในการใช้แนวปฏิบัติ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตรวจสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ chi-square test



2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ใช้สถิติ independent t- test และ chi-square test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 5 คน วิสัญญีพยาบาล 25 คน มีอายุระหว่าง 36-40 ปี ร้อยละ 33.33 (10 คน) อายุเฉลี่ย 40.13 ปี ร้อยละ 40 (12 คน) มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 40 (12 คน) และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 53.76 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.55 คะแนน ASA physical status ระดับ 2 ร้อยละ 54 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 55.75 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.39 คะแนน ASA physical status ระดับ 2 ร้อยละ 41.82 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง

แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะก่อนการผ่าตัด ณ คลินิกพิเศษผู้ป่วยนอกศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประกอบด้วยแนวปฏิบัติจำนวน 12 ข้อ เป็นแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด การให้ความรู้เรื่องโรคและวิธีการรักษา การปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด ประเมินสิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย มีการนัดหมายวันนอนโรงพยาบาลและวันทำการผ่าตัด และในวันก่อนผ่าตัด ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม มีการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำปรึกษาตามแนวปฏิบัติ ERAS งดยา 6 ชั่วโมง น้ำเปล่า 2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และนำเครื่องมือประเมินความวิตกกังวลมาใช้ก่อนการผ่าตัด

2. ระยะผ่าตัด ประกอบด้วยแนวปฏิบัติจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะก่อนนำสลบ (ตามแผนการรักษาของแพทย์) การใส่สายระบาย/NG การเลือกใช้ยาระงับความรู้สึกที่ออกฤทธิ์สั้นทำให้การระดมยาหลังผ่าตัดน้อย Goal-directed fluid therapy การรักษาอุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัด

3. ระยะหลังการผ่าตัด ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การเลือกวิธีระงับปวดแบบผสมผสาน การให้ยาป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (ตามแผนการรักษาของแพทย์) การดูแลระบบทางเดินหายใจให้โล่ง การได้รับสารน้ำ ทำการประเมินการทำงานของลำไส้ ดูแลให้ได้รับอาหารตามขั้นตอนอย่างรวดเร็ว (early step feeding) การเริ่มอาหารอ่อนให้เร็ว กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งและเดินออกจากเตียงให้เร็ว ใช้เครื่องมือประเมินความปวด หลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับปวดกลุ่ม opioid นำแบบประเมินภาวะท้องอืดและการทำงานของลำไส้มาใช้ และให้การพยาบาลตามระดับอาการปวด มีการวางแผนการจำหน่าย การให้สุขศึกษาการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน

ส่วนที่ 3 ผลของการใช้แนวปฏิบัติ

ผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อผู้ป่วย แสดงผลลัพธ์การฟื้นตัวหลังผ่าตัด ดังนี้

ผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องพบว่า ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่เวลา 6 ชั่วโมง และเวลาเฉลี่ยที่สามารถ



ลูกเดินหลังผ่าตัด มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.017, 0.031$ ตามลำดับ) ส่วนระดับความปวดหลังผ่าตัดที่เวลา 0-2 ชั่วโมง และเวลาเฉลี่ยหลังผ่าตัดที่สามารถเริ่มรับประทานอาหารอ่อน ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด จากอาการท้องอืด และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติจำแนกตามระดับความปวด เวลาเริ่มรับประทานอาหารอ่อน และเวลาที่ลูกเดิน

ผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัว หลังผ่าตัดของผู้ป่วย	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 50)		หลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 55)		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
- ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ เวลา 0-2 ชั่วโมง	2.78	1.49	2.16	1.75	1.934	0.056
- ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ เวลา 6 ชั่วโมง	2.86	1.84	1.98	1.85	2.435	0.017*
- เวลาเฉลี่ยหลังผ่าตัดที่ สามารถเริ่มรับประทานอาหาร อ่อน	7.38	4.45	7.01	4.37	0.436	0.663
- เวลาเฉลี่ยหลังผ่าตัดที่ สามารถลุกเดินหลังผ่าตัด	8.07	4.52	6.28	3.86	2.186	0.031*

$P < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง จำแนกตามอาการท้องอืด อาการคลื่นไส้ อาเจียน

ผลลัพธ์ ภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 50)		หลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 55)		P-value
	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
- อาการท้องอืด	6 (12)	44(88)	9 (16.36)	46(83.64)	0.590
- อาการคลื่นไส้ อาเจียน	14 (28)	36(72)	12 (21.82)	43(78.18)	0.500

$P < 0.05$

ผลต่อวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ แสดงผลลัพธ์ ดังนี้

1. ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ตามองค์ประกอบพบว่า ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือทุกองค์ประกอบใน 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 98.09 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของบุคลากรในการใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง จำแนกตามองค์ประกอบของแนวปฏิบัติในแต่ละระยะ (n = 30)

แนวปฏิบัติทางวิสัญญี	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะก่อนผ่าตัด				
1. ด้านการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและด้านจิตใจ	30	100	0	0
2. ด้านการให้ข้อมูล ความรู้ สุขศึกษา การฝึกทักษะการปฏิบัติตัว	29	96.66	1	3.34
3. ด้านการตรวจสอบความพร้อมในการเตรียมเลือด และผลตรวจทางห้องปฏิบัติ CXR, EKG	30	100	0	0
4. ด้านการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล	29	99.66	1	3.34
ระยะผ่าตัด				
1. ด้านปฏิบัติการ Surgical safety check list	30	100	0	0
2. ด้านการให้ยาระงับความรู้สึก	30	100	0	0
3. ด้านการดูแลให้สารน้ำ และยาเพิ่มความดันโลหิต	30	100	0	0
4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การดูแลระดับน้ำตาลในเลือด	29	99.66	1	3.34
5. การ Sign out ก่อนปิดแผล และนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด	29	99.66	1	3.34
ระยะหลังผ่าตัด				
1. ด้านการประเมินความปวดและการบริหารยาแก้ปวด	30	100	0	0
2. ด้านการเริ่มให้อาหารอ่อน	29	99.66	1	3.34
3. ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการท้องอืด	30	100	0	0
4. ด้านการลุกเดิน	29	99.66	1	3.34
5. ด้านการวางแผนจำหน่าย	28	93.33	2	6.67

2. การประเมินความแตกต่างของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของบุคลากรก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ด้านระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับระหว่างผ่าตัด มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และด้านอุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัดต่ำสุด มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลการปฏิบัติทางวิสัญญีของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง

ข้อมูลปฏิบัติทางวิสัญญี	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 50) Mean (SD)	หลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 55) Mean (SD)	t	P-value
- ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก	69.7 (24.16)	55.56 (23.92)	3.009	0.001*
- การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด	32.24 (53.99)	12.27 (9.56)	2.69	0.001*
- ปริมาณสารน้ำที่ได้รับระหว่างผ่าตัด	337 (163.88)	280.91 (150.76)	0.472	0.001*
- อุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัดต่ำสุด	35.87 (0.58)	36.10 (0.35)	-2.57	0.001**
- อุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัดสูงสุด	36.17 (0.49)	36.31 (0.33)	-1.640	0.104
- การเลือกใช้อายา induction	n(%)	n(%)		0.410
thiopental	12 (24)	15 (27.27)		
propofol	36 (72)	40 (72.73)		
etomidate	2 (4)	0		
- การเลือกใช้อายาระงับปวด				1.000
fentanyl	25 (50)	28 (50.91)		
morphine	25 (50)	27 (49.09)		

3. บุคลากรผู้ปฏิบัติที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 คน มีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องไปใช้ โดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.70$, $SD = 0.59$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติต่อการนำแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดี โดยวิธีการส่องกล้องไปใช้ (n = 30)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	การแปล ผล
1. แนวปฏิบัติมีความสะดวกในการนำไปใช้	4.73	0.58	มากที่สุด
2. ง่ายต่อการปฏิบัติ	4.80	0.48	มากที่สุด
3. มีความชัดเจน	4.73	0.52	มากที่สุด
4. มีเนื้อหาถูกต้องและตรงประเด็น	4.70	0.59	มากที่สุด
5. สามารถใช้ในการจัดการแต่ละสถานการณ์ได้ดี	4.63	0.66	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวม	4.70	0.59	มากที่สุด

การอภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาสภาพปัญหาจากการปฏิบัติงาน ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติจากทีมสหวิชาชีพ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการดูแลที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในระยะก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องนี้ ได้นำมาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่วางแผนเข้ารับการผ่าตัด โดยมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วจากการผ่าตัด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในทุกช่วงการดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งกลับบ้าน จะเน้นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในด้านการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอ การวางแผนปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ในระยะผ่าตัดขณะให้ยาระงับความรู้สึก เน้นการรักษาอุณหภูมิร่างกายในขณะผ่าตัด การให้สารน้ำที่ปรับตามค่าสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงระหว่างผ่าตัด การเลือกใช้ยาระงับความรู้สึกที่ออกฤทธิ์สั้น และในระยะหลังผ่าตัด หลีกเลี่ยงการใช้ยา opioid ในการควบคุมอาการปวด ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการขยับร่างกายให้เร็วที่สุดเมื่อพร้อมหลังผ่าตัด การเริ่มให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้เร็วขึ้น

แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางของการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ ซูกัพ (Soukup, 2000) ที่มีการจัดระดับของงานวิจัยที่นำมาใช้อยู่ในระดับปานกลาง นำไปสู่การแสดงผลลัพธ์ที่ดีและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง มีความเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเพิ่มคุณภาพในการบริการและเกิดผลลัพธ์ที่ดีและในการดูแลผู้ป่วย และบุคลากรมีแนวปฏิบัติที่สามารถนำมาใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้มีการนำกลยุทธ์ที่หลากหลายมาใช้ในการส่งเสริมเพื่อให้บุคลากรได้นำแนวปฏิบัติ ไปใช้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้คือการขออนุญาตและความเห็นชอบจากหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความสนับสนุนจากผู้อำนวยการ พร้อมทั้งการจัดการประชุมบุคลากรทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย เพื่อกำหนดเป้าหมาย รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการ สำคัญสำคัญของแนวปฏิบัติ

2. มีการจัดตั้งคณะทำงานในการใช้แนวปฏิบัติ ดูแล ติดตามเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการใช้แนวปฏิบัติ และมีการจัดทำแนวปฏิบัติและเผยแพร่ทั้งแบบฉบับสมบูรณ์และฉบับย่อ เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงแนวปฏิบัติได้ง่าย สะดวกต่อการจดจำ พร้อมทั้งจัดทำแผนผังการดำเนินการ ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้สะดวกในการเข้าถึงแนวปฏิบัติ (Dongkaew, 2011) นอกจากนี้การจัดทำคู่มือเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความสะดวกในการเข้าถึงและนำไปใช้ได้ง่าย การจัดการประชุมบุคลากรเพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจเชิงปฏิบัติการ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินการใช้และฝึกใช้แบบประเมินต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ มีการทบทวนความรู้ ติดตามการปฏิบัติข้างเคียง มีการประชุมเพื่อติดตามและสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ มีการกำหนดหน้าที่ในการรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถวัดผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ ดังนั้นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้คือการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรและติดตามรวบรวมอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้น และการแก้ปัญหาพร้อมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ การใช้แนวปฏิบัติอย่างถูกต้อง ส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์

2. ประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง

ผลจากการนำแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องที่พัฒนาขึ้นมาใช้จริงกับผู้ป่วย พบว่า คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้านอาการปวดหลังผ่าตัด 0-2 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติเดิม แต่อาการปวดหลังผ่าตัด 6-24 ชั่วโมง และการเคลื่อนไหวร่างกาย การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น และมีการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว ลดระยะการนอนในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการทางวิสัญญีเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของ กฤติน กิตติกรชัยชาญ (Kittikornchaichan, 2016) และการศึกษาของ ดรุณี สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร, และ รัชชยา มหาสิริมงคล ในโรงพยาบาลมหาสารคาม (Somboonkit, Meenasantirak, Supunyabut, & Mahasirimongkon, 2019) ที่พบว่า การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้เกิดความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และจากการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 100 (30 คน) ทำตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามลำดับขั้นตอน ส่งผลให้ผู้ป่วย ร้อยละ 83.64 (46 คน) มีอุณหภูมิร่างกายปกติ อย่างไรก็ตามในการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยพบปัญหาในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลบางประเด็น เช่น การเก็บระยะเวลาที่เริ่มอาหารอ่อน หรือการลุกเดิน ที่ประเมินโดยวิสัญญีพยาบาลเกิดความยุ่งยาก จึงได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยขอความร่วมมือจากพยาบาลในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม เป็นผู้เก็บข้อมูลและบันทึกในแบบเก็บรวบรวมข้อมูล และวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ติดตามข้อมูลมาวิเคราะห์

3. ประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร

การประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การสอบถามความคิดเห็น และความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ผู้ใช้แนวปฏิบัติเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจน ควรนำไปใช้กับผู้ป่วย และให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทุกราย ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ซึ่งน่าจะเกิดจากแนวปฏิบัตินี้สามารถกระทำได้ง่าย บางขั้นตอนผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคุ้นเคยปฏิบัติมาอยู่เดิม และก่อนการทดลองใช้ ได้มีการอธิบายให้ผู้ใช้นำแนวปฏิบัติทำความเข้าใจ และสามารถแสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงแนวปฏิบัติร่วมกันก่อนและหลังการทดลองใช้ได้ ประกอบกับในแต่ละขั้นตอนผู้ปฏิบัติได้เสนอให้จัดทำแนวปฏิบัติในรูปแบบแผนผังเพื่อความสะดวกของเนื้อหา เข้าใจง่าย สะดวกในการหยิบใช้ นอกจากนี้แนวปฏิบัติมีความชัดเจนทั้งในเรื่องการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 คน ที่เข้าร่วมการศึกษาเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติจริง พบว่า ทุกคนมีความเข้าใจการใช้แนวปฏิบัติเป็นอย่างดี และเห็นว่าเนื้อหาครอบคลุมตามความเป็นจริง สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยที่มารับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และไม่ก่อให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสม สะดวก สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ มีเพียง 1 ราย ที่ให้ความเห็นว่า ขั้นตอนการรักษาอุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัดนั้น อาจไม่สะดวกในการปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดระยะเวลาไม่นาน มีกระบวนการเร่งการผ่าตัด สำหรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นจากผู้ใช้นำแนวปฏิบัติ ได้แก่ ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้กับผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เป็นแนวปฏิบัติที่ดีเพราะสามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว ลดความวิตกกังวล และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดเวลานอนในโรงพยาบาลได้



สรุปผลการวิจัย

แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในเรื่องอาการปวดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง และการเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้นกว่าการให้บริการทางวิสัญญีแบบเดิม ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนอันตรายจากการผ่าตัด เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ลดเวลาดอนในโรงพยาบาล และทำให้เตียงของโรงพยาบาลว่างพร้อมให้บริการผู้ป่วยรายใหม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง เป็นการส่งเสริมให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในพัฒนาการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเป็นแนวทางเดียวกัน ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ควรขยายผลการนำแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นที่มีการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง และนำแนวปฏิบัติไปใช้กับพยาบาลหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเช่นพยาบาลห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรม และพยาบาลหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิสัญญี ควบคู่กับการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิสัญญี
3. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีการจัดทำแผนผัง (Flow) ในการดูแลผู้ป่วย ให้มีความกระชับ เข้าใจง่าย โดยจัดทำเป็นสื่อ infographics

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวางแผนศึกษาวิจัย ผลการนำแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ต่อการลดต้นทุนค่าใช้จ่าย
2. ควรมีการศึกษาวิจัย การพัฒนาแนวปฏิบัติทางวิสัญญีในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้อง และ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยพบภาวะแทรกซ้อนอันตราย ใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนาน

References

- Doungkaew, N. (2011). *Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prevention of unplanned endotracheal extubations in medical intensive care unit, Lamphang Hospital*. (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Kittikornchaichan, K. (2016). Anesthetic management in enhanced recovery after surgery (ERAS). *Thammasat Medical Journal*, 16(4), 694-704. (in Thai)
- Pongam, S. (2020). Nursing care of the gallbladder stone surgery patients: A case study comparing 2 cases. *Singburi Journal*, 29(1), 100-108. (in Thai)
- Rattanapun, T. (2020). *Development and evaluation of clinical nursing practice guideline for enhancing recovery in elderly patients after abdominal surgery* (Master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand.



- Somboonkit, D., Meenasantirak, A., Supunyabut, K., & Mahasirimongkon, R. (2019). Development of clinical nursing practice guideline for patient undergoing laparoscopic cholecystectomy in MahaSarakham Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 15(3), 24–34. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/195802>
- Soukup, S. M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *The Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Srisubut, A., Teerawattananon, Y., Rattanachoeak, T., Pinyothepratan, R., Paiprasert, S., Wijintanasarn, O., ... Thaiyakul, A. (2020). *Economic evaluation of laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy*. Retrieved from https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Research/Attach/25640705131439PM_%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20MIS%2020210119.pdf
- Strategy and Project Planning Department, Nakhonping Hospital. (2020). *Annual statistical report of patients undergoing surgery in Nakhonping Hospital*. Chiang Mai: Nakhonping Hospital.
- Suraseang, K. (2013). Laparoscopic Cholecystectomy (LC): A comparison study between the single-incision and the three-port LC. *Srinagarind Medical Journal*, 28(1), 66-76.



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension*

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*

สุนันทา เดชบุญ**
ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล***
สมบัติ มุ่งทวีพงษา****

Sunanta Detboon**
Sirilak Kitsripisarn***
Sombat Muengtaweepongsa****

Abstract

Adherence behaviors in stroke patients are essential for preventing recurrent stroke. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a motivational program using a mobile phone application for adherence behaviors to prevent recurrent stroke and the blood pressure values of stroke patients with hypertension, based on Maddux and Roger's protection motivation theory. The samples included 60 patients. Purposive sampling was used to assign participants to one of two groups: the control group or the experimental group. The research instruments consisted of the following: 1) a motivational program combined with a mobile application; 2) a personal data questionnaire; and 3) an adherence behaviors questionnaire regarding the prevention of recurrent stroke. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-squared test, the independent t-test, the Mann-Whitney U test, the Wilcoxon signed rank test, and repeated measures ANOVA.

The results revealed that the mean scores of adherence behaviors for preventing recurrent stroke in the experimental group were statistically significantly higher than those before participating in the program ($p < .001$) and also were statistically significantly higher than those of the control group ($p < .001$). The mean scores for systolic blood pressure and diastolic blood pressure in the experimental group were statistically significantly lower than those before participating in the program ($p < .001$). Furthermore, the mean scores for systolic blood pressure in the experimental group were statistically significantly lower than those of the control group ($p < .05$).

Therefore, nurses and healthcare personnel should consider applying a motivational program using a mobile application for adherence behaviors to prevent recurrent stroke for stroke patients in stroke units and for outpatients at medical departments.

Keywords: Motivation program; Mobile application; Adherence behaviors; Preventing recurrent strokes; Stroke patients; Hypertension

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

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Adult and Older Adult, Faculty of Nursing, Thammasat University; e-mail: Jom_story@hotmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

**** Associate Professor, M.D., Faculty of Medicine, Thammasat University



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

บทคัดย่อ

พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชัน ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ แมดดูซซ์ และ โรเจอร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชัน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square test สถิติ independent t - test สถิติ Mann-Whitney U test สถิติ Wilcoxon signed rank test และสถิติ repeated measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจึงควรพิจารณานำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ห่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ โมบายแอปพลิเคชัน พฤติกรรมความร่วมมือ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: Jom_story@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**** รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 15 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 12 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 3 มกราคม 2566



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอุบัติการณ์ทั่วโลกพบว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (World stroke organization, 2020) กล่าวคือภายใน 1 เดือนพบร้อยละ 1.2 และภายใน 1 ปี พบได้ถึงร้อยละ 7.4 (Stahmeyer, Stubenrauch, Geyer, Weissenborn, & Eberhard, 2019) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคภายในระยะเวลา 1 ปี และ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.11 และ 45.57 ตามลำดับ (Tiamkao, 2011) โดยพบว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้ เช่น ไม่สามารถควบคุมโรคประจำตัวต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Chin, Sakinah, Aryati, & Hassan, 2018) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดการรับประทานยา บริโภคอาหารไม่ถูกต้อง และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Nilnate, Jirapornkul, & Maneenin, 2018)

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือ การปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม และควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (Chin et al., 2018) ทั้งนี้สมาคมหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2021 ได้กำหนดการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120-130/ 70-79 มิลลิเมตรปรอท (Kitagawa, 2022) จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องมีการควบคุมพฤติกรรม ในด้านการรับประทานยา และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการปรับการรับประทานอาหาร และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม (Kleindorfer et al., 2021) ซึ่งการจะทำให้สำเร็จนั้นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Pan et al., 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเป็นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทั้งในด้านการใช้ยาตามคำสั่งการรักษา การมาตรวจตามนัด การควบคุมอาหาร และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับโรค โดยเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Burnier & Egan Brent, 2019; Katsanos et al., 2017) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมีสองกลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ โดยอายุที่มากขึ้นมีพฤติกรรมความร่วมมือมากขึ้น เพศหญิงมีพฤติกรรมความร่วมมือมากกว่าเพศชาย สำหรับสมรรถภาพทางสมอง (MMSE) พบว่า ผู้ที่มีคะแนน MMSE สูงจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาดี (Cheiloudaki & Alexopoulos, 2019; O'Carroll et al., 2011) อีกทั้งผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการควบคุมโรค ทำให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น (Jamison, Graffy, Mullis, Mant, & Sutton, 2016) ส่วนปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากยิ่งขึ้น (Khamcharoen, Puwarawuttipanit, & Kositamongkol, 2022) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นได้ และการมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติว่าทำแล้วดีต่อสุขภาพ ร่วมกับการเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำเพิ่มมากขึ้น (Brouwer-Goossensen et al., 2018; Komton, 2018)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสม ร่วมกับส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติ จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิด



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ แมดดักซ์ และ โรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) เนื่องจากทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าความกลัวมีผลต่อกระบวนการรับรู้ของบุคคล โดยการได้รับการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองผ่าน 2 กระบวนการ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ต้องการได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมานำมาใช้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชมสื่อวีดิทัศน์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกทักษะ และมีการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ชมเชยให้กำลังใจ เป็นเวลา 6 และ 11 สัปดาห์ การวัดผลลัพธ์คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น (Siriket, Sittipakorn, & Hornboonherm, 2015; Sompol, Rawiworakul, & Kirdmongko, 2017) นอกจากนี้พบการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการป้องกันโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน โดยส่งเสริมการรับรู้อันตรายของโรค ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม และผลดีของการปฏิบัติผ่านการชมวีดิทัศน์ เรียนรู้จากตัวแบบ ฝึกทักษะ และอภิปรายกลุ่ม รวมทั้งสร้างแรงจูงใจ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า มีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น และมีค่าความดันโลหิตลดลง (Mano, Kaewpan, Powwattana, & Pichayapinyo, 2013)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันพบว่าแอปพลิเคชันเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ใช้งานมีการพัฒนากระบวนการรับรู้เพิ่มมากขึ้นผ่านกิจกรรมภายในแอปพลิเคชัน จึงสามารถใช้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Fitzgerald & McClelland, 2017) ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำโมบายแอปพลิเคชันมาใช้ส่งเสริมการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น (Nakhornriab, Watanakijkrilert, Charoenkitkarn, Chotikanuchit, & Vanijja, 2017) การศึกษาที่ผ่านมาพบมีการนำแอปพลิเคชันมาใช้ส่งเสริมความร่วมมือด้านการรับประทานยาเพียงด้านเดียว แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นความดันโลหิตสูงจะต้องอาศัยความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ แมดดักซ์ และ โรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) ร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชัน ในการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการติดตามค่าความดันโลหิตซึ่งเป็นข้อมูลทางคลินิกด้วย เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทำให้ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6 สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ แมดดักซ์ และ โรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด โดยกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองผ่าน 2 กระบวนการร่วมกับการใช้งานผ่านกิจกรรมที่ออกแบบในโมบายแอปพลิเคชันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้ 1) ส่งเสริมการประเมินภาวะคุกคามสุขภาพของตนเอง (Threat appraisal) โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในแอปพลิเคชัน แสดงเนื้อหาให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำนั้นมีความรุนแรง และตนเองยังคงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีก จากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนพฤติกรรม หรือ ความเสี่ยงของตนเองที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ 2) ส่งเสริมการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในแอปพลิเคชันแสดงเนื้อหาเกี่ยวกับผลดีและวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดถึงการปฏิบัติพฤติกรรมและผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา และส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผ่านการชมสื่อวีดิทัศน์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตัวแบบ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและสามารถปรับพฤติกรรมได้สำเร็จ และให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยใช้แอปพลิเคชันเมื่อกลับไปบ้านหรือในเวลาที่จะดึก เมื่อฝึกทักษะสำเร็จจะได้รับข้อความชมเชยเพื่อเสริมแรงทางบวก รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัลที่บ้าน จากนั้นบันทึกค่าความดันโลหิตลงในแอปพลิเคชันเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้มีการโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งเสริมแรงกลุ่มตัวอย่างให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ และปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอย่างสม่ำเสมอ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และยังไม่มีการกลับเป็นซ้ำ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และยังไม่มีการกลับเป็นซ้ำ รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแผนกผู้ป่วยนอก



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

อายุรกรรม ช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยประเมิน Modified Rankin Scale (mRS) พบว่าได้เท่ากับ 0-2 คะแนน 4) มีอาการของโรคคงที่ หรือฟื้นตัวดีขึ้นตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป 5) มีสมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับปกติโดยประเมิน MMSE พบว่ามีคะแนนมากกว่า 23 คะแนนในผู้ป่วยที่จบสูงกว่าประถมศึกษา หรือมากกว่า 17 คะแนนในผู้ป่วยที่จบระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า 6) สามารถสื่อสารฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 7) ผู้ป่วย หรือญาติมีโทรศัพท์ที่ติดตั้งแอปพลิเคชันได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาวิจัย ได้แก่ 1) มีภาวะโรคร่วมอื่น ๆ ได้แก่ โรคติดต่อร้ายแรง หรือมีภาวะไม่สมดุลของระบบไหลเวียน 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคทางจิตเภท 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดดำในสมองตีบ

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ได้แก่ 1) อาการไม่คงที่หรืออยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ 2) มีการกลับเข้ามารับการรักษาดังในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 3) กลุ่มตัวอย่างถอนตัว หรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโปรแกรม

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G * Power โดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบที่ระดับ 0.9 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 28 คน และเพื่อจำนวนที่อาจจะสูญหายร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติที่กำหนด ให้กลุ่มตัวอย่าง 33 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นให้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 33 ราย และทำการจับคู่ โดยกำหนดคุณสมบัติด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ออกจากการวิจัย 6 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 3 ราย และกลุ่มควบคุม 3 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนารูปแบบกิจกรรมจากการทำงานวรรณกรรมร่วมกับนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ แมดดักซ์ และ โรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การส่งเสริมการประเมินภาวะสุขภาพ 2) การส่งเสริมการประเมินความสามารถในการเผชิญและแก้ไขภาวะคุกคามต่อสุขภาพ และ 3) การติดตามการปฏิบัติและสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมทั้งหมดใช้เวลา 6 สัปดาห์ ดังรายละเอียดในหัวข้อการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและลักษณะทางคลินิก จำนวน 6 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทำงานเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาลดความดันโลหิต และการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง มีข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และทางลบ 10 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นช่วงมาตรา 5 ระดับ ให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผล คือ ข้อคำถามทางบวก 4 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คือ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คือ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ 0 คือ ไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อคำถามทางลบจะคำนวณคะแนนตรงกันข้ามกับข้อคำถามทางบวก จากนั้นจึงนำคะแนนทุกข้อมารวมกันคะแนนน้อยถือว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอยู่ในระดับต่ำ คะแนนมากถือว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอยู่ในระดับสูง



2.3 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ช่วยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชัน จากนั้นนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข สำหรับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ และหาค่าความคงที่ภายใน โดยใช้วิธีหาค่า Cronbach's alpha coefficient พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No.078/2563 เมื่อได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลสถานที่เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายและมอบเอกสารชี้แจงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามในประเด็นที่สงสัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างเป็นอิสระ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา รวมถึงให้ความเชื่อมั่นว่าข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น รวมทั้งจะมีการทำลายเอกสารหรือข้อมูลของอาสาสมัครวิจัยภายใน 6 เดือน หลังการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ และกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ทำการแนะนำการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ เมื่อพยาบาลแนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ขณะผู้ป่วยรักษาตัวที่หอผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (40 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล กล่าวทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ขออนุญาตติดตั้งแอปพลิเคชันในมือถือ แนะนำการใช้งาน และสาธิตวิธีการใช้งานเครื่องวัดความดันโลหิต ขั้นตอนการวัดความดันโลหิต และการบันทึกค่าลงในแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง

กิจกรรมที่ 1 ให้รับชมวิดีโอทัศน์ “รู้ทัน อันตรายโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ” ในแอปพลิเคชัน

กิจกรรมที่ 2 ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนพฤติกรรมหรือความเสี่ยงของตนเองที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน (30 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 1 ให้รับชมวิดีโอทัศน์ “รู้ทัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ” ในแอปพลิเคชัน

กิจกรรมที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดถึงการปฏิบัติพฤติกรรมและผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา รวมทั้งสร้างเสริมความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 ให้รับชมวิดีโอทัศน์ “ปฏิบัติอย่างไรให้สำเร็จ” เป็นการเรียนรู้จากตัวแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 4 ให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 5 ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์จำลองผ่านแอปพลิเคชัน

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือทางโทรศัพท์ (15 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามการปฏิบัติและสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือฯ สอบถามปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ให้คำแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติ

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 การติดตามทางโทรศัพท์ (15 นาที)

ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และให้คำแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งเสริมแรงกลุ่มตัวอย่างโดยกล่าวชมเชย

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 6 การประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทำวิจัยที่แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (20 นาที)

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เพื่อทำแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และวัดความดันโลหิต

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเข้าพบจำนวน 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หรือทางโทรศัพท์เพื่อทำแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล และวัดความดันโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Mann-Whitney U test สถิติ t-test สถิติ Fisher's exact test และสถิติ chi-squared test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2, 4 ,และ 6 โดยวิเคราะห์ repeated measures ANOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test และสถิติ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม โดยใช้สถิติ t-test และสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนทดลองในกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เริ่มแรกมีกลุ่มตัวอย่าง 66 ราย โดยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 ราย ระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย 6 ราย โดยเป็นกลุ่มควบคุม 3 ราย และกลุ่มทดลอง 2 ราย กลับไปรักษาต่อที่ภูมิลำเนาของตนเอง และกลุ่มทดลอง 1 ราย ออกจากการวิจัยเนื่องจากขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีอาการของโรคที่แยลง เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมจึงมีกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.33 ปี (SD = 11.31) เป็นเพศชายร้อยละ 63.30 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 81.70 ศีรษะระดับประถมศึกษาร้อยละ 31.70 และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 28.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 36.70 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่มากที่สุด



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ร้อยละ 48.30 ดัชนีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50 มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 63.30 ดัชนีมวลกาย 25-29.90 กก./ม² มากที่สุด ร้อยละ 43.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียวมากที่สุด ร้อยละ 40.00 และเป็นความดันโลหิตสูงอยู่เดิมร้อยละ 78.30

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับประยุกต์ใช้โมบายแอปพลิเคชันมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกลุ่มทดลองต่างจากกลุ่มควบคุมเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป ($F = 123.39, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6

แหล่งความแปรปรวน	Sum of squares	df	Mean squares	F	p-value
ภายในกลุ่ม (Within-Subjects)					
เวลา (time)	15394.68	1.40	10994.12	123.39 ^a	.000***
เวลา*กลุ่ม (time*group)	1827.45	1.40	1305.07	14.65 ^a	.000***
ความคลาดเคลื่อน Error (time)	7236.63	81.22	89.10		
ระหว่างกลุ่ม (Between-Subjects Effects)					
Effects)	1535.20	1	1535.20	20.42	.000***
กลุ่มความคลาดเคลื่อน	4361.34	58			

หมายเหตุ F = repeated-measures ANOVA ***p < .001 a = อ่านผลค่าสถิติจากวิธี Greenhouse-Geisser

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองแตกต่างกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 4 และ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบรายคู่ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Mean Difference	Std. Error	p-value	Mean Difference	Std. Error	p-value
ก่อน- หลังทดลองสัปดาห์ที่ 2	-11.600	1.94	.000	-24.10	2.50	.000
ก่อน- หลังทดลองสัปดาห์ที่ 4	-12.267	1.81	.000	-25.70	2.48	.000
ก่อน- หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6	-12.500	1.89	.000	-24.66	2.46	.000
สัปดาห์ที่ 2- สัปดาห์ที่ 4	-.667	0.73	1.00	-1.60	0.56	.045
สัปดาห์ที่ 2- สัปดาห์ที่ 6	-.900	1.24	1.00	-0.57	0.86	1.00
สัปดาห์ที่ 4- สัปดาห์ที่ 6	-.233	0.84	1.00	1.03	0.59	.531



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า มีค่าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			
	Mean $\pm$ SD	Statistic test	p-value	Mean $\pm$ SD	Mean rank (Sum of rank)	Statistic test	p-value
SBP ก่อนทดลอง	161.30 $\pm$ 15.55	6.638 ^t	.000***	156.60 $\pm$ 19.74	16.36	-2.284 ^w	.011*
SBP หลังทดลอง	140.10 $\pm$ 13.09			148.80 $\pm$ 17.88	(343.50)		
DBP ก่อนทดลอง	95.73 $\pm$ 15.81	2.673 ^t	.006**	89.07 $\pm$ 13.29	-	1.737 ^t	.047*
DBP หลังทดลอง	87.00 $\pm$ 9.41			84.20 $\pm$ 15.05			

หมายเหตุ w = Wilcoxon Signed Ranks Test, t = dependent t-test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Statistic test	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean rank (Sum of rank)	Mean $\pm$ SD	Mean rank (Sum of rank)		
SBP ก่อนทดลอง	161.30 $\pm$ 15.55	31.52 (945.50)	156.60 $\pm$ 19.74	29.48 (884.50)	.451 ^m	.652
SBP หลังทดลอง	140.10 $\pm$ 13.09	-	148.80 $\pm$ 17.88	-	2.150 ^t	.018*
DBP ก่อนทดลอง	95.73 $\pm$ 15.81	-	89.07 $\pm$ 13.29	-	-1.768 ^t	.082
DBP หลังทดลอง	87.00 $\pm$ 9.41	-	84.20 $\pm$ 15.05	-	-.864 ^t	.391

หมายเหตุ m = Mann-Whitney U Test, t = independent t-test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า การเพิ่มขึ้นของคะแนนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอาจเนื่องมาจากการได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ แมด-ดักซ์ และ โรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด ด้วยการกระตุ้นให้เกิดความกลัว (Clubb & Hinkle, 2015) โดยให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ “รู้ทัน อันตรายของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำนั้นมีความรุนแรง และมีความเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำได้อีก ร่วมกับผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สะท้อนพฤติกรรมหรือความเสี่ยงของตนเองที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือด



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

เลือดสมองซ้ำได้ นั่นคือการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะคุณภาพของตนเอง ต่อจากนั้นผู้วิจัยส่งเสริมการประเมินความสามารถในการเผชิญและแก้ไขภาวะคุณภาพต่อสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ และประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยการให้รับชมสื่อวีดิทัศน์ “รู้ทัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ” นอกจากนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านสื่อวีดิทัศน์ “ปฏิบัติอย่างไรให้สำเร็จ” เพื่อให้ได้เรียนรู้สถานการณ์จากตัวแบบที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดถึงการปฏิบัติพฤติกรรมและผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา และ ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้และความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรมที่สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง โดยสอบถามปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และโทรศัพท์ติดตามปัญหาและอุปสรรคเพิ่มเติม หากไม่สามารถปฏิบัติได้จะสอบถามถึงสาเหตุ จากนั้น จึงให้คำแนะนำที่เหมาะสมในกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ดังคำกล่าวของ อิตารัตน์ อภิญญา (Apinya, 2016) กล่าวว่า การให้คำแนะนำเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคลจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังมากกว่าการให้คำแนะนำในภาพรวม อีกทั้งผู้วิจัยได้กล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จเพื่อเสริมแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการส่งเสริมแรงจูงใจในผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และมีส่วนช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากยิ่งขึ้น (Komton, 2018)

การใช้โมบายแอปพลิเคชันในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบให้กลุ่มทดลองเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และสามารถทบทวนความรู้ ผักที่กินได้ในประเด็นต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองในเวลาที่เหมาะสม และทุกสถานที่ตามที่ต้องการ โดยบรรจุสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค และตัวแบบที่ปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ สอดคล้องกับคำกล่าวของ ฟิตซ์เจอร์ลด์ และ แมคคาเลน (Fitzgerald & McClelland, 2017) กล่าวว่า โมบายแอปพลิเคชันมีความสำคัญในการเป็นแหล่งข้อมูลการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย ตลอดจนผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้แอปพลิเคชันทบทวนความรู้ ผักที่กินเพื่อการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน รวมถึงสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทำให้มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้มากขึ้น ตลอดจนในการออกแบบแอปพลิเคชันครั้งนี้ได้ออกแบบให้สามารถใช้งานง่าย มีเมนูที่ไม่ซับซ้อน ใช้สีโทนสีเขียวและฟ้า ซึ่งเป็นชุดโทนสีธรรมชาติที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมองเห็นได้ชัดเจน (Pensasitorn & Disatapandhu, 2013) ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งนีที่มีอายุเฉลี่ยใกล้ 60 ปี (57.33 ± 11.31 ปี) และใช้ตัวอักษร TH Sarabun new ขนาด 24 พอยต์ (point) ขึ้นไป เนื่องจากเป็นตัวอักษรที่มีหัว เส้นค่อนข้างเข้ม ตัวใหญ่อ่านได้ง่าย รวมทั้งสื่อวีดิทัศน์ที่บรรจุนั้นมีการบรรยายเสียงประกอบภาพเคลื่อนไหวทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเนื้อหาที่ต้องการสื่อได้มากยิ่งขึ้น (Yoolong, 2013) อีกทั้งก่อนเริ่มใช้งานผู้วิจัยมีการแนะนำและสาธิตวิธีการใช้งานให้แก่กลุ่มทดลอง ช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถใช้งานได้ด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน และได้รับประโยชน์จากแอปพลิเคชันได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาถึงการลดลงของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตในกลุ่มทดลองอาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดังตามแนวปฏิบัติของสมาคมหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกาที่กล่าวว่า การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมความร่วมมือทั้งในด้านการรับประทานยา มีการทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายเพิ่มขึ้น รวมถึงรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วย



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สามารถควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น (American Heart Association, 2017) โดยพฤติกรรมความร่วมมือในด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ความดันโลหิตลดลง ควบคุมความดันโลหิตได้ดี และลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มาก (Thai Hypertension Society, 2019) นอกจากนี้ การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มาห์มูด, จาลัล, ฮาดิด, และ ศาห์ (Mahmood, Jalal, Hadi, & Shah, 2020) ที่พบว่าการลดลงของค่าความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ (Thai Hypertension Society, 2019) สามารถอธิบายได้ด้วยหลักการพยาธิสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ เมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมากเกินไป ไตต้องทำงานหนักเพื่อขับโซเดียมออกจากร่างกาย และบางส่วนจะมีการดูดกลับโซเดียมเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องดึงน้ำเข้ามาในหลอดเลือดเพื่อปรับสมดุล ส่งผลให้แรงดันของเลือดเพิ่มขึ้น เกิดความดันโลหิตสูงตามมา (Kittinuntaponchai & Sukkha, 2021) ดังนั้นการลดการรับประทานโซเดียมจึงทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ อัสนี, เออร์วาน, สัจจัตตาร์, และ ฮาร์เดียนโต (Asri, Irwan, Sjattar, & Hardianto, 2022) ที่พบว่าการรับประทานโซเดียมลดลงส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลง อีกทั้งการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผนังของหลอดเลือดชั้นใน (Endothelium) ทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งผนังชั้นในของหลอดเลือดจะมีการหลั่งสาร Endothelium-derived relaxing factor ได้แก่ ไนตริกออกไซด์ (Nitric oxide) ที่ช่วยขยายหลอดเลือดทำให้มีความสามารถในการหดตัวหรือคลายตัวได้ดียิ่งขึ้นส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงได้ (Sikaow, 2016) ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในด้านต่าง ๆ ข้างต้นส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น โดยการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำตามมา (Thai Hypertension Society, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงต่อการรักษาของ ดิเมโอ และคณะ (Dimeo et al., 2012) ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยการเดินบนลู่วิ่งอย่างน้อย 8 สัปดาห์ช่วยลดค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการใช้โมบายแอปพลิเคชันมาร่วมใช้ในการส่งเสริมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Home blood pressure monitoring; HBPM) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการติดตั้งแอปพลิเคชันลงในโทรศัพท์มือถือ และแนะนำวิธีการบันทึกค่าความดันโลหิตลงในแอปพลิเคชัน รวมทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการวัดความดันโลหิตให้แก่กลุ่มตัวอย่างผ่านการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการวัดความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ปุณิกา สุ่มทอง, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, ปรัชพร กลีบประทุม, และ วาสิณี อางภักดี (Sumthong, Suthiphongkiart, Kleebpratoon, & Oadpakdee, 2019) ที่ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัดความดันโลหิตที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

การศึกษารั้งนี้ กลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตั้งแอปพลิเคชันลงในโทรศัพท์มือถือ นั้น ในแอปพลิเคชันมีการบรรจุสื่อวีดิทัศน์ “วิธีวัดค่าความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถวัดความดันโลหิตได้อย่างถูกต้อง และสามารถทบทวนขั้นตอนการวัดความดันโลหิตได้ทุกเวลาเมื่อต้องการ โดยแอปพลิเคชันจะมีการแสดงผลค่าความดันโลหิตในช่วงหนึ่งสัปดาห์ล่าสุดแบบกราฟเส้น (Line chart) และกลุ่มตัวอย่างสามารถเลื่อนหน้าจอเพื่อดูค่าความดันโลหิตก่อนหน้าทั้งหมดได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตที่ลดลงหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ พอลลาร์ และคณะ (Paula et al., 2020) ที่พบว่าการให้สุขศึกษาร่วมกับการใช้



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

โมบายแอปพลิเคชันช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันสามารถทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อคิดเห็นว่าขั้นตอนการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการวัดความดันโลหิตที่บ้านนั้นเป็นสิ่งสำคัญ โดยช่วยให้ทราบค่าความดันโลหิตที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมสามารถนำขั้นตอนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มอื่น เช่น โรคเบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

References

- American Heart Association. (2017). *Changes you can make to manage high blood pressure*. Retrieved from <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/changes-you-can-make-to-manage-high-blood-pressure>
- Apinya, T. (2016). *Behavior change for chronic disease nurse case manager*. Bangkok: Wwothaiprinting. (in Thai)
- Asri, M., Irwan, A. M., Sjattar, E. L., & Hardianto, Y. (2022). Effectiveness of a low-salt diet in rural hypertensive patients: A systematic review. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 15, 101024. doi: 10.1016/j.cegh.2022.101024
- Brouwer-Goossensen, D., Van Genugten, L., Lingsma, H. F., Dippel, D. W. J., Koudstaal, P. J., & Den Hertog, H. M. (2018). Self-efficacy for health-related behaviour change in patients with TIA or minor ischemic stroke. *Psychology & Health*, 33(12), 1490-1501. doi: 10.1080/08870446.2018.1508686
- Burnier, M., & Egan Brent, M. (2019). Adherence in hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1124-1140.
- Cheiloudaki, E., & Alexopoulos, E. C. (2019). Adherence to treatment in stroke patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 1-11.
- Chin, Y. Y., Sakinah, H., Aryati, A., & Hassan, B. M. (2018). Prevalence, risk factors and secondary prevention of stroke recurrence in eight countries from South East and Southeast Asia: A scoping review. *Medical Journal of Malaysia*, 73(2), 90-99.
- Clubb, A. C., & Hinkle, J. C. (2015). Protection motivation theory as a theoretical framework for understanding the use of protective measures. *Criminal Justice Studies*, 28(3), 336-355. doi: 10.1080/1478601X.2015.1050590



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension
ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

- Dimeo, F., Pagonas, N., Seibert, F., Arndt, R., Zidek, W., & Westhoff, T. H. (2012). Aerobic exercise reduces blood pressure in resistant hypertension. *Hypertension*, 60(3), 653-658.
- Fitzgerald, M., & McClelland, G. (2017). What makes a mobile app successful in supporting health behaviour change? *Health Education Journal*, 76(3), 373-381.
doi: 10.1177/0017896916681179
- Jamison, J., Graffy, J., Mullis, R., Mant, J., & Sutton, S. (2016). Barriers to medication adherence for the secondary prevention of stroke: A qualitative interview study in primary care. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(649), e568-e576.
- Katsanos, A. H., Filippatou, A., Manios, E., Deftereos, S., Parissis, J., Frogoudaki, A., ... Tsivgoulis, G. (2017). Blood pressure reduction and secondary stroke prevention: A systematic review and metaregression analysis of randomized clinical trials. *Hypertension*, 69(1), 171-179.
- Khamcharoen, J., Puwarawuttipanit, W., & Kositamongkol, S. (2022). Factors influencing ischaemic stroke patients' medication adherence. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(2), 111-127. (in Thai)
- Kitagawa, K. (2022). Blood pressure management for secondary stroke prevention. *Hypertension Research*, 45(6), 936-943.
- Kittinuntaponchai, K., & Sukkha, S. (2021). Current management of hypertension in chronic kidney disease. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 28(2), 150-164. (in Thai)
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockcroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., ... Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(7), e364-e467.
- Komton, V. (2018). *SystemchangeTM - Stroke: A systems approach to healthy living after stroke in Thailand* (Doctoral dissertation). Case Western Reserve University, Ohio.
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469-479.
- Mahmood, S., Jalal, Z., Hadi, M. A., & Shah, K. U. (2020). Association between attendance at outpatient follow-up appointments and blood pressure control among patients with hypertension. *BMC Cardiovascular Disorders*, 20(1), 458. doi: 10.1186/s12872-020-01741-5
- Mano, A., Kaewpan, W., Powwattana, A., & Pichayapinyo, P. (2013). The effectiveness of the application of the protection motivation theory and social support in hypertension prevention program among middle-aged men in Bangkok metropolitan. *Journal of Health and Nursing Research*, 28(1), 1-16. (in Thai)
- Nakhornriab, S., Watanakijkrit, D., Charoenkitkarn, V., Chotikanuchit, S., & Vanijja, V. (2017). The effectiveness of mobile application on medication adherence in patients with stroke. *Nursing Science Journal of Thailand*, 35(3), 58-69. (in Thai)



The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension
ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

- Nilnate, N., Jirapornkul, C., & Maneenin, N. (2018). Factors associated with stroke in Hypertensive patients, Buengkan Province. *Journal of Health Education*. 41(1), 62-75. (in Thai)
- O'Carroll, R., Whittaker, J., Hamilton, B., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(3), 383-390.
- Pan, Y., Li, Z., Li, J., Jin, A., Lin, J., Jing, J., ... Wang, Y. (2021). Residual risk and its risk factors for ischemic stroke with adherence to guideline-based secondary stroke prevention. *Journal of Stroke*, 23(1), 51-60.
- Paula, T. R., Menezes, A. P. de, Guedes, N. G., Silva, V. M. da, Cardoso, M. V. L. M. L., & Ramos, E. de S. (2020). Effectiveness of mobile applications for behavioral changes in health: A systematic review. *Rev Rene*, 21, e43845. doi:10.15253/2175-6783.20202143845
- Pensasitorn, W., & Disatapandhu, S. (2013). *Graphic design on packaging of convenience goods for aging populations*. Retrieved from http://www.urp.faa.chula.ac.th/downloads/pdf_12_2014/Watcharatorn%20Pensasitorn.pdf
- Sikaow, O. (2016). *Pathological physiology for nursing student and health science*. Samut Prakarn: Huachiew Chalermprakiet University. (in Thai)
- Siriket, R., Sittipakorn, S., & Hornboonherm, P. (2015). Effects of the protection motivation program on behavior of the high risk stroke. *Srinagarind Medical Journal*, 30(3), 299-304. (in Thai)
- Sompol, C., Rawiworakul, T., & Kirdmongko, P. (2017). Effects of a stroke prevention program for older adults with hypertension. *Journal of Public Health Nursing*, 31, 57-74. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/100847>
- Stahmeyer, J. T., Stubenrauch, S., Geyer, S., Weissenborn, K., & Eberhard, S. (2019). The frequency and timing of recurrent stroke: An analysis of routine health insurance data. *Deutsches Arzteblatt International*, 116(42), 711-717.
- Sumthong, P., Suthiphongkiart, B., Kleebpratoom, P., & Oadpakdee, W. (2019). The effect of home blood pressure monitoring program applying transtheoretical model and social support power in hypertensive patients, angthong hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 2(1), 1-14. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Chiang Mai: Ticktink. (in Thai)
- Tiamkao, S. (2011). Recurrent ischemic stroke in Srinagarind Hospital. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 6(3), 31-38. (in Thai)
- World stroke organization. (2020). *World stroke day 2020 news release*. Retrieved from <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/world-stroke-day-2020-news-release>
- Yoolong, S. (2013). *The development of self-study video aids for master of ceremonies or guest speaker via satellite tv for Long learners*. Master's project. M.Ed. (Education Technology). Bangkok: Graduate school.



The Impact of Disease on Health Status and Related Factors Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อัญชิสา	รัตนคุณุประการ*	Unchisa	Rattanakunuprakarn*
ทัศนีย์	ภู่อำรงค์**	Thatsanee	Poosumang**
บัวชมพู	เอกมาตร***	Buachompoo	Ekkamart***
เยาวรัตน์	มัทฉิม****	Yaowarat	Matchim****
ฉัตรฤดี	ผดรัตนมณีกุล*****	Charuedee	Putruttanamaneekun*****

Abstract

The impact of disease on health status is an important indicator of quality of life for persons living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). This study aimed: 1) to examine the impact of disease on the health status of persons with COPD, and 2) to examine the relationships between the impact of disease on health status and selected factors, including time to diagnosis, comorbidity, severity of illness, tobacco use, and nutritional status. The participants were comprised of 168 individuals with COPD who had visited the COPD clinic at the Central Chest Institute of Thailand. Instruments used for collecting data included a demographic data form, medical records, and the COPD Assessment Test (CAT), which measures health-related quality of life in COPD patients. Data were analyzed by using descriptive statistics and the Spearman rank-order correlation coefficient.

The results showed that 61.3% of the participants had a moderate impact of disease on their health status. In addition, the impact of disease on health status had a small positive significant correlation with comorbidity ($r_s = .155$, $p < .05$) and a small negative significant correlation with nutritional status ($r_s = -.263$, $p < .01$), but did not correlate significantly with time to diagnosis, severity of illness, or tobacco use.

The results of this study indicate that managing nutritional status and controlling comorbidity would be helpful in promoting quality of life among persons with COPD.

Keywords: Patients with COPD; The impact of disease on health status; Comorbidity; Nutritional status

* Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University;
e-mail: thatsanee@nurse.tu.ac.th

*** Registered Nurse, The Central Chest Institute of Thailand

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

***** Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University

Received 21 September 2022; Revised 25 March 2023; Accepted 28 March 2023



บทคัดย่อ

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ความรุนแรงของโรค การสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 168 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพ และแบบประเมิน The COPD Assessment Test (CAT) ใช้ในการประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman rank-order correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.3 มีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับโรคร่วมในระดับต่ำ ($r_s = .155, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการในระดับต่ำ ($r_s = -.263, p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรค และการสูบบุหรี่

ผลการศึกษานี้แสดงว่า การจัดการภาวะโภชนาการและการควบคุมโรคร่วม สามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ โรคร่วม ภาวะโภชนาการ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

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

*** พยาบาลวิชาชีพ สถาบันโรคทรวงอก

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลก ได้ประเมินอัตราการป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 210 ล้านคน (World Health Organization, 2016) และพบอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตในแต่ละปีสูงถึง 3 ล้านคน (GOLD, 2022) สำหรับในประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2559-2561 ได้แก่ 159,398, 152,319 และ 169,009 ตามลำดับ (Chest Disease Institute, Department of Medicine, 2019) อีกทั้งในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประชากรไทย (National Health Security Office, 2017)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และมีความจำกัดในการแลกเปลี่ยนอากาศภายในปอด (Abdel-Aaty, Zamzam, Azab, Wahsh, & Beltagy, 2014) ซึ่งเป็นผลมาจากการระคายเคืองที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังต่อปอด เกิดขึ้นเมื่อมีสารระคายเคืองที่ผิดปกติเข้าไปในระบบทางเดินหายใจและไปกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด (Chest Disease Institute, Department of Medicine, 2019) โดยไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ เมื่อโรคมีการดำเนินไปมากขึ้น สมรรถภาพปอดจะลดลง และมีการถดถอยของสภาพร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้น โดยอาการที่พบเจอส่วนใหญ่ ได้แก่ หายใจลำบาก (Shortness of breath) เหนื่อยล้า (Fatigue) และนอนไม่หลับ (Insomnia) และนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น มีความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้า (Srirat, Hanucharunkul, Aree-Ue, Viwatwongkasem, & Junda, 2014) ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงในทุกมิติสุขภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง (Wangsom, Othaganont, & Ladores, 2020)

เป้าหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อบรรเทาอาการของโรค คงสมรรถภาพการทำงานของปอด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Chest Disease Institute, Department of Medicine, 2019) ตลอดจนมีการวินิจฉัยและติดตามประเมินผลลัพธ์การรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยการประเมินผลลัพธ์ระยะสั้นเป็นการประเมินผลทางคลินิกจากอาการเหนื่อยหอบ ใช้แบบประเมินภาวะหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council: mMRC) สำหรับการประเมินผลระยะยาวเป็นการประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ ใช้แบบประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessment Test; CAT) (GOLD, 2022)

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อสุขภาพในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ชีวิตทางสังคม สุขภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการรับรู้ผลกระทบนั้นแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ตามลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคร่วม ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค การสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการ และด้านหน้าที่ทางชีววิทยา เช่น ระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดอาการรบกวนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Curtis & Patrick, 2003; Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005; Jones, 2011; Trang, Puwanawuttipanit, & Chanruangvanich, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Benzo, Abascal- Bolado, & Dulohery, 2016; Songprasert, Noonil, & Aekwarangkoon, 2014; Jantiya,

Chamnansua, & Kunapan, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 76.76 มีผลกระทบของโรคด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากที่สุด และมีข้อจำกัดด้านหน้าที่ทางสังคมสูงถึงร้อยละ 73.01 (Sukhonthachit, Wattanakitkrileart, Pongthavornkamol, & Chuchottaworn, 2017) รวมทั้งมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพและอารมณ์ ร้อยละ 22.31 (Benzo et al., 2016) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับระดับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในประเทศไทยยังไม่มีข้อสรุปของผลการศึกษาที่แน่ชัด ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ซึ่งผลการศึกษาจะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้ว สมรรถภาพปอดจะลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม (Wangsom et al., 2020) ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kushwaha et al., 2020) ปัจจัยต่อมาคือ โรคร่วม ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพและโรคร่วมมาก เมื่อผู้ป่วยมีโรคร่วมอยู่ในระดับมากขึ้นเรื่อย ๆ จะยิ่งเพิ่มความรุนแรงของโรคจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Sundh et al., 2015) อย่างไรก็ตาม ยังพบผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน ซึ่งพบว่า โรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kantatong, Deesomchok, Panpanich, Sungkarat, & Siviroy, 2020) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยนี้เพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น

ระดับความรุนแรงของโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลงเมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จึงมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Landers, Wiseman, Pitama, & Beckert, 2017; Wangsom et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับความรุนแรงของโรค เกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ดังนั้นจึงต้องใช้การตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function test) เพื่อวัดอัตราการระบายและปริมาตรของลมหายใจเข้าออก (GOLD, 2022) ซึ่งประเมินจากสมรรถภาพปอดมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (Phuwilai, Oba, Tansuphasawadikul, & Siripornpibul, 2012; Wangsom et al., 2020) แต่ยังพบผลการศึกษาว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Justine, Tahirah, & Mohan, 2013) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรระดับความรุนแรงของโรคมาศึกษาในงานวิจัยนี้

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อร่างกายมีการตอบสนองต่อสารในบุหรี่ ทำให้เนื้อปอดถูกทำลายและทำให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง จึงเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นและมีผลกระทบในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chest Disease Institute, Department of, 2019) แต่จากการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่า ผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน (Kantatong et al., 2020) ในงานวิจัยนี้จึงนำตัวแปรการสูบบุหรี่มาศึกษา ในบริบทที่แตกต่างกันออกไป

ภาวะโภชนาการอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ หากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ จะมีมวลเซลล์ในร่างกายลดลง ทำให้กล้ามเนื้อกระบังลมอ่อนแรง แรงขับเคลื่อนการหายใจลดลง และลดความสามารถในการทำกิจกรรม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nguyen et al., 2019; Phuwilai et al.,

2012; Kantatong et al., 2020) จึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยด้านภาวะโภชนาการกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบน้อยในประเทศไทย

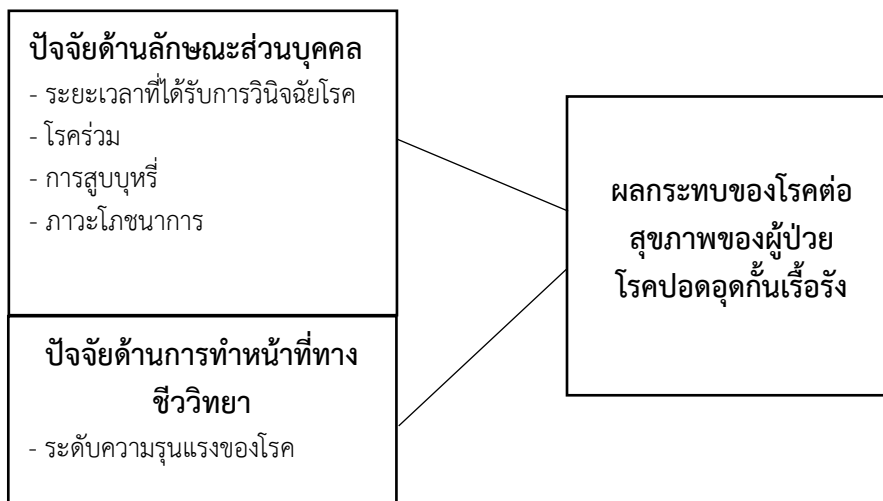
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการศึกษาในเรื่องระดับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่มีผลชัดเจน และผลการศึกษาที่ได้ยังมีความไม่สอดคล้องกันทั้งหมด อีกทั้งเป็นการศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีความแตกต่างในเรื่องแนวทางการประเมินและดูแล จึงอาจส่งผลกระทบต่อความรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่สถาบันโรคทรวงอกซึ่งมีการยืนยันการวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจสไปโรเมทรี มีการจัดระดับความรุนแรงของโรคผู้ป่วย และมีแนวปฏิบัติในการรักษาและการจัดการอาการตามเกณฑ์ GOLD guideline ตามระดับความรุนแรงของโรค (GOLD, 2017) โดยผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติการสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Curtis & Patrick, 2003; Ferrans et al., 2005; Jones, 2011; Trang et al., 2017) เกี่ยวกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นการรับรู้ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ชีวิตทางสังคม สุขภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ แบ่งออกเป็น ด้านลักษณะส่วนบุคคล และด้านหน้าที่ทางชีววิทยา ซึ่งแต่ละปัจจัยส่งผลให้เกิดผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ คุณลักษณะของบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลหรือพฤติกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์และมีความไวในการปรับตัวกับการทำหน้าที่ทางชีววิทยา เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของชีววิทยา ก่อให้เกิดอาการรบกวนทั้งทางกายและใจ อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความรู้ภาวะสุขภาพ และจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม การสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ 2) ปัจจัยด้านหน้าที่ทางชีววิทยา ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ดังแสดงในแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจสไปโรเมทรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาติดตามการรักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจสไปโรเมทรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาติดตามการรักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2563

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.25 ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมาและมีลักษณะใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ ในด้านตัวแปรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง (Sukhonthachit et al., 2017) กำหนด ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 168 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ไม่มีปัญหาความคิดความจำ สติสัมปชัญญะ กรณีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการประเมินโดยแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Institute of Geriatric Medicine, 2008) และมีคะแนนทดสอบผ่านเกณฑ์ โดยได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา
2. สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ถูกต้อง
3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น
4. ไม่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบจากโรคอื่น ๆ เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

2. แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (ปี)

2.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (เคยสูบบุหรี่ หรือไม่เคยสูบบุหรี่)

2.3 แบบประเมินความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2017) โดยแบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 4 ชั้นตามค่า FEV1 (Forced Expiratory Volume in one second) หลังจากใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด (Post bronchodilator) ได้แก่ 1) ระดับเล็กน้อย GOLD ระยะ 1 ค่า FEV1 > 80% 2) ระดับปานกลาง GOLD ระยะ 2 ค่า FEV1 50-79% 3) ระดับรุนแรง GOLD ระยะ 3 ค่า FEV1 30-49% และ 4) ระดับรุนแรงมาก ระยะ GOLD 4 ค่า FEV1 < 30%

2.4 แบบประเมินโรคร่วม ใช้แบบประเมินดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย สุภาภรณ์ ดั่งแพง และ จุฬาลักษณ์ บาร์มี (Duangpaeng & Baramee, 2012) โดยมีการประเมินทั้งหมด 21 โรคร่วม แต่ละโรคร่วมมีค่าคะแนน 1, 2, 3, และ 6 คะแนน คะแนนรวมจะแบ่งได้ 4 ระดับ ได้แก่ ค่าคะแนนรวม 0 คะแนน เท่ากับ ไม่มีโรคร่วม ค่าคะแนนรวม 1-2 คะแนน เท่ากับ มีโรคร่วมน้อย ค่าคะแนนรวม 3-4 คะแนน เท่ากับ มีโรคร่วมปานกลาง และค่าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป เท่ากับ มีโรคร่วมมาก

2.5 แบบประเมินภาวะโภชนาการโดยดัชนีมวลกาย (BMI) (WHO Expert Consultation, 2004) ซึ่งคำนวณจาก น้ำหนักตัว (กก.)/ความสูง (เมตร) วัดส่วนสูงโดยใช้แถบวัดมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และตรวจสอบมาตรฐานเครื่องชั่งน้ำหนักทุกครั้งก่อนชั่ง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย 18.50-24.99 kg/m² หมายถึง ภาวะโภชนาการปกติ ค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.50 kg/m² หมายถึง ภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ และค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25.0 kg/m² หมายถึง ภาวะโภชนาการเกิน

3. แบบประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessment Test; CAT) สร้างโดย จอนส์ (Jones, 2011) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย (Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2017) ใช้สำหรับประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านอาการ การทำหน้าที่และจิตใจ จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 0-5 คะแนน ประเมินผลโดยคิดคะแนนรวมทั้งหมด 40 คะแนน และแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่า 10 มีผลกระทบระดับต่ำ คะแนน 10-20 มีผลกระทบระดับปานกลาง คะแนน 21-30 มีผลกระทบระดับสูง และคะแนนมากกว่า 30 มีผลกระทบระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessment Test; CAT) ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) แล้ว ซึ่งผู้วิจัยไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเนื้อหา จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบซ้ำ สำหรับการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาตรวจและติดตามการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสถาบันโรคทรวงอก ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำไปวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องด้วยวิธีการ test-retest โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว 2 ครั้ง จำนวน 30 ราย ในระยะเวลาที่ห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (Coefficient of stability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ซึ่งมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (เลขที่ 039/2563) และสถาบันโรคทรวงอก (เลขที่ 069/2563 และ 099/2563)

อาสาสมัครวิจัยทุกรายได้รับทราบข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม และสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อกระบวนการรักษาและการรับบริการ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ลงนามยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และสถาบันโรคทรวงอกแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และพยาบาล หัวหน้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยเริ่มดำเนินการตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ คลินิก ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Institute of Geriatric Medicine, 2008) แล้วสุ่มจับฉลากเลือกรายชื่อผู้ป่วยแบบไม่ใส่คืน จากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่จับฉลากได้ เพื่อแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยจะอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน ทั้งนี้ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจข้อคำถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วน งานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ และแบบประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค การสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient และพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรจากค่า Correlation Coefficient หรือค่า r_s ดังนี้ 1) $r_s \pm 1.00$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ 2) $r_s > .70$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง 3) $r_s < .30$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 4) r_s มีค่าระหว่าง 0.30-0.70 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 5) $r_s = 0$ หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน (Thato, 2018)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.2) เป็นเพศชาย และมีอายุระหว่าง 46 ถึง 93 ปี อายุเฉลี่ย 71.48 ปี (SD = 8.71) ร้อยละ 79.2 มีสถานภาพคู่ และร้อยละ 41.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประวัติภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 95.8 มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา และร้อยละ 39.3 มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ระยะ GOLD 2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.6 มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด กว่าร้อยละ 73 และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติ (ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 kg/m²) ร้อยละ 69.1 (ตารางที่ 1)



The Impact of Disease on Health Status and Related Factors Among
Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 168)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	165	98.2
หญิง	3	1.8
อายุ ($\bar{X}$ = 71.48, SD = 8.71, Min-Max = 46-93)		
40-59 ปี	16	9.5
60-69 ปี	46	27.4
70-80 ปี	75	44.6
≥ 80 ปี	31	18.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	87	51.8
มัธยมศึกษา	48	28.6
ประกาศนียบัตรขึ้นไป	33	19.6
สถานภาพสมรส		
คู่	133	79.2
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	35	20.8
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)		
0-9,999 บาท	26	15.5
10,000-29,999 บาท	93	55.3
30,000-49,999 บาท	25	14.9
50,000 บาท ขึ้นไป	24	14.3
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	7	4.2
เคยสูบบุหรี่	161	95.8
โรคร่วม (Charlson Comorbidity Index)		
ไม่มีโรคร่วม (0 คะแนน)	78	46.4
โรคร่วมน้อย (1-2 คะแนน)	29	17.3
โรคร่วมปานกลาง (3-4 คะแนน)	45	26.8
โรคร่วมมาก (4 คะแนนขึ้นไป)	16	9.5
ชนิดของโรคร่วม (53.6%)		
ความดันโลหิตสูง	41	45.5
ไขมันในเลือดสูง	18	19.3
เบาหวาน	11	12.1
หัวใจและหลอดเลือด	15	16.9
อื่น ๆ	5	6.2



The Impact of Disease on Health Status and Related Factors Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 168) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค		
($\bar{X}$ = 5.79, SD = 3.97, Min-Max = 1-20)		
≤ 5 ปี	102	60.7
6-10 ปี	42	25.0
> 10 ปี	24	14.3
ระดับความรุนแรงของโรค		
GOLD ระยะ 1	48	28.6
GOLD ระยะ 2	66	39.3
GOLD ระยะ 3	50	29.7
GOLD ระยะ 4	4	2.4
ดัชนีมวลกาย		
18.5 – 22.9 kg/m ²	116	69.1
23.0 – 24.9 kg/m ²	50	29.8
25.0 – 29.9 kg/m ²	2	1.1

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 10.11 คะแนน (SD = 4.73) ซึ่งมีผลกระทบในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 61.3 มีคะแนน CAT มากกว่า 10 คะแนน ซึ่งหมายถึงรับรู้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพด้านความกระฉับกระเฉงมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 1.72, SD = 0.89) ส่วนอาการแน่นหน้าอกมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$ = 0.35, SD = 0.82) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 168)

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ (รายข้อ)	ค่าคะแนน ที่เป็นไปได้	Min-Max	Mean	SD	ระดับ
กระฉับกระเฉง	0-5	0-4	1.72	0.89	
เดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น	0-5	0-4	1.70	0.97	
ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้าน	0-5	0-4	1.63	1.00	
นอนหลับสนิท	0-5	0-4	1.45	1.35	
เสมหะในปอด	0-5	0-4	1.40	1.07	
อาการไอ	0-5	0-5	1.25	1.07	
ความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้าน	0-5	0-4	0.62	0.94	
แน่นหน้าอก	0-5	0-5	0.35	0.82	
โดยรวม	0-40	1-26	10.11	4.73	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .155, p < .05) ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = -.263, p < .01) ส่วนระยะเวลาการวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค



และการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค การสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแปร	ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมน (r_s)	p - value
ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค	-.016	.835
โรคร่วม	.155*	.045
ระดับความรุนแรงของโรค	.066	.396
การสูบบุหรี่	-.130	.092
ภาวะโภชนาการ	-.263**	.001

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

1. ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผลกระทบที่ได้รับจาก ภาวะสุขภาพ ซึ่งในผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 10.11$, $SD = 4.73$) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยปอด อุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Songprasert et al., 2014; Jantiya et al., 2012) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพด้านความกระฉับกระเฉงมีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด ($\bar{X} = 1.72$, $SD = 0.89$) ส่วนอาการแน่นหน้าอกมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 0.35$, $SD = 0.82$) ทั้งนี้อาจ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวมากขึ้น ความยืดหยุ่นของปอดและความสามารถในการขยายปริมาตรของปอดลดลง (Sundh et al., 2015) ทำให้ ความสามารถในการดูแลตนเองและความกระฉับกระเฉงลดลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ผลกระทบด้านความ กระฉับกระเฉงมากที่สุด อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (GOLD 2) และมีระยะเวลาการเกิดโรคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี อาจเนื่องจาก ปัจจุบันเป็นยุคเครือข่ายข้อมูล สามารถค้นหา แหล่งเรียนรู้ได้สะดวก รวมทั้งมีการประเมิน ตรวจและรักษาที่สะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-29,999 บาทต่อเดือน ซึ่งการมีเศรษฐกิจที่ดีจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล จึงอาจมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในด้านการใช้อย่างถูกต้องและมีความร่วมมือในการใช้อย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Bhattarai, Walpola, Mey, Anoopkumar-Dukie, & Khan, 2020; GOLD, 2022) นอกจากนี้ร้อยละ 79.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งการมีคู่ สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานและช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหา ได้ดี (Ferrans et al., 2005) จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติการ สูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับผลกระทบของ โรคต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .155$, $p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่าง 45 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 เป็นผู้ ที่มีโรคร่วมปานกลาง โดยผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และมีระดับความรุนแรงของโรคนั้น ๆ อยู่ใน ระดับปานกลาง เช่น โรคตับแข็งชนิดรุนแรงปานกลาง โรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย เป็นต้น ร่วมกับโรค ประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคร่วมมีผลต่อระบบการทำงานในร่างกาย ทำให้ สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง อีกทั้งการมีโรคร่วมบางอย่างทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง

ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติ มีการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อการรับรู้สุขภาพของผู้ป่วย (Janson, Marks, & Buist, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ ซันด์ และคณะ (Sundh et al., 2015) อธิบายว่า โรคมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีโรคร่วมมาก จะทำให้รับรู้ความทุกข์ทรมานและส่งผลให้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง นอกจากปัจจัยด้านโรคร่วมแล้ว ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.263, p < .01$) นั่นคือ หากผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหาร ผู้ป่วยจะรับรู้ผลกระทบต่องานสุขภาพมาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะขาดสารอาหารทำให้มวลเซลล์ไขมันและกล้ามเนื้อในร่างกายลดลง ส่งผลให้ระบบทางเดินหายใจทำงานได้ลดลง ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบากมากขึ้น ซึ่งทำให้รับรู้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Phuwilai et al., 2012; Kantatong et al., 2020; Nguyen et al., 2019) โดยสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยควรรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อพลังงานที่ใช้ เน้นการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนประมาณร้อยละ 20 ของสารอาหารที่ให้พลังงานทั้งหมด เนื่องจากช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในกระบวนการหายใจ นอกจากนี้ควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) และรับประทานอาหารประเภทไขมันไม่อิ่มตัวทั้งเชิงเดี่ยวและเชิงซ้อน (Monounsaturated and Polyunsaturated and fats) จำกัดเกลือและเลี่ยนอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในทางเดินอาหาร เนื่องจากทำให้หายใจเหนื่อยมากขึ้นจากอาการบวมหน้า (American Lung Association, 2022)

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค และประวัติการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันคนส่วนใหญ่ตระหนักในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น อีกทั้งมีเทคโนโลยีและนวัตกรรมช่วยในการสืบค้นข้อมูลในดูแลสุขภาพ ระบบสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเน้นการเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม รวมทั้งมีแนวทางการรักษาและปฏิบัติตนอย่างชัดเจน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีในด้านการใช้ยาทั้งการรับประทานยา การสูดพ่นยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งการบริหารการหายใจและการไออย่างถูกวิธี ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อใดก็ตาม ผู้ป่วยจะสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ (Muellers et al., 2019)

สำหรับปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรค ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมและภายในเนื้อปอดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น และปริมาณก๊าซออกซิเจนลดลง จึงส่งผลให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและก่อให้เกิดอาการบวมได้ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาค้นคว้านี้ เกือบร้อยละ 50 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 9.5 เท่านั้นที่มีความรุนแรงของโรคมามาก จึงไม่อาจอ้างอิงประชากรได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งในการศึกษาค้นคว้านี้ ศึกษาที่สถาบันโรคทรวงอก ซึ่งเป็นสถาบันเฉพาะทางด้านโรคปอดระดับนานาชาติ มีเครื่องมือที่หลากหลายและมีบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงสามารถช่วยรักษาเพื่อลดความรุนแรงของโรคได้ในทุกระยะ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ จัสติน และคณะ (Justine et al., 2013) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่นเดียวกัน นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังพบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ ทศวรรณ กันทาทอง (Kantatong et al., 2020) อาจเนื่องจาก เครื่องมือที่ใช้วัดในครั้งนี้ ไม่ได้มีการวัดจำนวนครั้งในการสูบบุหรี่และระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งบางรายอาจเคยสูบบุหรี่เพียง 1 ครั้ง หรือบางรายเลิกสูบบุหรี่มาเป็นระยะ



เวลานาน จึงอาจมีผลต่อการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติ สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการวางแผนและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการควบคุมปัจจัยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ด้านการศึกษา ผู้สอนทางการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพื่อหาความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่น อาการรบกวน ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อม เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการควบคุมปัจจัยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

References

- Abdel-Aaty, H., Zamzam, M., Azab, N., Wahsh, R., & Beltagy, S. (2014). Comparison of GOLD classification and modified BODE index as staging systems of COPD. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 63, 821-828. doi: 10.1016/j.ejcdt. 2014.06.008
- American Lung Association. (2022). *Nutrition and COPD*. Retrieved from <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/copd/living-with-copd/nutrition>
- Benzo, R. P., Abascal-Bolado, B., & Dulohery, M. M. (2016). Self-management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The mediating effects of positive affect. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 617-623. doi: 10.1016/j.pec.2015.10.031
- Bhattarai, B., Walpola, R., Mey, A., Anoopkumar-Dukie, S., & Khan, S. (2020). Barriers and strategies for improving medication adherence among people living with COPD: A systematic review. *Respiratory Care*, 65(11), 1738-1750. doi: 10.4187/respcare.07355
- Chest Disease Institute, Department of Medicine. (2019). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Bangkok: Author.
- Curtis, J. R., & Patrick, D. L. (2003). The assessment of health status among patients with COPD. *The European Respiratory Journal, Supplement*, 41, 36-45. Retrieved from <https://erj.ersjournals.com/>
- Duangpaeng, S., & Baramée, J. (2012). *The effectiveness of enhancement of daily physical activity program on physical fitness, symptom status, functional status, and quality of life among the people with chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieve from <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/814>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x



- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2017). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2017*. Retrieved from <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/02/wms-GOLD-2017-FINAL.pdf>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2022). *Global strategy for prevention, diagnosis, and management of COPD: 2022 report*. Retrieved from <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>
- Institute of Geriatric Medicine. (2008). *Thai mini-mental status examination: MMSE-Thai 2002*. Bangkok: Department of Medical Service.
- Janson, C., Marks, G., & Buist, S. (2013). The impact of COPD on health status: Findings from the BOLD study. *European Respiratory Journal*, 42(6), 1472–1483.
- Jantiya, M., Chamnansua, P., & Kunapan, P. (2012). The quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Saraburi Hospital. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(3), 328–342.
- Jones, P. W. (2011). COPD assessment test—rationale, development, validation and performance. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(2), 269–271.
doi: 10.3109/15412555.2013.776920
- Justine, M., Tahirah, F., & Mohan, V. (2013). Health-related quality of life, lung function and dyspnea rating in COPD patients. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 79(3-4), 116–120.
doi: 10.4081/monaldi.2013.10
- Kantatong, T., Deesomchok, A., Panpanich, R., Sungkarat, S., & Siviroj, P. (2020). Predicting quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients living in the rural area of Chiang Mai Province, Thailand. *The Open Public Health Journal*, 13, 357–364.
doi: 10.2174/1874944502013010357
- Kushwaha, S., Singh, S. K., Manar, M., Verma, A. K., Kar, S. K., & Gupta, A. (2020). Health-related quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: A hospital-based study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(8), 4074–4078.
doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_457_20
- Landers, A., Wiseman, R., Pitama, S., & Beckert, L. (2017). Severe COPD and the transition to a palliative approach. *Breathe*, 13(4), 310–316. doi:10.1183/207347 35.013917
- Muellers, K. A., Chen, L., O'Connor, R., Wolf, M. S., Federman, A. D., & Wisnivesky, J. P. (2019). Health Literacy and Medication Adherence in COPD Patients: When Caregiver Presence Is Not Sufficient. *COPD*, 16(5-6), 362–367. doi: 10.1080/15412555.2019.1665007
- National Health Security Office. (2017). *Health statistics*. Retrieved from <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy> (in Thai)
- Nguyen, H. T., Collins, P. F., Pavey, T. G., Nguyen, N. V., Pham, T. D., & Gallegos, D. L. (2019). Nutritional status, dietary intake, and health-related quality of life in outpatients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 215–226.
doi: 10.2147/COPD.S181322
-



- Phuwilai, K., Oba, N., Tansuphasawadikul, S., & Siripornpibul, T. (2012). Predicting factors quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(2), 12-24. (in Thai)
- Songprasert, T., Noonil, N., & Aekwarangkoon, S. (2014). Health status and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease at Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Nursing and Education*, 7(4), 38-49. (in Thai)
- Srirat, C., Hanucharunkul, S., Aree-Ue, S., Viwatwongkasem, C., & Junda, T. (2014). Symptom distress, cluster, and management in Thais with COPD. *Pacific Rim, International Journal of Nursing Research*, 18(3), 244-262.
- Sukhonthachit, P., Wattanakitkileart, D., Pongthavornkamol, K., & Chuchottaworn, C. (2017). Insomnia experience, insomnia management strategies, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science*, 35(2), 100-111. (in Thai)
- Sundh, J., Johansson, G., Larsson, K., Lindén, A., Löfdahl, C. G., Janson, C., & Sandström, T. (2015). Comorbidity and health-related quality of life in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease attending Swedish secondary care units. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 173-183.
doi: 10.2147/COPD.S74645
- Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (3th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Book Center.
- Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. (2017). *CPG-COPD*. Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Trang, L., Puwanawuttipanit, W., & Chanruangvanich, W. (2017). Relationships between lung function, dyspnea experience, social support, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science*, 35(2), 31-37.
- Wangsom, A., Othaganont, P., & Ladores, S. (2020). The factors predicting the health-related quality of life among persons with chronic obstructive pulmonary disease in Public Health Region 4, Thailand: A mixed-methods study. *The Open Public Health Journal*, 13, 105-113.
doi: 10.2174/1874944502013010105
- WHO Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403), 157-163.
- World Health Organization. (2016). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved from <https://www.who.int/gho/publications/>
-



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและการหายใจลำบาก
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

ชูลีกร

ดำนยทุทธิศิลป์*

Chuleekorn

Danyuthasilpe*

บัวพลอย

พรหมแจ้ง**

Buaploy

Promjang**

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) impacts the daily lives of patients due to acute exacerbation and the deterioration of lung function. Supporting patients' self-management enhances their ability to manage their COPD, modify their behavior, and improve their health outcomes. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of a self-management program on lung function and dyspnea among patients with COPD. Sixty participants with COPD were purposively recruited and randomly assigned into an experimental group and a control group. The experimental group received a self-management program while the control group received usual nursing care. The research instruments consisted of 1) a personal data questionnaire; 2) an evaluation form for the Modified Medical Research Council Dyspnea Score; and 3) a spirometer. The reliability of the form for the Modified Medical Research Council Dyspnea Score was 0.78. The portable spirometer was calibrated before implementation. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, Mann-Whitney U test, and repeated measure ANOVA.

The results of this study showed that after the intervention, dyspnea in the experimental group was significantly better than for those in the control group ($p < 0.05$), and their mean scores for pulmonary function were higher than those in the control group but did not differ significantly. Within the experimental group, the mean scores for dyspnea and lung function were significantly better than before the intervention which continued to be the case during the follow-up period ($p < 0.05$).

These findings indicate that a self-management program could be beneficially applied to enhances lung function and decrease COPD patients' dyspnea.

Keywords: Self-management; Lung function; Chronic obstructive pulmonary disease; Dyspnea

* Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University;
e-mail: chuleekornd@nu.ac.th

** Registered Nurse, Sawankhalok Hospital

Received 6 January 2023; Revised 19 March 2023; Accepted 23 March 2023



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบาก
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากอาการกำเริบ และสมรรถภาพปอดที่ค่อย ๆ เสื่อมลง การสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน และใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และ 3) เครื่องสไปโรมิเตอร์แบบเคลื่อนที่ ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการหายใจลำบากเท่ากับ 0.78 และเครื่องสไปโรมิเตอร์แบบเคลื่อนที่ที่ได้รับการสอบเทียบตามมาตรฐานก่อนใช้งาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ t-test สถิติ Mann-Whitney U test และสถิติ repeated measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง อาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง สมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบากดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และยังคงดีขึ้นในระยะติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพปอด และลดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง สมรรถภาพปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบาก

* ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร e-mail: chuleekornd@nu.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรคโลก



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการป่วยและอัตราการตายของประชากรทั่วโลก ข้อมูลจาก Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2023) ประมาณว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น และจะเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในภาคเหนือมีอัตราการตายด้วยโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรังสูงสุด ตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 23.4, 24.4, และ 20.3 ต่อประชากรแสนคน (Health Information Unit, Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2020) จังหวัดสุโขทัย พบจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต และปอดอุดกั้นเรื้อรังมากเป็นลำดับต้น ๆ ของเขตบริการสุขภาพที่ 2 ในปี พ.ศ. 2561-2563 อัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 1.80, 1.89, และ 1.83 ตามลำดับ (Sukhothai Provincial Health Office, 2020) อัตราการป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปปี พ.ศ. 2560-2562 พบร้อยละ 5.21, 6.89, 4.09 ตามลำดับ (Sukhothai Provincial Health Office, 2020)

อำเภอสวรรคโลก เป็นเมืองเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัดสุโขทัย ประชากรประกอบอาชีพทำการเกษตร โดยเฉพาะการทำไร่ไถนา จะพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีการเผาใบอ้อย ทำให้เกิดควันไฟ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD, 2023) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักประสบกับอาการกำเริบซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบของโรคบ่อยครั้ง (Ruan et al., 2023) ข้อมูลการเกิดอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวรรคโลกปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 128.2, 108.2, และ 100.31 ครั้ง ต่อผู้ป่วยร้อยละ 100 ตามลำดับ (Sukhothai Provincial Health Office, 2020)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะหลอดลมอุดกั้น ชนิดที่ไม่สามารถทำให้กลับคืนได้เต็มที่จากภาวะที่หลอดลมถูกกระตุ้นเรื้อรังจากสารภายในหรือภายนอก เช่น ฝุ่นละออง สารเคมีจากการประกอบอาชีพ และที่สำคัญคือควันบุหรี่ หรือการติดเชื้อ (GOLD, 2030) ทำให้ปอดเกิดการอักเสบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในแต่ละส่วนของระบบหายใจ (หลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือด) ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม (Leelarungrayub, 2014) อาการหายใจลำบากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงความยากลำบากในการหายใจของตนเอง ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น (Pickstock, 2017) อาการจะมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อพยาธิสภาพของโรคลุกลามมากขึ้น เนื่องจากปอดมีการอุดกั้นของหลอดลมเพิ่มขึ้น (GOLD, 2023; Pickstock, 2017) อาการจะเป็นมากขึ้นขณะที่ทำงานหรือออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะออกกำลังกายหรือทำงานที่หนัก ๆ เนื่องจากกลัวอาการหายใจลำบากกำเริบเฉียบพลัน อาการหายใจลำบากและอาการกำเริบเฉียบพลันมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD, 2023) ส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน (GOLD, 2023)

อาการแสดงของอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยจะมีการหายใจถี่และเร็ว อาจต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจร่วมกับอาการเหนื่อยหอบ (Leelarungrayub, 2014) การวิจัยพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการหายใจลำบากมากที่สุดเมื่อเทียบกับอาการอื่น ๆ (Ekkamart, Matchim, Mamom, & Sangsayunh, 2021) เนื่องจากโรคนี้มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจและสูญเสียความยืดหยุ่นของปอด มีแรงต้านในทางเดินหายใจสูงมากในช่วงการหายใจออก ผู้ป่วยจึงต้องใช้แรงมากในการหายใจและต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นเพื่อช่วยในการหายใจ เมื่อสมรรถภาพปอดลดลงมาก ๆ ก็จะมีการรุนแรงขึ้น (GOLD, 2023) ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของปอดอุดกั้นเรื้อรังมากจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย รบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน (Van der Molen, Miravittles, & Kocks, 2013) ส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงจิตใจของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ วิตกกังวลและซึมเศร้า



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและการหายใจลำบาก
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

พึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

สมรรถภาพปอดหมายถึง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนอากาศโดยการหายใจเข้าออก เพื่อให้เกิดการระบายอากาศตามความจุของปอด ประเมินสมรรถภาพปอดด้วยการตรวจสไปโรเมตรี (spirometry) ค่าที่ได้จากการวัด ได้แก่ ปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จนสุดจากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่ (forced vital capacity) และปริมาตรของอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จากตำแหน่งหายใจเข้าเต็มที่ (forced expiratory volume in one second) (GOLD, 2023) การตรวจนี้จะช่วยในการวินิจฉัยโรคและบอกระดับความรุนแรงของโรคได้ (GOLD, 2023; Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2017) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถภาพปอดและการหายใจลำบากพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่ออายุเพิ่มขึ้นปอดจะสูญเสียความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้นและการทำงานของระบบหายใจจะลดลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงด้วย (Buist et al., 2007) สำหรับระดับความรุนแรงของโรค ผู้ที่ระดับความรุนแรงของโรคมากและความถี่ของอาการหายใจลำบากมาก ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง การเกิดอาการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งต่อปีขึ้นไป หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ครั้งต่อปีขึ้นไปถือว่า มีความเสี่ยงสูงส่งผลให้สมรรถภาพปอดเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว (Makanut, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและระดับความรุนแรงของโรคสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยระดับความรุนแรงของโรคมีประสิทธิภาพในการพยากรณ์ได้สูงสุด (Wongderm & Duangpaeng, 2014) ระดับความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทำนายการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kamthong, Supametaporn, & Jantarawijit, 2019) และความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Jaikum, Tamdee, & Aungwattana, 2020) สำหรับการบริหารการหายใจเป็นวิธีในการป้องกันอาการหายใจลำบาก ป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น การบริหารหายใจแบบเป่าปาก บริหารกล้ามเนื้อส่วนบน และออกกำลังกายด้วยการเดิน ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจและสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น (GOLD, 2023) การบริหารการหายใจช่วยเพิ่มระดับ FEV1 และ FVC โดยการบริหารการหายใจโดยการฝึกกล้ามเนื้อหายใจส่วนบน ช่วยให้ประสิทธิภาพของการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น (Leelarungrayub, 2014) การบริหารการหายใจอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหอบเหนื่อยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Moharmed, 2019) และโปรแกรมการจัดการตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Choi, Chung, & Han, 2013) หากผู้ป่วยสามารถป้องกันหรือจัดการอาการหายใจลำบากโดยการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก บริหารกล้ามเนื้อส่วนบน และออกกำลังกายด้วยการเดิน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้

การจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) เป็นการดูแลและสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดความเข้าใจในบทบาทตนเองในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างตัวผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเองนั้น ต้องอาศัยความรู้และการฝึกทักษะ รวมทั้งมีความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย รับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่เป็นอุปสรรค สำหรับกิจกรรมสำคัญในการจัดการตนเองประกอบด้วย การจัดการทางการแพทย์และการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ (Lorig & Holman, 2003) Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage (2017) และ The Committee of GOLD



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

(2023) ได้เสนอแนวทางในการจัดการและป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ ควรได้รับการสอนทักษะการจัดการตนเอง พื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อควบคุมอาการ และช่วยให้เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่จำเป็น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด ดังการศึกษาของ ธาดา วินทะไชย และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (Wintachai & Ua-kit, 2018) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า สมรรถภาพปอดดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ และจากการศึกษาของ ลินนภัสร์ ธนะวงศ์, พิกุล นันทชัยพันธ์, และ ประทุม สร้อยวงศ์ (Thanawong, Nantachaipan, & Soivong, 2016) ศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถลดการใช้บริการสุขภาพลง นอกจากนี้พบการศึกษาของ ธนัชร ช่วยท้าว (Chouyhoa, 2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และอาการหายใจลำบากดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

จากแนวโน้มความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอสวรรคโลก ที่ยังมีอย่างต่อเนื่อง จากประชากรทำการเกษตร ปลูกอ้อยและมีการเผาอ้อย ทำให้เกิดควันไฟและมลพิษ ที่สุดหายใจเข้าทุกวันก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจลำบากกำเริบซ้ำ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีการจัดการตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพ การจัดการตนเองที่ดีจะส่งผลให้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) จัดทำโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ตระหนักและรับผิดชอบต่อตนเอง ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค มีทักษะในการจัดการตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ บริหารการหายใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสามารถควบคุมอาการที่แสดงถึงผลลัพธ์ในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วย ช่วยลดอาการหายใจลำบาก และส่งเสริมสมรรถภาพปอดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพปอด และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อศึกษาสมรรถภาพปอด และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลองภายหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 16

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8
2. กลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากดีกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8
3. กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพปอดดีกว่าก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และดีขึ้นในระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 16
4. กลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากดีกว่าก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และดีขึ้นในระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 16



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ในการจัดทำโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยเน้นการให้ความรู้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การจัดการทางการแพทย์และการรักษา ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การจัดการด้านบทบาท โดยเน้นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การปรับเปลี่ยนบทบาทในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน และความกลัวอาการกำเริบซ้ำ ร่วมกับการฝึกทักษะตามปัญหาของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้ข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ 4) การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรด้านสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และ 6) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบุคคล รวมถึงการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการใช้สื่อประกอบการสอน

กระบวนการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการตนเอง และลงมือปฏิบัติในการบริหารหายใจด้วยการหายใจแบบเป่าปาก การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขนขา การออกกำลังกายด้วยเดิน ช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรงและสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การรับประทานยาและการใช้ยาอย่างถูกวิธี การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจแบบลึก คาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงจากอาการหายใจลำบากลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจมีความยืดหยุ่นและแข็งแรงมากขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ปอดแข็งแรงมีการแลกเปลี่ยนก๊าซและระบายอากาศภายในปอดดีขึ้นทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 รวมทั้งระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 16 โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแผนการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาและขึ้นทะเบียนที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสวรรคโลก ระหว่างเดือน มกราคม 2558 – เดือนเมษายน 2562 และอาศัยอยู่อำเภอสวรรคโลก จำนวนทั้งสิ้น 148 คน (Sukhothai Provincial Health Office, 2020)

กลุ่มตัวอย่างได้จากประชากรที่ศึกษา ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล โดยการหาขนาดอิทธิพลและนำไปเปิดตารางการประมาณขนาดตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1987 as cited in Srisatidnarukul, 2010) การศึกษานี้ ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของ ธนิตา ม้าอูตสำห, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, ฐิตธิดา ตั้งคำวนิช, และ ปกรณ์ ประจัญบาน (Mautsa, Danyuthasilpe, Tangkawanich, & Pachanban, 2016) คำนวณขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 4.33 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Burns & Grove, 2005) จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.80 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่ากลุ่มละ 25 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Hungler, 1999) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย รวมเป็น 60 ราย



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย ดังนี้ สุ่มจับฉลากเลือกตำบลเป็นกลุ่มทดลอง 2 แห่ง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเมืองหนองกลับ) และเป็นกลุ่มควบคุม 2 แห่ง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองยาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่านยาว) จากทั้งหมด 16 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจับฉลาก ตามรายชื่อในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

กำหนดคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและได้รับการรักษาอย่างน้อย 1 ปี 2) ความรุนแรงของโรคระดับ 1-2 โดยค่า FEV1 ตั้งแต่ร้อยละ 50 ของปริมาตรทั้งหมด 3) ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ โรคเมเร็งปอด วัณโรคระยะติดต่อ โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น 4) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ และ 6) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้

ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดเข้ากลุ่มเปรียบเทียบกับทีละคู่ ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องของอายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน และระยะเวลาที่เป็นโรค ต่างกันไม่เกิน 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยแผนการสอน คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบบันทึกการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบต่อวัน และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถภาพปอด ได้แก่ FEV1 และระดับความรุนแรงของโรค

2.2 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (modified Medical Research Council: mMRC) เป็นแบบประเมินที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมหรือขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ตรงกับตนเองมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนระดับ mMRC แบ่งเป็น 0-4 คะแนน โดย ระดับ 0 คะแนน หมายถึง รู้สึกหายใจเหนื่อยง่าย ขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น ระดับ 4 คะแนน หมายถึง หายใจเหนื่อยมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้านหรือหายใจเหนื่อยมากขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า จำเป็นต้องพักบ่อยๆบนเตียงหรือนั่งเก้าอี้ และต้องมีผู้ช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวัน

แปลผลแบบประเมิน ดังนี้ คะแนน mMRC น้อยกว่า 2 แสดงว่า อาการหายใจลำบากมีความรุนแรงน้อย คะแนน mMRC มากกว่า 2 แสดงว่า อาการหายใจลำบากมีความรุนแรงมาก

2.3 เครื่องสไปโรมิเตอร์ (spirometer) ในการตรวจสมรรถภาพปอด เป็นเครื่องมือที่ได้รับมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมและผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำมาใช้ในการทดลอง ซึ่งการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ชนิดที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ และใช้เครื่องเดียวกันตลอดการทดลอง โดยการวัดปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงในวินาทีที่ 1 (FEV1)

การแปลผลตรวจสมรรถภาพปอดพิจารณาจากค่า FEV1 หลังสูดยาขยายหลอดลมเพียงอย่างเดียว ระดับความรุนแรงของโรคแบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้ค่า FEV1 ได้แก่ รุนแรงน้อย (ค่า FEV1 $\geq$ 80% ของค่ามาตรฐาน) รุนแรงปานกลาง (ค่า FEV1 50-79% ของค่ามาตรฐาน) รุนแรงมาก (ค่า FEV1 30-49% ของค่ามาตรฐาน) และรุนแรงมากที่สุด (ค่า FEV1 $<$ 30% ของค่ามาตรฐาน) (GOLD, 2023)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา กิจกรรมและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดมีความเห็นตรงกันเกี่ยวกับเนื้อหา แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาและปฏิบัติตามได้ ส่วนแบบประเมินอาการหายใจลำบาก เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แต่นำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน คำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และได้รับการอนุมัติเลขที่ COA NO 493/2019 IRB No 0384/62 และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กิจกรรมในโปรแกรมแบบฟอร์มเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการศึกษา สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องมีเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ชี้แจงการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมและเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการภายหลังสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการทบทวนความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในแบบฟอร์มเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสวรรคโลก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามกิจกรรมในโปรแกรม และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับทีมวิจัย ระยะเวลาดำเนินการรวม 16 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้และทักษะในการจัดการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความรู้ที่จำเป็นเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครอบคลุม ความหมาย อาการและอาการแสดง การรักษาและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอนเป็นรายกลุ่มโดยใช้สื่อประกอบการสอน กลุ่มละ 15 คน จำนวน 2 กลุ่ม ใช้เวลา 15 นาที และฝึกปฏิบัติการใช้ยาสูดพ่น การบริหารหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขนขา ฝึกบริหารหายใจจนทำได้ถูกต้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ทักษะที่ 1-6 ดังนี้ 1) ทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน อารมณ์และการผ่อนคลาย 2) ทักษะการตัดสินใจจัดการตนเองด้านอารมณ์ การผ่อนคลายและการพักผ่อน 3) ทักษะการใช้ข้อมูลโดยแนะนำวิธีการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล ครอบครัวและชุมชน 4) ทักษะความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพโดยการกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) ทักษะการลงมือปฏิบัติและการจัดการตนเองที่บ้านในการฝึกบริหารหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขนขา การออกกำลังกายด้วยการเดิน หลีกเลียงปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการหายใจลำบากและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การรับประทานยาและการใช้ยาพ่น การผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจแบบลึก และ 6) ทักษะการปรับกิจกรรมให้เหมาะสม เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและปรับปรุงสิ่งที่ขัดขวางหรือช่วยปรับเปลี่ยนเป้าหมายและกิจกรรมให้เหมาะสม)



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

ฝึกวางแผนการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการทางการแพทย์ บทบาท และอารมณ์ เพื่อให้กลุ่มทดลองประเมินตนเอง โดยสอบถามปัญหาอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นและการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านเป็นรายบุคคล ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง และวางแผนกิจกรรมเพื่อควบคุมและป้องกันอาการกำเริบที่บ้าน พร้อมมอบคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองให้นำไปใช้ในการจัดการตนเองที่บ้าน

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการลงมือปฏิบัติของผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดไว้และสนับสนุนการจัดการตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการตั้งเป้าหมาย และการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในการบริหารการหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขนขา ออกกำลังกายทั่วไปของกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยประเมินแบบบันทึกการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย หากพบสิ่งขัดขวางหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มทดลอง ได้ร่วมกันปรับเปลี่ยนแผน เป้าหมายและแนวทางการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด และผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ได้แก่ ทักษะที่ 1-6 และช่วยสะท้อนการปฏิบัติในการจัดการตนเอง ช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่เป็นอุปสรรค รวมถึงการกระตุ้น ชมเชย ยกย่องกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติได้ถูกต้องต่อเนื่อง และกระตุ้น ส่งเสริมให้กำลังใจกับกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสม

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 และครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 12 ติดตามและสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 6 และครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลาครั้งละ 15 นาทีต่อราย เพื่อประเมินความต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการตั้งเป้าหมาย และการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในการบริหารการหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขนขา ออกกำลังกาย และผู้วิจัยบันทึกลงในแบบบันทึกการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเอง และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ได้แก่ ทักษะที่ 1-6 ผู้วิจัยช่วยสะท้อนการปฏิบัติ ช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่เป็นอุปสรรค รวมถึงการกระตุ้น ชมเชย ยกย่องแก่กลุ่มทดลองที่ปฏิบัติได้ถูกต้องและกระตุ้น ส่งเสริมให้กำลังใจกับกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 15 คน จำนวน 2 กลุ่ม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองและทักษะในการจัดการตนเองร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่ม และชื่นชม ให้กำลังใจ เน้นย้ำให้กลุ่มปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลประเมินอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอดของกลุ่มทดลอง และครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 16 เป็นการประเมินผลในระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยประเมินอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เวลา 60 นาที

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และการตรวจรักษาและติดตามนัด ส่วนสัปดาห์ที่ 16 เป็นการติดตามผลซ้ำเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดเฉพาะกลุ่มทดลอง และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการทบทวนความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านเพื่อความเท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบาก
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอด อาการหายใจลำบาก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมใน
ระยะก่อนและหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8 โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ
Komogorov-smirnov test พบว่า ชุดข้อมูลสมรรถภาพปอดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วย
สถิติ independent t-test ส่วนข้อมูลอาการหายใจลำบาก พบว่ามีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ
Mann-Whitney U test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอด และอาการหายใจลำบาก ภายในกลุ่มของ
กลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 16 โดยทดสอบการ
กระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Komogorov-smirnov test พบว่า ชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้ง
ปกติ จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบเพศชายมากที่สุดทั้งใน
กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 83.3) และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 76.7) อายุ 60-64 ปี พบมากที่สุดทั้งในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ
50.0) และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 43.4) สถานภาพสมรสคู่ พบมากที่สุดทั้งในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 80.0) และกลุ่ม
ทดลอง (ร้อยละ 83.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดทั้งในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 83.3) และกลุ่ม
ทดลอง (ร้อยละ 90.0) เคยสูบบุหรี่มากที่สุดทั้งในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 86.7) และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 88.0) และ
ได้รับการรักษาด้วยยารับประทานและยาพ่นขยายหลอดลมมากที่สุดทั้งในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 90.3) และกลุ่มทดลอง
(ร้อยละ 93.3)

2. สมรรถภาพปอดหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.246, p = .218$) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. อาการหายใจลำบากหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

4. สมรรถภาพปอดก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 16 ของกลุ่มทดลองดีขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 35.176, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยแตกต่างกันอย่างน้อย 2 ครั้งของการ
วัดผล

5. อาการหายใจลำบากก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 16 ของกลุ่มทดลอง
ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 57.653, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ครั้งของ
การวัดผล

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอด หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	M	SD	M	SD		
สมรรถภาพปอด						
ก่อนทดลอง	63.43	8.08	63.87	7.14		
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8	65.13	7.66	62.77	7.56	1.246	.218



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบาก
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบอาการหายใจลำบาก หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			Z	p-value
	Max	Min	Median	Max	Min	Median		
อาการหายใจลำบาก								
ก่อนทดลอง	3	2	2	3	2	2		
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8	3	1	2	3	1	3	-3.932*	.045

*p < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอด และอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (n = 30)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
สมรรถภาพปอด					
ช่วงเวลา	440.689	1.239	355.763	35.176*	<.001
ความคลาดเคลื่อน	363.311	35.923	10.114		
อาการหายใจลำบาก					
ช่วงเวลา	11.089	2	5.544	57.653*	<.001
ความคลาดเคลื่อน	5.578	58	0.096		

*p < .05, SS = Sum of Square, MS = Mean Square

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอด

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอดหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอดดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และยังคงดีขึ้นในระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ช่วยให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) การรักษาและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการบริหารหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขนขา การใช้ยาพ่น ความวิตกกังวล การลดสิ่งกระตุ้นอาการหายใจลำบาก 2) การจัดการบทบาทที่เน้นการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มทดลองและผู้ให้บริการสุขภาพในการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ ความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน และความกลัวอาการกำเริบซ้ำ ร่วมกับการฝึกทักษะตามปัญหาของกลุ่มทดลองทั้ง 6 ทักษะ

การที่กลุ่มทดลองฝึกการบริหารกล้ามเนื้อการหายใจ โดยฝึกหายใจแบบเป่าปาก นาน 5 นาที โดยหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และหายใจออกทางปากโดยห่อปาก ปล่อยลมออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า อากาศที่ค้างคั่งอยู่ในปอดจะถูกไล่ออกมา ส่งผลให้อากาศใหม่สามารถเข้าสู่ปอดและเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น จึงสามารถช่วยลดอัตราการหายใจ เพิ่มปริมาตรปอดและออกซิเจนในเลือดได้ (Leelarungrayub, 2014; Luangaram, Srisopa, & Chanavirut, 2018) ผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจสะดวก ไม่เหนื่อยง่าย เป็นการชะลอการล้าของกล้ามเนื้อในการหายใจ การบริหารการหายใจแบบเป่าปากอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหอบเหนื่อยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mohamed, 2019) และการฝึกบริหารกล้ามเนื้อ



ทรวงอก ไหล่ แขนขา โดยการขยับเคลื่อนไหวทรวงอกด้วยตนเอง 4 ท่า ได้แก่ ทำยืดทรวงอกด้านหน้า-ด้านหลัง ทำยืดทรวงอกด้านหน้า-ด้านหลังส่วนบน ทำยืดทรวงอกด้านหน้า-ด้านข้าง และทำยืดทรวงอกด้านข้าง ทำ 5-10 ครั้ง/รอบ, 2 รอบ/วัน, 3 วัน/สัปดาห์ เป็นการยืดทรวงอก จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ส่งผลให้การหายใจเข้าสะดวกมากขึ้น และช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด ส่งผลให้ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากขึ้น (Leelarungrayub, 2014; Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2017) ผลการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น

สำหรับกลุ่มควบคุม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การใช้ยา การไออย่างถูกวิธี โภชนาการ การจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งยังไม่ได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเองกับโรคและอาการหายใจลำบาก ซึ่งการจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและอารมณ์ในการเผชิญปัญหา กับโรคเรื้อรัง จึงอาจเป็นไปได้ว่าการพยาบาลตามปกตินั้นยังไม่ครอบคลุมการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก และการส่งเสริมสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยแต่ละราย

ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ธาดา วินทะไชย และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (Wintachai & Uakit, 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดหลังได้รับโปรแกรมฯ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ ธนัชร ช่วยท้าว (Chouyhoa, 2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-67 ปี อายุเฉลี่ย 66.33 ปี (SD = 4.39) ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ตามพยาธิสภาพของปอดที่จะสูญเสียความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้นและการทำงานของระบบหายใจจะลดลง (Eisner et al., 2010; Leelarungrayub, 2014) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติสูบบุหรี่ สารเคมีที่มีอยู่ในบุหรี่ ทำให้มีการทำลายของถุงลมปอดและท่อทางเดินหายใจ ทำให้ทางเดินหายใจเกิดการอุดกั้นอย่างต่อเนื่องและซ้ำ ๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้มีผลกระทบต่อสมรรถภาพปอด ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรอากาศหรือความจุปอดลดลง ค่าปกติของ FEV1 จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดย FEV1 จะลดลงประมาณ 30 มิลลิลิตร/ปี ในกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่จะมีค่าเฉลี่ยของ FEV1 น้อยกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ (GOLD, 2023; Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2017)

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากหลังทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และยังคงดีขึ้นในระยะติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเองตามแผนกำกับตนเองที่บ้าน อีกทั้งผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านเป็นการกระตุ้นเตือน เสริมสร้างกำลังใจ และเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ ผู้วิจัยซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเอง และการบันทึกการบริหารการหายใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมอาการหายใจหอบและป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจหอบถี่ขึ้น บางรายเมื่อเกิดอาการหายใจหอบขึ้น ได้ใช้การบริหารหายใจแบบเป่าปากทำให้สามารถควบคุมหายใจได้ และกลุ่มทดลอง 1 ราย ไม่สามารถควบคุมการหายใจได้ กล่าวว่าการจะรุนแรงขึ้นจึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มทดลองบางรายพบปัญหาการออกกำลังกายการบริหารกล้ามเนื้อ



ทรงออก ไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากมีภารกิจต้องออกไปนอกบ้าน เช่น ทำสวน ผู้วิจัยจึงต้องช่วย
ผ่อนคลายความวิตกกังวล ปรับเปลี่ยนเวลาและกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบครัวคอยเตือน และผู้วิจัย
โทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือนให้เสริมแรงตนเองซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวก และเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตาม
เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

อาการหายใจลำบากอธิบายได้จากกลไกกระตุ้นทางระบบประสาท ตัวรับสัญญาณทางประสาทอยู่ที่
บริเวณหลอดลม กลูต และกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ เมื่อมีลมคั่งค้างภายในปอดมาก จะกระตุ้นตัวรับสัญญาณ
ทางประสาทที่อยู่บริเวณหลอดเลือดฝอยของปอดและถูกกระตุ้นเมื่อภายในปอดเกิดการอักเสบ บริเวณเยื่อหุ้ม
ชั้นนอกของทางเดินหายใจจะมีตัวรับการระคายเคือง ซึ่งเมื่อร่างกายมีการสัมผัสกับฝุ่นละออง สารเคมี อากาศเย็น
หรือเขม่าควันไฟต่าง ๆ จะกระตุ้นให้เกิดการไอ กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมหดเกร็ง ส่งผลให้มีอาการหายใจลำบาก
(Parshall et al., 2012) นอกจากกลุ่มทดลองได้รับการฝึกการจัดการตนเองการบริหารการหายใจ กล้ามเนื้อไหล่
แขนขา ออกกำลังกายด้วยการเดินในโปรแกรมฯ แล้ว กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้และฝึกการจัดการตนเองกับ
ปัจจัยกระตุ้นอาการหายใจลำบาก ฝุ่นละออง การเผาขยะ ควันไฟ จึงเป็นการลดกลไกกระตุ้นทางระบบประสาท

นอกจากนี้กลไกกระตุ้นทางอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีความเครียดทั้งด้านร่างกาย
และจิตใจหรือมีความวิตกกังวลทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีการหายใจแบบการถอนหายใจลึก ๆ
ร่วมกับการหายใจแรง ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจ หายใจเร็วและแรงขึ้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะกระตุ้น
ตัวรับขาเข้าของทางเดินหายใจก่อให้เกิดการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อในหลอดลมทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก
(Parshall et al., 2012) ซึ่งในโปรแกรมกลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจแบบลึก โดยหายใจ
เข้าช้า ๆ ลึก ๆ ทางจมูก แล้วปล่อยลมออกจากปากช้า ๆ ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้ผ่อนคลาย จึง
ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากดีขึ้น ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) กล่าวว่า การจัดการกับ
โรคเรื้อรังนั้น สิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการก่อนการจัดการด้วยตนเอง คือการสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่
เพียงพอให้กับผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรรัตน์
จันทโร, เนตรนภา คู่พันธ์, และ ทิพมาส ชินวงศ์ (Chantaro, Khupantawee, & Chinnawong, 2018) ที่ศึกษา
ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและอาการหายใจ
ลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง คะแนน
เฉลี่ยอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการ
หายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีขึ้นกว่าเดิม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
และการศึกษาวิจัยของ ญัฐฐา ดวงตา, สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, และ สมพล สงวนรังศิริกุล (Duangta, Liangcha-
wengwong, & Sngunrungsirikul, 2017) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการหายใจลดลงมากกว่า
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีความ
เข้าใจในบทบาทของตนเองในการฝึกทักษะการจัดการอาการหายใจลำบาก มีการเยี่ยมบ้าน การติดตามทาง
โทรศัพท์ และปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละรายทำให้จัดการปัญหาได้ตรงจุด และมีการเสริมแรง กระตุ้น
เตือนเพื่อให้การจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพหรือพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้
กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฝึกบริหารหายใจ ฝึกทักษะในการจัดการตนเอง ติดตามและกำกับอย่างต่อเนื่อง
เพื่อควบคุมและป้องกันอาการหายใจลำบาก และส่งเสริมสมรรถภาพปอด
2. ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรนำรูปแบบและวิธีการในโปรแกรมนี้ไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการ
พัฒนาคุณภาพการพยาบาลและพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาซ้ำและส่งเสริมครอบครัวในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรม

References

- Buist, A. S., McBurnie, M. A., Vollmer, W. M., Gillespie, S., Burney, P., Monnino, D. M., ... Nizankowska-Mogilnicka, E. (2007). International variation in the prevalence of COPD (The Bold study): A population-based prevalence study. *Lancet*, 370(9585), 741-750. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61377-4
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research conduct, critique, & utilization* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Chantaro, N., Khupantawee, N., & Chinnawong, T. (2018). Effects of self-management support program on ability to manage symptom and dyspnea among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 25-37. (in Thai)
- Choi, J. Y., Chung, H-I. C., & Han, G. (2013). Patient outcomes according to COPD action plan adherence. *Journal of Clinical Nursing*, 23(1), 883-891. doi: 10.1111/joen.12293
- Chouyhoa, T. (2015). *Effects of a self-management support program in patients with chronic obstructive pulmonary disease on knowledge, self-management behaviors, dyspnea and lung function* (Unpublished master's thesis), Burapha University, Thailand. (in Thai)
- Duangta, N., Liangchawengwong, S., & Sngunrungsirikul, S. (2017). Impact of a breathing exercise self-efficacy programme on self-efficacy on chronic obstructive pulmonary disease patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(2), 95-110. (in Thai)
- Ekkamart, B., Matchim, Y., Mamom, J., & Sangsayunh, P. (2021). Chronic obstructive pulmonary disease patients' symptomatic experiences. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 36(2), 80-92. (in Thai)
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Committee. (2023). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD: 2023 Report*. Retrieved from https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2022/12/GOLD-2023-ver-1.1-2Dec2022_WMV.pdf
- Health Information Unit, Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2020). *Public Health Statistics A. D. 2020*. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2563_0.pdf
- Jaikum, P., Tamdee, D., & Aungwattana, S. (2020). Factors related to self-management behaviors of highlanders with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 47(4), 142-153. (in Thai)
- Kamthong, S., Supametaporn, P., & Jantarawijit, Y. (2019). Factors predicting acute exacerbation in patients with chronic pulmonary disease. *Nursing Journal*, 46(1), 126-136. (in Thai)



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบาก
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

- Leelarungrayub, D. (2014). *Clinical chest physiotherapy* (3rd ed.). Bangkok: Thammasart University Book Center. (in Thai)
- Luangaram, S., Srisopa, P., & Chanavirut, R. (2018). Home-based exercise in COPD patients. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy*, 30(2), 226-236. (in Thai)
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Makanut, S. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease. In S. Makanut & S. Sirilak (Eds.), *Naresuan Medicine's Textbook* (p.41-59). Phitsanulok: Department of Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan University. (in Thai)
- Mautsa, T., Danyuthasilpe, C., Tangkawanich, T., & Pachanban, P. (2016). Effects of Roy theory nursing program on adaptation behavior and dyspnea in patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 10(2), 190-200. (in Thai)
- Moharmed, S. A. (2019). The effects of positioning and pursed-lip breathing exercise on dyspnea and anxiety status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(6), 41-51. doi: 10.5430/jnep.v9n6p41
- Parshal, M. B., Schwartz, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., ... O'Donnell. (2012). An official American Thoracic Society Statement: Update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), 435-452.
doi: 10.1164/rccm.201111-2042ST
- Pickstock, S. (2017). Breathlessness at end of life: What community nurses should know. *Journal of Community Nursing*, 31(5), 74-75.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: JB Lippincott.
- Ruan, H., Zhang, H., Wang, J., Zhao, H., Han, W., & Li, J. (2023). Readmission rate for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 206, 1-12.
- Srisatidnarukul, B. (2010). *The methodology in nursing research*. Bangkok: U&I intermedia. (in Thai)
- Sukhothai Provincial Health Office. (2020). *Health data center*. Retrieved from <https://sti.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php#>
- Thanawong, L., Nantachaipan, P., & Soivong, P. (2016). Effects of a self-management promotion in pulmonary rehabilitation on function capacity and health care utilization among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 43(2), 45-56. (in Thai)
- Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. (2017). *Suggestion about treatment and care for patients with chronic obstructive pulmonary disease A.D.2017*. Bangkok: Author. (in Thai)



The Effects of a Self-Management Program on Lung Function and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบาก
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

- Van der Molen, T., Miravittles, M., & Kocks, J. W. (2013). COPD management: Role of symptom assessment in routine clinical practice. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 8, 461-471.
- Wintachai, T., & Ua-kit, N. (2018). Effects of a self-management program on pulmonary function in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(2), 124-135. (in Thai)
- Wongderm, A., & Duangpaeng, S. (2014). Factors influencing function performance among patients with chronic obstruction pulmonary disease. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(3), 120-128. (in Thai)



Adaptation Among Family Caregivers of Persons with End Stage Renal Disease Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*

การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง*

นลัทพร	สุทธิ**	Naladthaporn	Sutti**
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช***	Chiraporn	Tachaudomdach***
จินดารัตน์	ชัยอาจ****	Jindarat	Chaiard****

Abstract

End stage renal disease (ESRD) is a chronic disease which requires continuous care and help from family caregivers. Family care givers of persons with ESRD receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) have trouble with physiological, mental, mood, social, and economic problems which may affect their adaptation. This descriptive research aims to study overall adaptation and adaptation modes among family caregivers of persons with ESRD receiving CAPD including, physiological mode, self-concept mode, role functional mode, and interdependence mode. The concept framework for this study was constructed based on Roy's Adaptation Model. A total of 216 participants were specifically recruited from a group of family caregivers of persons with end stage renal disease receiving CAPD who received services at the Specialized Medicine Department 26 (CAPD Clinic), Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. All participants replied to the following research tools: general information of the family caregivers, patient history record, and evaluation form for adaptation among family caregivers of persons with ESRD receiving CAPD. All data were analyzed using descriptive statistics.

The results of this study revealed that overall adaptation of family caregivers of persons with ESRD receiving CAPD was at a high level ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.88$). Adaptation modes, including physiological adaptation ($\bar{X} = 4.60$, $SD = 0.71$), self-concept adaptation ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.92$), role functional adaptation ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.86$) and inter-dependence adaptation ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 1.01$), were all at a high level.

The results of this study could provide baseline data for nurses in CAPD Clinics to better understand and enhance adaptation among family caregivers of persons with ESRD receiving CAPD.

Keywords: Adaptation; End stage renal disease; Continuous ambulatory peritoneal dialysis; Family caregivers

* 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: inalad1988@gmail.com

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

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



บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคเรื้อรังต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องการความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ปัญหาเหล่านี้มีผลต่อการปรับตัว การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวโดยรวม และการปรับตัวรายด้านของญาติผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยกัน กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 216 คน ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่เข้ารับบริการที่ห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 26 (คลินิก CAPD) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และแบบประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.88$) โดยการปรับตัวรายด้านมีดังนี้ การปรับตัวด้านร่างกาย ($\bar{X} = 4.60$, $SD = 0.71$) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.92$) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.86$) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยกัน ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 1.01$) ซึ่งอยู่ในระดับสูงทุกด้าน

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลคลินิก CAPD เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การปรับตัว ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: inalad1988@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล อีกทั้งยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ และอีกหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จากการสำรวจแต่ละประเทศทั่วโลกพบว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี ค.ศ. 2011 พบว่ามีจำนวน 2,786,000 ราย และเพิ่มเป็น 3,706,000 ราย ในปี ค.ศ. 2016 (Fresenius Medical Care, 2012; 2017) ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีจำนวน 25,876 ราย และเพิ่มเป็น 45,629 ราย ในปี พ.ศ. 2559 (National Health Security Office, 2017)

การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการบำบัดทดแทนไตมีเป้าหมายเพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต โดยที่ผ่านมามีจนถึงปัจจุบัน มีวิธีการรักษาหลายแบบ ได้แก่ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis) (Praditpornsilpa, 2008; Chunlertrith, Adulwatanasiri, & Klomjit, 2008) ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2559 จำนวน 14,225 18,284 21,195 และ 24,056 ราย ตามลำดับ (National Health Security Office, 2017) จากจำนวนสถิติผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สืบเนื่องจากนโยบายส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบาย PD First ในการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเริ่มต้นด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้ขยายเครือข่ายการให้บริการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ช่วยลดเวลาในการรอคิว อีกทั้งยังลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังโรงพยาบาล (National Health Security Office, 2012; 2017; Dhanakijcharoen, Sirivongs, Aruyapitipan, Chuengsaman, & Lumpaopong, 2011)

วิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยผู้ป่วยจะทำเอง หรือให้ญาติช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพไม่สามารถทำการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องทำการล้างไตทางช่องท้องไปตลอดชีวิต อีกทั้งภาวะโรคที่เกิดขึ้นมักมีความก้าวหน้า และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย (Suwannaphet, 2010)

ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมักจะประสบกับปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหลัง สภาวะเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย และประสบกับปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะติดเชื้อที่สายสายล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Ukait & Chantajirakhovit, 2007; Boudville et al., 2012) ภาวะไส้เลื่อน ภาวะอวัยวะเพศบวมจากการสูญเสียโปรตีน และวิตามินที่จำเป็นออกมากับน้ำยาล้างไต (JUN-O & Topanthanont, 2008, Dong, Chen, Luo, Xu, & Xu, 2013; Costantini, 2006) ภาวะทุพโภชนาการจากการรับประทานอาหารได้ลดลง สูญเสียการรับรสอาหาร และพบอัลบูมินต่ำ จากการสูญเสียโปรตีนออกมากับน้ำยาล้างไต (Fan et al., 2014) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการรักษา ถ้าเกิดการติดเชื้อบ่อยครั้งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน (Ukait & Chantajirakhovit, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ท้อแท้

มีความรู้สึกทุกข์ทรมานที่จะต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต และประสบปัญหาเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งในเรื่องของข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือสิ่งของและบริการ และสนับสนุนทางอารมณ์ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Singmanee, Vannarit, & Tachaudomdach, 2017) จากผลกระทบของโรค และการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลในการทำหน้าที่ทดแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างปกติ

ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับสุขภาพโรค การรักษา อารมณ์ และอื่น ๆ ได้แก่ การเรียนรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง วิธีการปฏิบัติตัว การสังเกตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยทำความสะอาดแผล การกำจัดถุงน้ำยาล้างไต การดูแลความสะอาดของอณามัยสิ่งแวดล้อม เครื่องมือที่ใช้ การควบคุมอาหาร การสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนของโรค และการรักษา การจดบันทึกการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต การบันทึกปริมาณของปัสสาวะ การวัดความดันโลหิต น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลในเลือด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Tangworapongchai K., et al., 2013, Baillie & Lankshear, 2015; Fan, Sathick, McKitty, & Punzalan, 2008) ภาระการดูแลที่มีมากมาย ส่งผลกระทบต่อญาติในด้านต่าง ๆ ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง สุขภาพไม่ดี ต้องขาดงาน และขาดรายได้ (Uengtraku, Tangpukde, & Kaewmafa, 2014) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเปลี่ยนไป การตัดสินใจแทนผู้ป่วย และรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ความรู้สึกว่ามีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ญาติต้องมีการปรับตัว หรือญาติผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมากขึ้นการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป มีเวลาในการดูแลตนเองลดลง สัมพันธภาพทางสังคมลดลง อีกทั้งยังเกิดความเครียดจากการรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล (Chow, Wong, & Poon, 2007) ญาติผู้ดูแลจะเผชิญปัญหาทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลให้ญาติจะต้องมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ

จากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย รอยเชื่อว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในชีวิต บุคคลจะมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม โดยการปรับตัวจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล (Roy & Andrews, 1999) รอยได้ใช้แนวคิดจากทฤษฎีระบบมาอธิบายการปรับตัวของบุคคล ว่าบุคคลเป็นระบบการปรับตัวที่มีองค์รวม ซึ่งเป็นระบบเปิดโดยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้มีการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคลซึ่งบุคคลเป็นระบบการปรับตัว การปรับตัวที่เกิดขึ้นในด้านหนึ่ง อาจกลายเป็นสิ่งเร้าที่เข้าไปกระทบการปรับตัวด้านอื่นได้ หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบระบบบุคคลอาจมีผลกระทบต่อการปรับตัวหลาย ๆ ด้านในเวลาเดียวกัน โดยในสถานการณ์ของการดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีสิ่งเร้าตรงต่อญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่กำลังประสบกับปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคโดยเป็นสิ่งเร้าตรงที่ญาติผู้ดูแลกำลังเผชิญอยู่ โดยใช้กลไกการปรับตัวเป็นกระบวนการการควบคุมตนเอง ได้แก่ กลไกการรับรู้ และกลไกการควบคุมที่มีความสัมพันธ์กัน และทำงานประสานกัน แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว (Roy, 2009) ถ้าหากญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี จะช่วยให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดี สามารถทำงานได้ สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ผ่านมามีพบว่า การปรับตัวของญาติผู้ดูแล มีการปรับตัวตั้งแต่มีสถานการณ์เกิดขึ้นในครอบครัวโดยผ่านกระบวนการควบคุมของร่างกาย ทำให้เกิดการปรับตัวในระดับต่าง ๆ ขึ้น โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ถ้าหากญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ยังไม่ดีพอ จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพร่างกายที่

เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ได้แก่ รู้สึกหายใจไม่เต็มอิ่ม รู้สึกไม่สดชื่น ท้องผูก รับประทานอาหารน้อยลง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย อาการนอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ปวดศีรษะ มีความวิตกกังวล มีความเครียด (Thathong, 2007; Srinim, 2007; Buengmoon, 2009; Morrakot & Nilmanat, 2013; Sit, Wong, Clinton, Li, & Fong, 2004) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ในระยะแรกญาติผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจที่จะดูแล เนื่องจากไม่มีประสบการณ์มาก่อน อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง รูปร่างหน้าตาทรุดโทรม จากการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง (Saengmanee, Arpanantikul, & Sirapo-ngam, 2012) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่พบว่าญาติผู้ดูแลการสูญเสียบทบาทหน้าที่ในฐานะสมาชิกของกลุ่มเพื่อน หรือสังคม การแสดงบทบาทให้เป็นที่ยอมรับในสังคม ญาติผู้ดูแลควรมีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลหลายรายต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนเวลาการทำงาน หรืออาจต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ญาติผู้ดูแลบางรายอาจเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว (Bainbridge, Cregan, & Kulik, 2006, as cited in Rukyingshareon, 2014)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ไม่ดีเท่าที่ควร สำหรับการศึกษานี้ญาติผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแล และจากสถานการณ์ปัจจุบันพบมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และปัญหาในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้ญาติต้องรับภาระการดูแลในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ศึกษาการปรับตัวโดยรวม และรายด้านในด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาพึ่งกัน เพื่อได้ข้อมูลการปรับตัวของญาติผู้ดูแล และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาพึ่งกันของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ รอย ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในชีวิต บุคคลจะมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม โดยการปรับตัวจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล (Roy & Andrews, 1999) เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล การปรับตัวที่เกิดขึ้นในด้านหนึ่ง อาจกลายเป็นสิ่งเร้าที่เข้าไปกระทบการปรับตัวด้านอื่นได้ หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบระบบบุคคลอาจมีผลกระทบต่อการปรับตัวหลายๆ ด้านในเวลาเดียวกัน สิ่งเร้าตรงต่อญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่กำลังประสบกับปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยเป็นสิ่งเร้าตรงที่ญาติผู้ดูแลกำลังเผชิญอยู่ ส่งผลให้มีการทำงานของกลไกที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ และ กลไกการควบคุม ทำงานประสานกันแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาพึ่งกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการปรับตัวโดยรวม และ รายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาพึ่งกันของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือทางกฎหมายกับผู้ป่วย โดยเป็นผู้ที่ดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 140 คน คำนวณจากจำนวนประชากรผู้ที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 26 (คลินิก ซีเอพีดี) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 216 คน โดยใช้สูตรของยามานะ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมานานมากกว่า 1 เดือน สามารถสื่อสารโดยวิธีการพูด และฟังภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

2. แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3. แบบประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของรอย และจากการทบทวนทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะประเมินการปรับตัวของผู้ดูแล 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยคำถามเป็นพฤติกรรมหรือรู้สึกในด้านบวก มีจำนวน 18 ข้อ และพฤติกรรม หรือรู้สึกในด้านลบ มีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ โดยมีความหมาย คือ “ไม่เลย” หมายถึง ไม่มีพฤติกรรม หรือไม่มีความรู้สึกตามข้อนั้นเลย “น้อยมาก” หมายถึง มีพฤติกรรม หรือรู้สึก ตามข้อนั้นเพียงเล็กน้อย “บางครั้ง” หมายถึง มีพฤติกรรม หรือรู้สึกตามข้อนั้นเป็นครั้งคราว/ บางเวลา “มาก” หมายถึง มีพฤติกรรม หรือรู้สึกตามข้อนั้นบ่อยๆ และ “มากที่สุด” หมายถึง มีพฤติกรรม หรือรู้สึกตามข้อนั้นเป็นประจำ และมีเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก

ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

น้อยมาก ให้ 2 คะแนน

บางครั้ง ให้ 3 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

ข้อความเชิงลบ

ไม่เลย ให้ 5 คะแนน

น้อยมาก ให้ 4 คะแนน

บางครั้ง ให้ 3 คะแนน

มาก ให้ 2 คะแนน

มากที่สุด ให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และนำไปทดสอบกับญาติผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาความสอดคล้องภายใน ได้เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โดย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างทราบในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูลได้ โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และจะไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ ของผู้ที่ท่านดูแลอยู่ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอผลของการศึกษาโดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ขอให้ลงนาม หรือประทับลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อญาติผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตรวมข้อมูล
2. ภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายพยาบาล และหัวหน้าห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 3 (เบอร์ 26) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย
3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสำรวจคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตามคุณสมบัติที่กำหนด
4. ผู้วิจัยเชิญญาติผู้ดูแลเข้าไปในห้องที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งเป็นห้องที่เงียบสงบ เพื่อตอบแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับญาติผู้ดูแล โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างทราบ ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นคนอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังโดยไม่อธิบายเพิ่มเติมใด ๆ
6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายด้านและโดยรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งระดับการปรับตัวจากคะแนนโดยรวมและรายด้าน ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยพิจารณาระดับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุด จากข้อมูลที่เป็น rating scale 5 ระดับ ผู้วิจัยแปลผลโดยใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (intervals from the range) เป็นวิธีที่ยูบระดับจาก 5 ระดับ เป็นการแปลผลเพียง 3 ระดับ ตามขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Roy & Andrews, 1999; Roy, 2009) มีเกณฑ์และการแปลผลดังนี้

1. ระดับการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (integrated level of adaptation) แสดงถึงความสามารถในการทำงานประสานกันได้อย่างเหมาะสมของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ

ผู้ดูแลได้ดี ในการศึกษานี้จะแปลผลช่วงคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00 ซึ่งหมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง

2. ระดับการปรับตัวระยะชดเชย (compensatory level of adaptation) แสดงถึง การตอบสนองทางการรับรู้ที่เกิดจากการการกระตุ้นการทำงานของ กลไกการควบคุม และ กลไกการคิดรู้ ทำให้เกิดกระบวนการปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี ในการศึกษานี้จะแปลผลช่วงคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 ซึ่งหมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง

3. ระดับการปรับตัวที่อยู่ในภาวะอันตราย/ ไม่ดี (compromised level of adaptation) แสดงถึงระดับการปรับตัวที่ยังไม่เพียงพอ ไม่สามารถไปถึงระดับการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ และระดับการปรับตัวระยะชดเชย ในการศึกษานี้จะแปลผลช่วงคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 31 - 50 ปี ร้อยละ 60.71 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.57 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 57.86 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.14 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.14 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 20.71 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.14 และ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับผู้ป่วย โดยเป็น บุตร/ หลาน ร้อยละ 48.57 สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัว มีจำนวนส่วนใหญ่ ตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 73.57 ซึ่งทุกคนอาศัยร่วมกันอยู่ในบ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วย โดยรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 27.86 และมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 61.43

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ มาก่อน ร้อยละ 99.29 มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 96.43 และได้รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด คือ มากกว่า 3 ปี ร้อยละ 60.72 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่พบปัญหาขณะให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ ส่วนบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เน้นการดูแล และปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ดังนั้นผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการลงมือปฏิบัติทุกขั้นตอนด้วยตัวเอง

การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่าคะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.30 – 4.60 (ตารางที่ 1) และการปรับตัวรายด้าน ดังนี้ การปรับตัวด้านร่างกาย (ตารางที่ 2) พบว่าคะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.44 – 4.77 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (ตารางที่ 3) พบว่าคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.53 - 4.83 แต่พบว่าการปรับตัวเกี่ยวกับความรู้สึกกังวลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (ตารางที่ 4) พบว่าคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.95 – 4.90 การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (ตารางที่ 5) พบว่าคะแนนการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันของญาติผู้ดูแล มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.44 – 4.55



ตารางที่ 1 การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัว (n = 140)

การปรับตัวของญาติผู้ดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับการปรับตัว
คะแนนการปรับตัวรายด้าน			
- การปรับตัวด้านร่างกาย	4.60	0.71	สูง
- การปรับตัวด้านอารมณ์ทัศนคติ	4.48	0.92	สูง
- การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	4.52	0.86	สูง
- การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยกัน	4.30	1.01	สูง
คะแนนการปรับตัวโดยรวม	4.48	0.88	สูง

ตารางที่ 2 การปรับตัวด้านร่างกายของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัว (n = 140)

ด้านร่างกาย	$\bar{X}$	SD	ระดับการปรับตัว
- ท่านรู้สึกหายใจไม่เต็มอิ่ม*	4.77	0.60	สูง
- ท่านรู้สึกว่าร่างกายทรุดโทรมลง*	4.69	0.73	สูง
- ท่านนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน	4.64	0.66	สูง
- ท่านมีสมาธิในการทำงานเป็นปกติ	4.65	0.62	สูง
- ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	4.57	0.74	สูง
- ท่านขับถ่ายได้ตามปกติ	4.54	0.76	สูง
- เมื่อท่านรู้สึกปวดหรือไม่สบาย ท่านสามารถจัดการกับความปวดหรือไม่สบาย ของท่านได้	4.48	0.67	สูง
- ท่านรับประทานอาหารได้ตามปกติ	4.44	0.82	สูง

หมายเหตุ * หมายถึง พฤติกรรม หรือรู้สึกในด้านลบ

ตารางที่ 3 การปรับตัวด้านทัศนคติของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัว (n = 140)

ด้านทัศนคติ	$\bar{X}$	SD	ระดับการปรับตัว
- ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการดูแลผู้ป่วย	4.83	0.48	สูง
- ท่านยอมรับในการเจ็บป่วยจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่ท่านดูแล	4.80	0.51	สูง
- ท่านรู้สึกว่าท่านมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย	4.77	0.53	สูง
- ท่านรู้สึกว่ารูปร่างของท่านมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วย*	4.67	0.83	สูง
- ท่านรู้สึกมีความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย	4.59	0.79	สูง



ตารางที่ 3 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัว (n = 140) (ต่อ)

ด้านอัตมโนทัศน์	$\bar{X}$	SD	ระดับการปรับตัว
- ท่านรู้สึกว่าคุณเองสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่กำลังเป็นไปในขณะดูแลผู้ป่วยได้	4.16	0.79	สูง
- ท่านรู้สึกกังวลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย*	3.53	1.37	ปานกลาง

หมายเหตุ * หมายถึง พฤติกรรม หรือรู้สึกในด้านลบ

ตารางที่ 4 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัว (n = 140)

ด้านบทบาทหน้าที่	$\bar{X}$	SD	ระดับการปรับตัว
- ท่านต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยได้เต็มเวลา*	4.90	0.50	สูง
- เมื่อต้องดูแลผู้ป่วย ท่านทำหน้าที่ในฐานะบิดา/ มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร ได้ตามปกติ	4.84	0.47	สูง
- ท่านสามารถปรับเวลา หรือลักษณะการทำงานของงาน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้	4.54	0.77	สูง
- แม้ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ท่านมีอาชีพเสริม นอกเหนืองานที่ท่านทำอยู่เป็นประจำ	3.95	1.15	สูง

หมายเหตุ * หมายถึง พฤติกรรม หรือรู้สึกในด้านลบ

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการปรับตัวโดยรวม และรายด้านในด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยกันของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูงทุกด้าน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสิ่งเร้าตรง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 ปี และกำลังประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ และ ด้านเศรษฐกิจ สิ่งเร้าร่วมเป็นสิ่งเร้าอื่น ๆ ของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเครียด บทบาทหน้าที่การพึ่งพาอาศัยกัน ล้วนมีอิทธิพลของสิ่งเร้าตรง และมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแล อีกทั้งประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ทัศนคติ ลักษณะนิสัย และบุคลิกภาพเดิมของญาติผู้ดูแล เป็นสิ่งเร้าแฝงที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล สิ่งเร้าดังกล่าวเป็นตัวกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลตอบสนองการปรับตัว โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องพบว่าญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ดังนี้

1. การปรับตัวโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้ดี สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ การปรับตัวที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 50 ปี ร้อยละ 60.71 ซึ่งอายุเป็นตัวบ่งชี้ของวุฒิภาวะ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของญาติผู้ดูแล ทำให้สามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.57 อีกทั้งสถานะภาพโสด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาระดูแลครอบครัวตัวเอง และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าการศึกษามีผลต่อการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งในญาติผู้ดูแลที่มีสุขภาพแข็งแรง จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

การศึกษารังนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยเฉลี่ยมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 60.72 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยกิจกรรมที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำได้เอง ได้แก่ การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การบันทึกปริมาณน้ำยาเข้า และออกจากร่างกาย การบันทึกน้ำหนักตนเอง การรับประทานอาหาร และยา การทำความสะอาดแผล และการทำความสะอาดร่างกาย การสังเกตภาวะน้ำหนักเกิน อีกทั้งยังสามารถสังเกตอาการ หรือความผิดปกติเบื้องต้น กิจกรรมเหล่านี้ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลจัดการตนเองด้านร่างกายได้ดี ดังนั้นจึงไม่พบปัญหาในด้านการปรับตัวทางด้านการร่างกายของญาติผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณกุล, เชื้อมงคล, สิริภา, ช่างศิริกุลชัย, จิรายุทธ, จันทร์-มา, ชญานิศ, บุญนาศักดิ์, และ ธนทรัพย์ ลิลาทรัพย์วงศ์ (Chuemongkon, Changsirikulchai, Janma, Boon-nasak, & Leelasubwong, 2016) พบว่าผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องส่วนใหญ่มีความรู้ และสามารถดูแลตนเองได้ในระดับดี ข้อมูลข้างต้นได้สนับสนุนการศึกษา งานวิจัย และพบว่าญาติผู้ดูแลจึงไม่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เหมือนกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ญาติต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ค้นตามผิวหนัง เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นภาวะไม่สุขสบายของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค แต่ยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เพื่อแบ่งเบาภาระของญาติผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่าญาติผู้ดูแลจะมีการปรับตัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น ถ้าหากญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี จะช่วยให้เผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ (Morrakot & Nilmanat, 2013)

2. การปรับตัวด้านร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.14 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถรักษาสุขภาพสมดุทางด้านร่างกาย โดยการปรับตัวตามความต้องการพื้นฐานของร่างกายได้ในขณะที่ทำการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีสมาธิในการทำงาน ไม่มีรู้สึกเหนื่อย รับประทานอาหารได้ การขับถ่ายปกติ ร่างกายไม่ทรุดโทรม สามารถจัดการกับความปวดได้ สามารถนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ค้นตามผิวหนัง เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นภาวะไม่สุขสบายของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค แต่ยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เป็นการแบ่งเบาภาระของญาติผู้ดูแล โดยกิจกรรมที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำได้เอง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวด้านร่างกายได้ดี จึงพบการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีณยา, แสงมณี และคณะ (Saengmanee et al., 2012) พบว่าญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวด้านร่างกายได้ สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยที่ดูแลเป็นผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ญาติผู้ดูแลอาจช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย คืออาบน้ำ แต่งตัว ออกกำลังกาย พึงเดินหรือช่วยเคลื่อนไหว ทำความสะอาดหลัง ขับถ่าย เตรียมอาหารและจัดยาให้

3. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ให้การดูแล และยอมรับในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แต่ยังมีความรู้สึกกังวลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความรู้สึกวิตกกังวล หรือกลัว เป็นการแสดงพฤติกรรมการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองคิดไว้ หากไม่สามารถปรับตัวได้ (Roy, 2009) ญาติผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวด้านด้านอัตมโนทัศน์ได้ดี ควรได้รับความช่วยเหลือ และการส่งเสริมการปรับตัวในด้านอัตมโนทัศน์ และมีหลายการศึกษาพบว่าเมื่อญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวด้านร่างกายที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ดี (Khiewchaum, 2009; Saengmanee et al., 2012) อีกทั้งยังพบว่าในญาติผู้ดูแลที่มีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากความต้องการที่จะได้รับรางวัล ความเพลิดเพลิน และได้เรียนรู้ (Hunt, 2003) และในบริบทของไทย การดูแลบุพการีเป็นการแสดงความกตัญญู เป็นความรับผิดชอบ และหน้าที่ของบุตรหลาน ทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระ เป็นการให้ความช่วยเหลือญาติในครอบครัวเป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือโดยไม่รับค่าจ้าง หรือรางวัลเป็นสิ่งตอบแทน (Rukyingchareon, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธัญญา แสงมณี และคณะ (Saengmanee et al., 2012) ได้ศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน พบว่าญาติผู้ดูแลญาติผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก เจตคติต่อตนเอง โดยเลือกที่จะดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะเลือกงาน เนื่องจากผู้ป่วยมีบุญคุณเลี้ยงดูตนเองมา ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสามารถ อีกทั้งญาติผู้ดูแลพยายามหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแล และเรียนรู้ที่จะดูแล ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดความมั่นคง และความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังพบว่าภายหลังจากการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาได้ และอาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ญาติผู้ดูแลจึงเริ่มดูแลภาพลักษณ์ของตนเองมากขึ้น ทำให้มีภาพลักษณ์ดีขึ้น

4. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ในฐานะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร ได้ตามปกติ ไม่ต้องลาออกจากงานประจำ และสามารถปรับเวลา หรือลักษณะการทำงาน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นตามระยะเวลาการดูแลที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (Cheewapoonphon, 1998) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ดี และพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยา และส่วนใหญ่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ที่เคยทำ สามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมานาน สามารถบริหารจัดการเวลาได้ สามารถทำงานนอกบ้านได้ตามปกติ จากการปรับตัวที่ดีของญาติผู้ดูแลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยในขณะที่ยังทำงานนอกบ้านได้ และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง (Saengmanee et al., 2012; Sirapo-ngam, 2012) ในการศึกษานี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 57.86 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 61.43 อาจทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิม จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการกระทำตามบทบาทหน้าที่ และมีความเต็มใจที่จะให้การดูแลต่อไป เพื่อเป็นการตอบแทนคุณกับผู้ป่วยที่เคยให้ความเมตตาแก่ญาติผู้ดูแลมาก่อน (Saengmanee et al., 2012) และแตกต่างจากการศึกษาของ เพ็ญศิริ มรกต และ กิตติกร นิลมานัต (Morrakot & Nilmanat, 2013) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากระยะเวลาในการรับทราบของการเจ็บป่วย และการดูแลของการศึกษานี้อยู่ในระยะเวลาเพียงสั้น ๆ เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่ได้เตรียมการมาก่อน ทำให้ญาติต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ค่อนข้างมาก ในการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะเวลา 1 เดือน – 1 ปี และรับรู้จาก

แพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ที่ 2 – 3 วัน ร้อยละ 52 ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกมีภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย มีเวลาพบปะบุคคลรอบข้างน้อย เนื่องจากต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย หรืออาจต้องเสียสละลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ในฐานะสมาชิกของกลุ่มเพื่อน หรือสังคม และยังคงต้อง เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

5. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ยอมรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น อีกทั้งการศึกษานี้พบว่า เป็นครอบครัวขนาดใหญ่ มีสมาชิกตั้งแต่ 4 คน ร้อยละ 73.57 และทุกคนอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนว่าสมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือ พึ่งพากันในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลจะไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ มาก่อน ร้อยละ 99.29 อีกทั้งยังพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล โดยให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ ความเข้าใจ การให้คำปรึกษา จะทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น และส่งผลดีต่อการปรับตัว (Mukkaew, 2007) แต่ในการศึกษาดังกล่าวพบว่า ญาติผู้ดูแลอาจจะพร่องความรู้ ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค การรักษา หรือได้รับคำแนะนำที่ยังไม่เพียงพอ จึงทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย โดยมีคะแนนระดับการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปรับตัวของญาติผู้ดูแลขึ้นอยู่กับ การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนด้านรายได้ จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถเลือกได้ว่าจะพึ่งตนเอง และผู้อื่นในเรื่องใด เมื่อตนเองมีความรู้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังสามารถให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Saengmanee et al., 2012) อีกทั้งแตกต่างจากการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีระดับคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่รู้ถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือ และ การขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่นน้อย (Morrakot & Nilmanat, 2013)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษานี้ทำให้ทราบว่า การปรับตัวทั้ง 4 ด้านของผู้ดูแลแม้ว่าในภาพรวมจะสูง หมายถึงปรับตัวได้ดี แต่การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ญาติผู้ดูแลอาจจะพร่องความรู้ ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค การรักษา หรือได้รับคำแนะนำที่ยังไม่เพียงพอ จึงทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย โดยมีคะแนนระดับการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องนำไปปรับปรุงการจัดบริการดูแลเพิ่มเติม เพิ่มเติมศักยภาพของผู้ดูแล และเน้นให้มีการนำญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมตั้งแต่การสอนก่อนออกโรงพยาบาล

2. ด้านการศึกษาผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในเรื่องการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแล หรือศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ

2. ควรมีพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่ได้รับการดูแล 3 เดือน ถึง 1 ปีแรก



References

- Baillie, J., & Lankshear, A. (2015). Patient and family perspectives on peritoneal dialysis at home: Findings from an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 222-234.
- Boudville, N., Kemp, A., Clayton, P., Lim, W., Badve, S. V., Hawley, C. M., ... Johnson, D. W. (2012). Recent peritonitis associates with mortality among patients treated with peritoneal dialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 23(8), 1398-1405.
- Buengmoon, B. (2009). *Caregiver activities in providing care for patients with hemiplegia at home* (Independent Study in Master of Nursing Science program). Khonkhan University, Thailand. (in Thai)
- Cheewapoonphon, C. (1998). *Effect of patients' health, caregivers' sense of coherence, and caregiving burden on adaptation of family caregiver of patients with advanced cancer*. Bangkok: Mahidol University.
- Chow, S. K. Y., Wong, F. K. Y., & Poon, C. Y. F. (2007). Coping and caring: Support for family caregivers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7b), 133-143.
- Chuemongkon, W., Changsirikulchai, S., Janma, J., Boonnasak, C., & Leelasubwong, T. (2016). Self-care knowledge and quality of life in chronic end stage renal disease patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center Hospital. *Srinagarind Medical Journal*, 31(1), 47-58.
- Chunlertrith, D., Adulwatanasiri, M., & Klomjit, C. (2008). Peritoneal dialysis: Peritoneum anatomy. In S. Eiam-Ong, K. Tungsanga, O. Jittinun, T. Kanjanabuch, D. Lumlertgul, & P. Thanakitcharu (Eds.), *Textbook of peritoneal dialysis* (pp. 87-100). Bangkok: Text and Journal.
- Costantini, L. (2006). Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients. *CANNT Journal*, 16(4), 22-26.
- Dhanakijcharoen, P., Sirivongs, D., Aruyapitipan, S., Chuengsaman, P., & Lumpaopong, A. (2011). The "PD First" policy in Thailand: Three-years experiences (2008-2011). *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(4), 153-161.
- Dong, J., Chen, Y., Luo, S., Xu, R., & Xu, Y. (2013). Peritoneal protein leakage, systemic inflammation, and peritonitis risk in patients on peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 33(3), 273-279.
- Fan, S. L. S., Sathick, I., McKitty, K., & Punzalan, S. (2008). Quality of life of caregivers and patients on peritoneal dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(5), 1713-1719.
- Fan, X., Huang, R., Wang, J., Ye, H., Guo, Q., Yi, C., ... Yang, X. (2014). *Risk factors for the first episode of peritonitis in Southern Chinese continuous ambulatory peritoneal dialysis patients*. Retrieved from <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0107485>
- Fresenius Medical Care. (2012). *ESRD Patients in 2011: A global perspective*. Retrieved from http://www.vision-fmc.com/files/download/ESRD/ESRD_Patients_in_2011.pdf



- Fresenius Medical Care. (2017). *ESRD Patients in 2012: A Global perspective*. Retrieved from https://www.freseniusmedicalcare.com/fileadmin/data/com/pdf/investors/NewsPublications/Annual_Reports/2016/FMC_AnnualReport_2016_en.pdf
- Hunt, C. K. (2003). Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 27-32.
- Jun-O, K., & Topanthanont, S. (2008). Nursing care of peritonitis in CAPD patients. In S. Eiam-Ong, K. Tungsanga, O. Jittinun, T. Kanjanabuch, D. Lumlertgul, & P. Thanakitcharu (Eds.), *Textbook of peritoneal dialysis* (pp. 307-309). Bangkok: Text and Journal.
- Khiewchaum, R. (2009). *The effects of using a clinical nursing guideline for caregivers' preparation in caring for patients with traumatic brain injury* (Independent Study in Master of Nursing Science program). Mahidol University, Thailand.
- Morrakot, P., & Nilmanat, K. (2013). *The effect of program promoting the adaptation of family caregivers in caring for end-of-life patients with chronic illness* (Independent Study in Master of Nursing Science program). Prince of Songkla University, Thailand.
- Mukkaew, A. (2007). *Adaptation of care givers for Aids Patients in the family: A case study of Samut Prakan Province*. Bangkok: Chulalongkorn University.
- National Health Security Office. (2012). *Management manual for national health security office budget management for chronic kidney disease patients* (3rd ed.). Bangkok: Srimuang printing.
- National Health Security Office. (2017). *Report for establishment of National Health Security program for fiscal year 2016*. Bangkok: Abiz inter group.
- Praditpornsilpa, K. (2008). Report of the Thailand renal replacement therapy. In S. Eiam-Ong, K. Tungsanga, O. Jittinun, T. Kanjanabuch, D. Lumlertgul, & P. Thanakitcharu (Eds.), *Textbook of peritoneal dialysis* (pp. 46-61). Bangkok: Text and Journal.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model: The definitive statement*. California: Appleton & Lange.
- Roy, Sr. C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Rukyingchareon, K. (2014). Adaptivity of family caregivers of stroke patients. *Journal of Phrapokklao Nursing college*, 25(1), 90-98.
- Saengmanee, S., Arpanantikul, M., & Sirapo-ngam, Y. (2012). Adaptation of a working caregiver to a stroke patient. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(1), 119-133.
- Singmanee, C., Vannarit, T., & Tachaudomdach, C. (2017). Effect of family support on health behaviors among persons with end stage renal disease receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal*, 44(2), 78-88.
- Sirapo-ngam, Y. (2012). *Life of relative's caregivers of chronic patients. Academic conference: Caring for the family caregiver of chronic patients*, Bangkok; 4-9.
- Sit, J. W., Wong, T. K., Clinton, M., Li, L. S., & Fong, Y. M. (2004). Stroke care in the home: The impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 816-824.



- Srinim, N. (2007). *Coping experience of caregivers who provide care for stroke patients at home* (Independent Study in Master of Nursing Science program). Prince of Songkla University, Thailand.
- Suwannaphet, N. (2010). *Perception of health status of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients*. (Independent Study in Master of Nursing Science program). Khonkhan University, Thailand.
- Tangworapongchai, K., Theerasilp, Y., Thongbo, N., Mahatanan, N., Sriudom, K., Waree, M., ... Jeungsmarn, P. (2013). System management, practitioner program and home visit in Peritoneal Dialysis Department. In T. Kanianabut (Ed.), *Textbook of Practical Peritoneal Dialysis* (pp. 549-586). Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.
- Thathong, C. (2007) *Relationship between coping behavior of caregiver and family adaptation with cerebrovascular disease* (Independent Study in Master of Nursing Science program). Khonkhan University, Thailand.
- Uengtraku, S., Tangpukde, S., & Kaewmafa, J. (2014). Development care services model for patients with end stage renal disease who received the continuous ambulatory peritoneal dialysis at Roi Et Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 32(4), 49-59.
- Ukai, K., & Chantajirakhovit, N. (2007). Self-care agency and quality of life in end stage renal disease patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(3), 170-177.



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา*

อรรัญญา	เตชะนันท์**	Arunya	Tachanan**
เดชา	ทำดี***	Decha	Tamdee***
ศิริรัตน์	ปานอุทัย****	Sirirat	Panuthai****

Abstract

Health literacy is an essential factor for more effective self-management among older persons with breast cancer who receive radiation therapy. The purpose of this experimental research was to study the effect of a health literacy enhancement program on self-management among elderly patients with breast cancer receiving radiation therapy. The subjects consisted of 54 elderly patients with breast cancer who received services at the radiation therapy outpatient department of Lampang Cancer Hospital in Lampang Province. Simple random sampling was used, and participants were divided into 2 groups, an experimental group and a control group, with 27 patients in each. The experimental group participated in the health literacy enhancement program for a duration of 3 weeks, while the control group received usual care. The research instruments included the health literacy enhancement program, a personal data and illness questionnaire, and a questionnaire on self-management behavior for older breast cancer patients receiving radiotherapy. Research tools passed quality checks. The health literacy enhancement program obtaining a content validity index of 0.99, and the self-management behavior questionnaire's internal consistency had a Pearson's correlation coefficient of 0.97. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test statistics, and paired t-test statistics.

The results showed that mean self-management scores of radiotherapy-treated older persons with breast cancer who received the health literacy enhancement program were significantly higher than those who received usual care ($p < .001$) and greater than before receiving the health literacy enhancement program ($p < .001$).

The results of this research showed that the health literacy enhancement program resulted in better self-management, and could, therefore, be applied to promote continued self-management in older persons with breast cancer who have received radiation therapy.

Keywords: Health literacy enhancement program; Self-management; Older persons with breast cancer receiving radiation therapy

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

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

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

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



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาสามารถจัดการตนเอง มีประสิทธิภาพมากขึ้น การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 54 ราย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจับฉลากออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในด้วยวิธีทดสอบซ้ำได้ค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลของการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 12 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 27 พฤศจิกายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 1 ธันวาคม 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมจากสถิติโรคมะเร็ง 5 อันดับแรกในโลก พบโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับ 2 จำนวน 2.1 ล้านราย รองจากมะเร็งปอด (World Cancer Research Fund International, 2020) สำหรับประเทศไทยมีรายงานในปี พ.ศ. 2557 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติให้ข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก พบว่าในเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับแรก รองลงมาเป็นมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เกือบหนึ่งในสามของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (National Cancer Institute, 2020) ในสหรัฐอเมริกาพบแนวโน้มอัตราการเกิดและอัตราการตายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมในสตรีแยกตามช่วงอายุพบว่า กลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี พบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมร้อยละ 6 และมีอัตราการตายร้อยละ 3 กลุ่มอายุ 40-49 ปีพบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมร้อยละ 31 และมีอัตราการตายร้อยละ 8 กลุ่มอายุ 50-59 ปีพบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมร้อยละ 49 และมีอัตราการตายร้อยละ 18 กลุ่มอายุ 60-69 ปีพบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมร้อยละ 58 และมีอัตราการตายร้อยละ 24 และกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปพบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมร้อยละ 55 และมีอัตราการตายร้อยละ 48 (American Cancer Society [ACS], 2019) ส่วนข้อมูลของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2536-2560 จากข้อมูลระบาดวิทยาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุภาคเหนือของประเทศไทยพบอุบัติการณ์มะเร็งรายใหม่เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6 ต่อปี พบสูงสุดในช่วงอายุ 75-79 ปี แต่เมื่อเทียบกับสถิติการเกิดโรคมะเร็งในต่างประเทศทั่วโลกและภาพรวมในประเทศไทย พบว่ากลุ่มวัยผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มสูงมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความรุนแรงของโรคจากโรคร่วมหลายโรค มีความซับซ้อนของโรคและการรักษา และพบมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้มากกว่าวัยอื่น ๆ (Estate, 2018) ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตของสตรีสูงอายุจากโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าเมื่อเทียบกับสตรีในวัยอื่น ๆ (National Cancer Institute, Department of Medical Services, 2020; Pongnikorn et al., 2020)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุท่อน้ำนมส่วนปลายมีความผิดปกติ เซลล์มีการเจริญเติบโตแบบควบคุมไม่ได้ โดยผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งเต้านมเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกลไกทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับความชรา และการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีเกี่ยวกับกระบวนการซ่อมแซมสายพันธุ์กรรม และโครงสร้างของเซลล์เนื้อเยื่อภายในเต้านมผิดปกติจนกลายพันธุ์เป็นก้อนมะเร็ง แพร่กระจายผ่านทางกระแสเลือดและทางเดินระบบน้ำเหลืองไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป ได้แก่ ปอด ตับ สมอง และกระดูก (American Cancer Society [ACS], 2019) สำหรับการรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา ยาต้านฮอร์โมน ยาเคมีบำบัด รักษาแบบมุ่งเป้า และระบบภูมิคุ้มกันบำบัด (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2020) โดยการรักษาเหล่านี้จะรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นลำดับแรก ส่วนวิธีการรักษาอื่นข้างต้นให้เป็นการรักษาเสริมตามมาซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรคมะเร็ง โดยทั่วไปการรักษามะเร็งเต้านมในผู้สูงอายุพิจารณาการรักษาด้วยรังสีรักษาเสริมเกือบทุกราย ซึ่งจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เพียงอย่างเดียว การรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นการใช้รังสีพลังงานสูงผ่านจากภายนอกเข้าไปภายใน สามารถรักษาได้ทั้งก่อนและหลังจากการรักษาด้วยวิธีอื่น ช่วยชะลอการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านม และบรรเทาความทุกข์ทรมานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Stueber et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยรังสีรักษาจะได้รับผลกระทบหลายด้าน เช่น ด้านครอบครัว ความเจ็บป่วยทำให้บทบาทและการทำหน้าที่ลดลงจากเดิมต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น ด้านสังคม เป็นผลจากการแยกตัวการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ด้านสถานะทางเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้และต้องรับภาระรายจ่ายเพิ่ม ด้านร่างกาย เกิดความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา ส่งผลต่อด้านอารมณ์และจิตใจเกิดความเครียด กังวล หดหู่ใจ และภาวะซึมเศร้าตามมา โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษา ได้แก่ เกิดปฏิกิริยาทางผิวหนัง ภาวะคั่งของซีรัมหรือน้ำเหลือง

แขนง ข้อย่อยล้าอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ติดเชื้อได้ง่ายจากเม็ดเลือดทุกชนิดต่ำหรือภูมิคุ้มกันต่ำ ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษาที่เกิดขึ้น เป็นเหตุมาจากผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ การจดจำข้อมูล การแสวงหาข้อมูล และการเข้าถึงแหล่งบริการข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ ไม่สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเองได้ ส่งผลให้อาการที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสีรักษาคงอยู่เป็นระยะเวลายาวนาน หรือเรื้อรัง และเพิ่มความเสี่ยงรุนแรงขึ้นได้แม้การรักษาจะเสร็จสิ้นก็ตาม (Tesarova, 2013)

การจัดการตนเองเป็นความสามารถในการใช้ทักษะจัดการกับภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งการจัดการตนเองประกอบด้วย การจัดการด้านการแพทย์ เช่น การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การเลือกโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสีรักษา และการสื่อสารกับทีมบุคลากรทางสุขภาพ การจัดการด้านบทบาท เช่น การปรับบทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาททางสังคม การจัดการด้านอารมณ์ เช่น การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย และกลัวการกลับเป็นโรคร้าย การอยู่ร่วมกับโรค การควบคุมและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และภาวะแทรกซ้อนภายใต้สรีระที่มีการเปลี่ยนแปลงไป (Lorig & Holman, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองคือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ อายุ (Hou et al., 2018) การรับรู้ทางสังคม การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งบริการด้านสุขภาพ (Chang et al., 2019) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านบวกได้แก่ ระดับการศึกษา (Hou et al., 2018) ระยะเวลาในการอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Hoffman et al., 2011; Lee, Lee, Oh, & Kim, 2013) และความรู้ด้านสุขภาพ (Hou et al., 2018) ปัจจัยดังกล่าวล้วนมีผลต่อการใช้ทักษะของบุคคลที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีอิทธิพลกับการจัดการตนเองที่สำคัญในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านม

ความรู้ด้านสุขภาพคือความสามารถในการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของแต่ละบุคคลในการกำหนดแรงจูงใจในการเข้าถึง เข้าใจ และข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับใช้ในการสื่อสาร และระดับมีวิจารณญาณ (Nutbeam, 2015) เพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดงที่เป็นข้อบ่งชี้ การรักษาและการจัดการตนเองเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา การมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง เช่น การจัดการกับอาการแทรกซ้อนจากภาวะแขนงวม และข้อไหล่ติด แสบร้อน แดง หรือเป็นแผลบริเวณที่รับรังสีรักษา การตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค อาการนอนไม่หลับจากความเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 85.1 ทำให้มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่แย่ลง (Bozkurt & Demirci, 2019) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา (Hou et al., 2018) สถานะเศรษฐกิจและสังคม (Chiu et al., 2020) แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว (Trinathawan, Wirojratana, & Watanakukrilt, 2019) การเข้าถึงข้อมูลและการบริการด้านสุขภาพ (Auttama & Seangpraw, 2019) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วย ตลอดจนการเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาต่าง ๆ ให้มีความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้นำไปสู่การจัดการตนเองได้จึงมีความสำคัญยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีหลากหลายวิธีและรูปแบบ การสอนให้ความรู้ตามทฤษฎีมีด้าโกกิ (Medagogy) เป็นการสอนโดยใช้หลักการสอนของ พิตส์ (PITS model) (Stewart, 2012) รูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการสอนผู้ป่วยให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของตนเองโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ การประเมินผู้ป่วยและการให้ข้อมูลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคลตามสถานะความเจ็บป่วย



ทางสุขภาพกายและทางสุขภาพจิตตามแต่ละบุคคล โดยแบ่งออกเป็นแต่ละกลุ่มคือ 1) ก่อนการเกิดโรค เช่น บุคคลในครอบครัวมีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรค กรรมพันธุ์ หรือการมีพฤติกรรมเสี่ยง 2) ค้นพบโรค เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อน 3) มีความรุนแรงของโรคต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับทีมบุคลากรทางการแพทย์

รูปแบบการสอนของ พิตส์ (PITS model) (Stewart, 2012) มีการจัดลำดับเนื้อหาให้มีความเชื่อมโยงกันตามตัวอักษรย่อ PITS ดังนี้ 1) P (pathophysiology): พยาธิสรีระวิทยา 2) I (indication): ข้อบ่งชี้อาการและอาการแสดง 3) T (treatment): การรักษาที่เป็นมาตรฐาน และ 4) S (specific): เป็นข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มค้นพบโรคซึ่งการรักษาด้วยรังสีรักษามักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขึ้นได้หลังสัปดาห์แรกของการรักษา ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยจะรับข้อมูลเข้าในความจำ ติดตามความเข้าใจที่ได้รับผสมผสานระหว่างข้อมูลเก่ากับข้อมูลใหม่ นำมาประมวลผลทั้งของผู้สอน และของตัวผู้ป่วยเอง เป็นการติดตามภายในส่วนลึกของจิตใจ และมีการใช้เทคนิคสะท้อนคิด วิเคราะห์ และสอนกลับเพื่อเป็นการทบทวนความจำเกิดความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของตนเอง จนสามารถเก็บข้อมูลในความจำระยะยาว สามารถนำข้อมูลตามที่ได้รับรู้และสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปสู่การตัดสินใจของบุคคล และเข้าสู่กระบวนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกในแต่ละช่วงระยะการดำเนินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การป้องกัน ปฏิบัติการตอบสนอง และการฟื้นฟู (Stewart, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุด้วยวิดีโอเทปและคอมพิวเตอร์ พบว่ามีผลทำให้มีความรู้ ความพึงพอใจ และการตัดสินใจที่ดี (Gysels & Higginson, 2007) การสอนให้ความรู้เพื่อการรักษาโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการมีส่วนร่วมส่งผลให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Champarnaud et al., 2020) การสอนเนื้อหาแบบเป็นหมวดหมู่ตามอักษร PITS และใช้เทคนิคการสอดแทรกการสะท้อนความคิดและการสอนกลับในแต่ละเนื้อหาเป็นผลให้จดจำข้อมูลได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพดีขึ้น (Cooray, Morrissey, Waidyarathne, & Ball, 2018) อย่างไรก็ตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้หลักการสอนของพิตส์ (Stewart, 2012) เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยสูงอายุมีความซับซ้อนของโรคร่วมหลายโรคที่เกี่ยวข้องกับการชราภาพ เช่น มักมีข้อจำกัดในการจดจำข้อมูลเนื้อหาและการทำความเข้าใจ การรับรู้ และการสื่อสาร เป็นต้น และการใช้แนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักการสอนของ พิตส์ (Stewart, 2012) สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง (health expert) ได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาพบปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุด้านการจดจำข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในระยะเวลา และมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้หลักการสอนของพิตส์ (Stewart, 2012) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาในเรื่องความสามารถในการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ



2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดมีดาก็อกกี (Medagogy) ของ สจ๊วต (Stewart, 2020) โดยประเมินแยกผู้ป่วยตามกลุ่มได้แก่ ก่อนการเกิดโรค ค้นพบโรค และต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะประเมินไปถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ และการจดจำข้อมูล โดยนำในส่วนรูปแบบจำลองการสอนตามหลักพิตส์ (PITS model) (Stewart, 2012) เป็นแนวทางของโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยที่บุคลากรสุขภาพแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาด้วยการจัดวิธีการสอนเรียงตามตัวอักษรย่อ PITS คือ P (pathophysiology): พยาธิสรีระวิทยา 2) I (indication): ข้อบ่งชี้อาการและอาการแสดง 3) T (treatment): การรักษาที่เป็นมาตรฐาน และ 4) S (specific): เป็นข้อมูลการรักษาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ระหว่างการแลกเปลี่ยนข้อมูลจะใช้เทคนิคการสะท้อนคิด (reflection) เพื่อให้ผู้สูงอายุมะเร็งเต้านมใช้ทักษะของตนเองในการคิดวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลเดิมที่มีอยู่ (Ingestion) ประมวลผลเชื่อมโยงข้อมูลตามสถานะความเจ็บป่วยของตนเองแล้วตีความตามความเข้าใจที่ได้รับของผู้สูงอายุแต่ละราย (individual interpretation) ซึ่งกระบวนการนี้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถคิดทบทวนถึงพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองที่ผ่านมา ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปข้อจำกัดในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุได้ จากนั้นนำข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าวมาสู่การให้สอนย้อนกลับ 10 ขั้นตอน (teach back ten steps) ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับมีวิจารณ์ญาณ ทำให้สามารถประเมินความเข้าใจและช่วยจดจำข้อมูลในความจำระยะยาวได้ดียิ่งขึ้น และสามารถนำข้อมูลมาตัดสินใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อการจัดการตนเองที่ดี และตอบสนองต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองอย่างเหมาะสมที่สุด นำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ การจัดการทางการแพทย์ การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษามีการจัดการตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-posttest design) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง โดยมารับการรักษาในแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 54 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง โดยมารับการรักษาในแผนกรังสีรักษาโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ครั้ง
2. มีประวัติอาการแทรกซ้อนจากการรักษา
3. มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีคะแนนไม่เกิน 42.00 คะแนน
4. มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยคะแนนไม่สูงเกิน 96 คะแนน
5. มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป
6. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
7. สามารถสื่อสารด้วยการ ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
8. สนใจและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย



9. มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ ที่สามารถใช้ไลน์แอปพลิเคชันได้

เกณฑ์การคัดออก

1. มีการลุกลามของโรคมะเร็งเต้านมโดยได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียว

2. มีวิธีการรักษาอื่นร่วมกับการรักษาด้วยรังสีรักษา

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อยุติกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด เนื่องจากย้ายภูมิลำเนา เสียชีวิต เข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ

2. ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากกรวิจัย หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต่อ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 54 ราย เข้าร่วมโปรแกรมครบตามกำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 27 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 27 ราย โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (sampling random) ด้วยการหยิบรายชื่อจากทั้งหมด 54 รายชื่อในกล่องใบแรก และสุ่มหยิบหมายเลขที่กำหนดในกล่องใบที่ 2 โดยให้หมายเลข 1 แทนกลุ่มควบคุม และหมายเลข 2 แทนกลุ่มทดลอง การสุ่มแต่ละครั้งจะไม่ใส่คืนกลับรายชื่อที่ถูกสุ่มจะมีโอกาสเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health, 2018) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป ถือว่ามีการรู้คิดปกติ

2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2014) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 12 ขึ้นไป ถือว่าสามารถช่วยเหลือตนเองได้

3. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำผลศิริ (Nophakroh, Chintanawat, & Khampolsiri, 2017) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ ได้แก่ คำถามด้านลบ คือ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 5 ข้อ คำถามด้านบวก ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน 5 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณ์ญาณ 4 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนสูงมีช่วงคะแนน 42.01 - 56.00 คะแนน ถือว่ามีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง คะแนนต่ำมีช่วงคะแนน 14.00-28.00 คะแนน ถือว่ามีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ธิรัตน์ หนชัย, ประทุม สร้อยวงศ์, และ นาดา ลักคนหทัย (Honchai, Soivong, & Lukkahatai, 2013) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน มีทั้งหมด 32 ข้อ ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา มี 18 ข้อ การจัดการด้านบทบาทมี 6 ข้อ และการจัดการด้านอารมณ์มี 8 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32-128 คะแนน คะแนนสูงมีช่วงคะแนน 97.00 - 128.00 ถือว่ามีความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองดี คะแนนต่ำมีช่วงคะแนน 32.00 - 64.00 คะแนน ถือว่ามีความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่ดี



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management
Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ คู่มือหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคมะเร็งเต้านมเกี่ยวกับพยาธิสภาพและสรีระวิทยา ข้อบ่งชี้ อาการและการแสดง การรักษา และแนวทางการจัดการตนเอง

2. แบบประเมินความเข้าใจของบุคคล (Understanding Personal Perception Scale: UPP scale) ฉบับภาษาไทยของ วิชาญ ใจมาลัย, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ พนิดา จันทโสภีพันธ์ (Personal communication, October, 31, 2021) ประเมินด้วยคำถาม 2 ข้อ เป็นมาตรวัดโดยการใช้สัญลักษณ์ แบ่งระดับความเข้าใจเป็น 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง มีความกระจ่างชัดในข้อมูลที่ได้รับ และ 5 หมายถึงผู้ป่วยมีความสับสนไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ

3. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ฉบับภาษาไทยของ จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Nophakroh et al., 2017) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนคือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนสูงมีช่วงคะแนน 42.01 - 56.00 คะแนน ถือว่ามีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง คะแนนต่ำมีช่วงคะแนน 14.00 - 28.00 คะแนน ถือว่ามีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนและแหล่งรายได้ อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย สิทธิการรักษาพยาบาล คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา อาการแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษา และโรคร่วมอื่น ๆ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ฮิดารัตน์ หนชัย และคณะ (Honchai et al., 2013) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32-128 คะแนน คะแนนสูงมีช่วงคะแนน 97.00 - 128.00 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมจัดการตนเองดี คะแนนต่ำมีช่วงคะแนน 32.00 - 64.00 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ดี

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ คู่มือหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อการสอนวีดิทัศน์แบบออนไลน์ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยาจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการตนเองโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 2 ท่าน เมื่อได้รับข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ก่อนนำไปใช้ในการทดลองต่อไป

2. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ฮิดารัตน์ หนชัย และคณะ (Honchai et al., 2013) และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยาจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการตนเองโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 1 ท่าน และพยาบาล



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management
Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 2 ท่าน และนำไปตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.99

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความคงที่ (stability) กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ และคำนวณค่า Pearson's correlation coefficient ได้เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยขอพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งผ่านการรับรองเลขที่โครงการ: 034/2565 รหัสโครงการ: EXP013 และนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ในช่วงของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาให้รับทราบโดยละเอียด และแจ้งว่าการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ในการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ โดยผลการวิจัยนำเสนอเป็นแบบภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น ในระหว่างที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องรอให้สิ้นสุดและไม่ต้องแจ้งเหตุผลใด ๆ ต่อผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้จัดการทำการทดลองให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2565 และมีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่เก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (single-blinding)

ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และเตรียมผู้ช่วยวิจัย เก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แจกเอกสารประกาศเพื่อประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการวิจัย และขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยเครื่องมือคัดกรองตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างใหม่แบบไม่แทนที่จนได้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ครบทั้งหมด 54 ราย ทำการสุ่มอย่างง่ายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด และการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง

แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน จัดกิจกรรมช่วงเช้าจำนวน 4 ครั้ง สอนในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ 2 โดยสอนสองวันในแต่ละสัปดาห์ สอนครั้งละ 1 ชั่วโมง และสอนรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 30 นาที ดำเนินกิจกรรม ณ ห้องประชุมอาคารรังสีรักษาในแผนกรังสีรักษาของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สอนครั้งที่ 1 เรื่องพยาธิสรีรวิทยา

สัปดาห์ที่ 1 สอนครั้งที่ 2 เรื่องอาการและอาการแสดง

สัปดาห์ที่ 2 สอนครั้งที่ 1 เรื่องการรักษาและการจัดการด้านการแพทย์

สัปดาห์ที่ 2 สอนครั้งที่ 2 เรื่องการจัดการด้านบทบาทและอารมณ์

สัปดาห์ที่ 3 สอนเรื่องการรักษาที่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล และประเมินความรู้ด้านสุขภาพ หากคะแนนความรู้ด้านสุขภาพไม่ถึงระดับวิจารณ์ช่วงคะแนนที่ 42.01- 56 คะแนน จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมใน



ประเด็นที่ไม่เข้าใจจนผ่านเกณฑ์

สัปดาห์ที่ 4-6 กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติในการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 7 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยอ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกตอบ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่รักษาด้วยรังสีรักษาครบตามแผนการรักษาได้ดำเนินการประเมินผ่านทางโทรศัพท์ หรือผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1-6 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินปัญหาและอาการจากประวัติของผู้ป่วย แล้วให้การดูแลตามปัญหาที่พบ ดำเนินการโดยทีมบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

สัปดาห์ที่ 7 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยอ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกตอบ กลุ่มตัวอย่างที่รักษาด้วยรังสีรักษาครบตามแผนการรักษาได้ดำเนินการผ่านทางโทรศัพท์ หรือผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ chi-square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะของข้อมูล และใช้สถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองก่อนและหลังการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากเมื่อนำข้อมูลไปทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการกระจายแบบโค้งปกติ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองก่อนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ independent t-test เนื่องจากเมื่อนำข้อมูลไปทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการกระจายแบบโค้งปกติ

4. ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเอง ภายหลังการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ independent t-test เนื่องจากเมื่อนำข้อมูลไปทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา หน่วยงานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติและทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีช่วงอายุในวัยสูงอายุตอนต้นระหว่าง 60-64 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.44 ปี (SD = 4.87) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 51.85 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.66 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 66.66 โดยมีสองในสามที่ประกอบอาชีพร้อยละ 66.66 ส่วนใหญ่ทำไร่และสวนร้อยละ 25.92 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 1,001-10,000 บาท ร้อยละ 48.14 แหล่งรายได้ทั้งหมดได้จากสวัสดิการผู้สูงอายุจากรัฐร้อยละ 100 สามในสี่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส / บุตรหลาน / ญาติร้อยละ 74.07 เกินครึ่งใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 59.25



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่างสามในสี่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางร้อยละ 62.96 มีคะแนนเฉลี่ยที่ 30.11 คะแนน (SD = 6.90) สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต เฟซบุ๊ก และยูทูบ ร้อยละ 59.25 เกินครึ่งมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอยู่ในระหว่าง 6-12 เดือน ร้อยละ 59.25 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 9.25 เดือน (SD = 2.39) พบอาการแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 3 อาการร้อยละ 51.85 โดยพบอาการข้อไหล่ติดร้อยละ 77.77 และอาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้าร้อยละ 29.62 ไม่มีโรคร่วมอื่น ๆ ร้อยละ 59.25 มีโรคร่วมอื่น ๆ ร้อยละ 40.74 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูงเท่า ๆ กันร้อยละ 48.14 และโรคเบาหวานร้อยละ 22.22 ตามลำดับ

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยในกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีช่วงอายุในวัยสูงอายุตอนต้นระหว่าง 60-64 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.33 ปี (SD = 5.61) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.66 เกินครึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.55 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 51.85 ที่ประกอบอาชีพร้อยละ 48.14 เกือบหนึ่งในสี่เป็นข้าราชการ บำนาญร้อยละ 22.22 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 1,001-10,000 บาท ร้อยละ 55.55 แหล่งรายได้ทั้งหมดได้จากสวัสดิการผู้สูงอายุจากรัฐคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส/ บุตรหลาน/ ญาติร้อยละ 85.18 ครึ่งหนึ่งใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 51.85

กลุ่มตัวอย่างสองในสามมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางร้อยละ 70.37 มีคะแนนเฉลี่ยที่ 31.74 คะแนน (SD = 6.27) เกินครึ่งสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต เฟซบุ๊ก และยูทูบร้อยละ 55.55 สองในสามมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอยู่ในระหว่าง 6-12 เดือน ร้อยละ 62.96 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 9.18 เดือน (SD = 2.21) พบอาการแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 3 อาการ ร้อยละ 62.96 โดยมีอาการข้อไหล่ติดร้อยละ 74.07 และอาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้าร้อยละ 29.62 ไม่มีโรคร่วมอื่น ๆ ร้อยละ 37.03 มีโรคร่วมอื่น ๆ ร้อยละ 62.96 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.03 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 33.33 และโรคเบาหวานร้อยละ 7.40 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

การทดสอบตามสมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 125.74 คะแนน (SD= 1.65) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 87.92 คะแนน (SD = 4.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ดังแสดงในตารางที่ 1) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 86.81 คะแนน (SD = 7.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p- value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ก่อนการทดลอง	86.81	7.57	89.00	5.30	.349
หลังการทดลอง	125.74	1.65	87.92	4.52	<.001



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p- value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
กลุ่มทดลอง	86.81	7.57	125.74	1.65	<.001
กลุ่มควบคุม	89.00	5.30	87.92	4.52	.064

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความเข้าใจข้อมูลเนื้อหาที่สอนตามตัวอักษร PITS (Stewart, 2020) คือ หัวข้อพยาธิสรีระวิทยา อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดจากโรคมะเร็งเต้านม หัวข้ออาการและอาการแสดง หัวข้อการรักษาในการแก้ไขภาวะสุขภาพความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจเฉพาะบุคคล ร่วมกับการใช้เทคนิคในการสอน การมีปฏิสัมพันธ์สื่อสารระหว่างกันในการแลกเปลี่ยนข้อมูลหัวข้อที่สอน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำและบันทึกข้อมูลในความจำได้ดีขึ้น เกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษาอย่างเหมาะสม โดยพบว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการปกป้องผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาเพื่อลดการเกิดปฏิกิริยาทางผิวหนัง การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำและทำท่ากายบริหารเพื่อลดภาวะคั่งของน้ำเหลืองและข้อไหล่ติด พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ หรือลดภาระงานลงเพื่อลดอาการอ่อนล้าอ่อนเพลียจากการรับรังสีรักษา ส่งผลให้มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คิม และคณะ (Kim et al., 2020) ที่ศึกษาเรื่องความต้องการการจัดการตนเองของผู้รอดชีวิตหลังการรักษามะเร็งเต้านม โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการความร่วมมือกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการตนเองในเรื่อง การจัดการอาการ การจัดการอารมณ์ รวมไปถึงการได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพ และการปรับตัวในด้านบทบาทและวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อสามารถจัดการกับปัญหาและอยู่ร่วมกับโรคได้

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยมีความต้องการรับข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียวจากบุคลากรทางการแพทย์และไม่ได้มีการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง ส่งผลให้พบความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลด้านสุขภาพผ่านวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย รวมไปถึงการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับการใช้เทคนิคการให้ความรู้ที่เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบกระบวนการส่งเสริมความรู้เพื่อให้เกิดความรอบรู้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา โดยจัดกระบวนการสอนแบบกลุ่ม 4 ครั้ง สอนครั้งละ 1 ชั่วโมง สำหรับหัวข้อการรักษาเฉพาะรายได้ปรับให้มีความเหมาะสมในแต่ละราย และการสอนรายบุคคล 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นผลให้เกิดการพัฒนาการใช้ทักษะทางปัญญาและทางสังคมในระดับการสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลทางด้านสุขภาพ มีการโต้ตอบกันระหว่างผู้สอนซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในความรู้ทางด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษากับผู้เรียน ส่งผลให้มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจนเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของตนเอง และมีวิธีการใช้เทคนิคการสะท้อนคิดและเทคนิคการสอนกลับในระหว่างการสอน ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ที่ไตร่ตรองและจำแนกแยกแยะข้อมูล



ได้รับ และที่มีอยู่เดิมจากประสบการณ์ตรงในความเจ็บป่วยของตนเองด้วยความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ทั้งยังมีแบบตรวจสอบความเข้าใจของบุคคล เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาที่สอนทั้งผู้สอนและผู้เรียน เป็นผลให้มีทักษะทางปัญญาที่เพิ่มขึ้น และช่วยในการจดจำข้อมูลในความจำระยะยาวเพื่อสามารถนำข้อมูลความรู้ออกมาใช้ได้ตลอดเวลาในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชมพานาด และคณะ (Champarnaud et al., 2020) ที่ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องของการสอนให้ความรู้เพื่อการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านมพบว่าการสอนให้ความรู้ส่งผลให้มีความรู้เพิ่มขึ้นและการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ ฮิดราร์ตัน หนชัย และคณะ (Honchai et al., 2013) โดยใช้การสอนให้ความรู้ในการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับความรู้ในการจัดการตนเองมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงขึ้น ($p > .01$) และพบงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ คอเรย์ และคณะ (Cooray et al., 2018) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลจากการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ (Stewart, 2012) ศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 150 ราย ในประเทศศรีลังกา ติดตามผลใน 6 เดือน และ 12 เดือน ใช้แบบประเมินผลการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ซึ่งในการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้เป็นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กรอบการให้ความรู้ตามหลักการสอนของ พิตส์ (Stewart, 2012) เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และเมื่อติดตามผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเป็นผลให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีดังกล่าวมาข้างต้น แสดงว่ากระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้หลักการสอนของ พิตส์ (Stewart, 2012) สามารถทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพได้จริง และทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีจัดการตนเองที่ดีมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักการสอนของ พิตส์ (Stewart, 2012) เป็นผลให้เกิดการเรียนรู้และมีความเข้าใจ สามารถพัฒนาทักษะความสามารถและเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางไปสู่ความรู้ด้านสุขภาพในระดับมีวิจารณญาณ เกิดกระบวนการตัดสินใจรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และตอบสนองต่อความต้องการในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองจากโรคมะเร็งเต้านมและอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากรักษาด้วยรังสีรักษาและเพื่อลดหรือควบคุม และป้องกันอาการแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษาได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การสอนให้ความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาเกิดความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาสามารถนำแผนการสอนไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น
2. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการ และเทคนิควิธีการสอน สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับใช้ให้เข้ากับระบบบริการมาตรฐานเพื่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป เพื่อดูความต่อเนื่องในระยะยาวของพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา



2. ควรศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อกระบวนการสอน และประสิทธิผลทางคลินิกต่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
3. การศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ ข้อจำกัดในการค้นหาแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีปัจจัยด้านความเชื่อและวัฒนธรรมมาเกี่ยวข้องกับทางเลือกในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ

References

- American Cancer Society. (2019). *Types of breast cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer>
- Autta, N., & Seangpraw, K. (2019). Factors predictor health literacy among older adults with risk hypertension disease, Phayao Province. *Journal of Health Education*, 42(2), 76-85. (in Thai)
- Bozkurt, H., & Demirci, H. (2019). Health literacy among older persons in Turkey. *The Aging Male*, 22(4), 272-277. doi: 10.1080/13685538.2018.1437901
- Champarnaud, M., Villars, H., Girard, P., Brechemier, D., Balardy, L., & Nourhashemi, F. (2020). Effectiveness of therapeutic patient education interventions for older adults with cancer: A systematic review. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(7), 772-782. doi: 10.1007/s12603-020-1395-3
- Chang, L., Weiner, L. S., Hartman, S. J., Horvath, S., Jeste, D., Mischel, P. S., ... Kado, D. M. (2019). Breast cancer treatment and its effects on aging. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(2), 346-355. doi: 10.1016/j.jgo.2018.07.010
- Chiu, H. T., Tsai, H. W., Kuo, K. N., Leung, A. Y. M., Chang, Y. M., Lee, P. H., ... Hou, W. H. (2020). Exploring the influencing factors of health literacy among older adults: A cross-sectional survey. *Medicina (Kaunas)*, 56(7). doi: 10.3390/medicina56070330
- Cooray, B. P. R., Morrissey, H., Waidyarathnec, E. I., & Ball, P. A. (2018). The impact of individual health education on health literacy: Evaluation of the translated version (Sinhala) of health education impact questionnaire in type 2 diabetes. *International Journal of Diabetes Research*, 5(2), 1-8.
- Estep, T. (2018). Cancer in the elderly: Challenges and barriers. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 40-42. doi: 10.4103/apjon.apjon_52_17
- Gysels, M., & Higginson, I. J. (2007). Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: Systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 15(1), 7-20. doi: 10.1007/s00520-006-0112-z
- Hoffman, A. J., Von Eye, A., Audrey, G. G., Given, B. A., Given, C. W., & Rothert, M. (2011). The development and testing of an instrument for perceived self-efficacy for fatigue self-management. *Cancer Nursing*, 34(3), 167.



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management
Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา

- Honchai, T., Soivong, P., & Lukkahatai, N. (2013). Effects of a self-management support on self-management behaviors and symptom distress among breast cancer patients receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 40(special), 14-22. (in Thai)
- Hou, W. H., Huang, Y. J., Lee, Y., Chen, C. T., Lin, G. H., & Hsieh, C. L. (2018). Validation of the integrated model of health literacy in patients with breast cancer. *Cancer Nursing*, 41(6), 498-505. doi: 10.1097/NCC.0000000000000540
- Kim, S. H., Park, S., Kim, S. J., Hur, M. H., Lee, B. G., & Han, M. S. (2020). Self-management needs of breast cancer survivors after treatment: Results from a focus group interview. *Cancer Nursing*, 43(1), 78-85.
- Lee, R., Lee, K. S., Oh, E. G., & Kim, S. H. (2013). A randomized trial of dyadic peer support intervention for newly diagnosed breast cancer patients in Korea. *Cancer Nursing*, 36(3), E15-22. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182642d7c
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Self-Management Education*, 26(1), 1-7.
- National cancer institute, Department of Medical Services. (2020). *Hospital-based cancer registry*. Retrieved from https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html (in Thai)
- National Comprehensive Cancer Network. (2020). *Breast cancer invasive*. Retrieved from <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/breast-invasive-patient.pdf>
- Nophakroh, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2017). Health Literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring, and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 450-455. doi: 10.7143/jhep.42.450
- Pongnikorn, D., Daoprasert, K., Wongkaew, B., Saengkham, S., Pradit Khai, M., & Mimak, R. (2020). *Trends in cancer incidence and mortality in Northern Thailand, 1993-2017: Effects of the development of a population-level cancer registry network*. Chiang Mai: Ngandee Printing. (in Thai)
- Stewart, M., N. (2012). *Practical patient literacy: The Medagogy model*. New York, NY: McGrawHill Medical.
- Stewart, M., N. (2020). *The art and science of patient education for health literacy*. New York, NY: McGraw-Hill Medical.
- Stueber, T. N., Diessner, J., Bartmann, C., Leinert, E., Janni, W., Herr, D., ... Wischnewsky, M. (2020). Effect of adjuvant radiotherapy in elderly patients with breast cancer. *PLoS One*, 15(5), e0229518. doi: 10.1371/journal.pone.0229518
- Tesarova, P. (2013). Breast cancer in the elderly-should it be treated differently. *Journal of Great Poland Cancer Center in Poznan and Polish Society of Radiation Oncology*, 18(1), 26-33. doi: 10.1016/j.rpor.2012.05.005
- Trinathawan, W., Wirojratana, V., & Watanakukrilt, D. (2019). Factors influencing health literacy among older adults. *Journal of Health Science Research*, 13(2), 41-51. (in Thai)



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management
Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา

World Cancer Research Fund International. (2020). *Global cancer data by country*.

Retrieved from <https://www.wcrf.org/cancer-trends/global-cancer-data-by-country/>



Physical Literacy and Physical Activities Among Older Persons with Heart Failure*

ความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*

ธน	ใจสินธุ์**	Tanon	Jaisin**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์****	Nattaya	Suwankruhasn ****

Abstract

Physical literacy is a factor related to physical activity. This correlational descriptive research aimed to investigate physical literacy, physical activities, and the association between physical literacy and physical activities among older persons with heart failure. Participants were older persons with heart failure attending the Heart failure clinic at Lamphun hospital. The 88 participants were selected using simple random sampling without replacement during July - September 2022. The research instruments used in this study were a demographic and illness data recording form, a physical literacy interview measurement, and a physical activities interview measurement. The data were analysed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results showed that the participants had a moderate level of physical literacy and a high level of physical activities. Physical literacy had a significant positive correlation with physical activities ($r = 0.656$, $p < .01$).

The results of this study can be used as information for health care professionals caring for older persons with heart failure and for promoting physical literacy and physical activities in older persons with heart failure.

Keywords: Physical literacy; Physical activities; Heart failure; Older person

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

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

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

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

Received 23 November 2022; Revised 7 December 2022; Accepted 13 December 2022



บทคัดย่อ

ความรู้ทางกายเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกาย การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทางกาย กิจกรรมทางกาย และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางกาย และแบบสัมภาษณ์กิจกรรมทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางกายระดับปานกลาง และมีกิจกรรมทางกายระดับสูง และความรู้ทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.656, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในการส่งเสริมความรู้ทางกาย และกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: ความรู้ทางกาย กิจกรรมทางกาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้สูงอายุ

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมที่พบมากในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเป็นการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด มีการรายงานอุบัติการณ์และความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่ม (Danielsen et al., 2017) สำหรับในประเทศไทยมีการรายงานว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตหลังรับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 50.80 (Krittayaphong, Karaketklang, Yindeengam, & Janwanishstaporn, 2018) แม้ว่าผลลัพธ์ของการรักษาโรคในปัจจุบันจะดีขึ้น แต่จะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวยังคงเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้สาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับภาวะโรคร่วมหลายโรคที่ส่งให้การดำเนินของโรคมีความรุนแรงและซับซ้อน (Dharmarajan & Rich, 2017) เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการลดลงของความสามารถในการทำกิจกรรมตามความรุนแรงของโรค ซึ่งในระยะที่รุนแรงมากหรือระยะที่ 4 (functional class IV) มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตลอดเวลา แม้ขณะพักอยู่นิ่งหรือทำกิจกรรมเล็กน้อยก็มีอาการ แนวทางการรักษาในปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อชะลอการดำเนินโรค พัฒนาสมรรถภาพทางกาย (functional capacity) และคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ป่วย ลดหรือป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิต (The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, 2019) นอกจากการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาทางยาแล้ว การรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมและฟื้นฟูสภาพหัวใจก็มีความสำคัญ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (exercise rehabilitation) จะช่วยส่งเสริมความทนในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการลดอัตราการตาย (Timmis et al., 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายหลังจากออกจากโรงพยาบาลในระยะผู้ป่วยนอก (outpatient rehabilitation) ในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kamiya et al., 2020) ดังนั้นการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีสมรรถภาพหัวใจดีขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและระยะเวลาการมีชีวิตอยู่นานขึ้น

กิจกรรมทางกาย (physical activities) คือ การเคลื่อนไหวทุกอย่างของร่างกายซึ่งเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อโครงสร้าง ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญพลังงานมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับขณะพัก กิจกรรมทางกายแบ่งตามลักษณะการเคลื่อนไหวของกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการประกอบอาชีพ (occupational physical activities) กิจกรรมการทำงานบ้าน (household physical activities) กิจกรรมการเดินทาง (transportation physical activities) และกิจกรรมยามว่าง (leisure time physical activities) (Bull et al., 2020) สำหรับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น จะเน้นการออกกำลังกายซึ่งเป็นกิจกรรมทางกายในหมวดกิจกรรมยามว่าง โดยเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสภาพหัวใจ สำหรับประเภทของการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในภาวะที่ความรุนแรงของโรคคงที่ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) โดยความหนักของการออกกำลังกาย (intensity) พิจารณาจากอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (target heart rate) ให้อยู่ระหว่างร้อยละ 40-75 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate) ความถี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพของระบบหัวใจและระบบหายใจ

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นผู้สูงอายุ การออกกำลังกายอาจต้องมียุทธศาสตร์ให้พัก โดยเฉพาะในช่วงแรกของการออกกำลังกาย (Haennel, 2012) นอกจากนั้นการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (resistance/strength training) เป็นอีกหนึ่งชนิดของการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสมรรถภาพร่างกายดีปานกลางควรปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ โดยก่อนออกกำลังกาย

กายควรมีการอบอุ่นร่างกายประมาณ 5 นาที และภายหลังการออกกำลังกายควรมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการขับกรดแลคติกออกจากร่างกาย (Liu et al., 2019) การกำหนดความหนักและความถี่ของการออกกำลังกายต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สำหรับรูปแบบของกิจกรรมทางกายอื่น ๆ นอกเหนือจากการออกกำลังกายแล้วผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้มีการทำกิจกรรมทางกายอื่น ๆ เช่น กิจกรรมงานบ้าน การเตรียมและประกอบอาหาร กวาดและถูบ้าน ล้างห้องน้ำ กิจกรรมยามว่างอื่น ๆ เช่น การเย็บผ้า การซ่อมแซมอุปกรณ์ในบ้าน รดน้ำต้นไม้หรือพรวนดิน ถางหญ้า ตัดหญ้า กิจกรรมเกี่ยวกับการเดินทาง เช่น ขับรถยนต์ส่วนบุคคล การเดินทางอื่น ๆ (Queen Sirikit Heart Center Northeast, 2020) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ (Klompstra, Jaarsma, & Strömberg, 2015)

การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับใดขึ้นกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ รายได้ เป็นต้น และปัจจัยด้านโรค เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถจัดกระทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ทางกาย แต่เนื่องจากกิจกรรมทางกายเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลากหลายรูปแบบ ทั้งกิจกรรมงานบ้าน กิจกรรมการเดินทาง กิจกรรมการทำงาน และกิจกรรมยามว่าง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะสามารถปฏิบัติได้ในระดับที่เหมาะสมจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ความรอบรู้ทางกาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้และความเข้าใจ แรงจูงใจ ความสามารถในการกระทำกิจกรรม

ความรู้ทางกาย (physical literacy) คือ แรงจูงใจ ความมั่นใจ ความสามารถทางร่างกาย ความรู้และความเข้าใจเพื่อเห็นคุณค่าของการมีกิจกรรมทางกาย (Whitehead, Durden-Myers, & Pot, 2018) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านอารมณ์ (affective dimension) ได้แก่ แรงจูงใจและความมั่นใจ (motivation and confidence) หมายถึง ความกระตือรือร้นของแต่ละบุคคล ความเพลิดเพลินในการใช้กิจกรรมทางกายให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต 2) องค์ประกอบด้านกายภาพ (physical dimension) ได้แก่ ความสามารถทางร่างกาย (physical competence) หมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลในการพัฒนาทักษะและรูปแบบการเคลื่อนไหว ความทนต่อความหนักและระยะเวลาของการเคลื่อนไหวที่หลากหลาย 3) องค์ประกอบด้านความคิด (cognitive dimension) ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจ (knowledge and understanding) หมายถึง ความสามารถในการระบุและทำความเข้าใจกับสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเคลื่อนไหว เข้าใจถึงประโยชน์ของการมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง เห็นคุณค่าความปลอดภัยที่เหมาะสมของการมีกิจกรรมทางกาย 4) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavioural dimension) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายในชีวิต (engagement in physical activities for life) หมายถึง บุคคลที่มีความรับผิดชอบต่อการมีความรอบรู้ทางกาย (Tremblay et al., 2018) การที่บุคคลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกับสามารถรับรู้ถึงความสามารถด้านร่างกายร่วมกับมีความมั่นใจในตนเอง จะช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมทางกายประเภทต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และถ้าบุคคลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายจะยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ของความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มนักศึกษา โดยพบว่าความรู้ทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับกิจกรรมทางกายในวัยรุ่นประเทศฮ่องกง ($r = .227, < .01$) (Choi, Sum, Leung, & Ng, 2018) อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายที่พบในกลุ่มวัยอื่น ๆ ยังไม่สามารถนำมาใช้ในการอธิบายกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เนื่องจากความแตกต่างในส่วนของกิจกรรมทางกาย และความแตกต่างของอายุที่มีผลต่อความเสื่อมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และการรับรู้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมี



ความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกาย และกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่ดีในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ล้มเหลว

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อตนเองและการดำเนินชีวิต การชะลอความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลว จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อลดความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งกิจกรรมทางกายเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กิจกรรมทางกายหมายถึง พลังงานที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการการทำกิจกรรมตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ที่ประกอบด้วย การประกอบอาชีพ กิจกรรมการทำงานบ้าน กิจกรรมการเดินทาง และกิจกรรมยามว่าง ซึ่งกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องปฏิบัติมีหลากหลายกิจกรรม และด้วยพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ส่งผลให้สมรรถภาพร่างกายลดลง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีกิจกรรมทางกายได้ครอบคลุมทุกกิจกรรมอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จะต้องมีความรู้ทางกาย (physical literacy) ตามแนวคิดของ ไวต์เฮด (Whitehead, 2013) ที่หมายถึง แรงจูงใจ ความมั่นใจ ความสามารถทางร่างกาย ความรู้และความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกาย ซึ่งความรู้ทางกายที่สูง คือการที่บุคคลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกับสามารถรับรู้ถึงความสามารถด้านร่างกายร่วมกับมีความมั่นใจในตนเอง จะช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมทางกายประเภทต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และถ้าบุคคลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ดังนั้นความรู้ทางกายจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
2. มีการรับรู้ที่ปกติ ผ่านการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอว์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

3. มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. มีโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร
5. มีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 1-3 ตามการวินิจฉัยของแพทย์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 0.3 ระดับปานกลางซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลที่ใช้ในงานวิจัยทางการแพทย์ (Cohen, 1988) จากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย (Polit & Beck, 2008)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) โดยประกาศรับสมัครอาสาสมัคร และนำเอารายชื่อทั้งหมดที่ลงทะเบียนเข้าร่วมวิจัย และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไปสุ่มโดยการจับสลากจนได้ตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2018) มีข้อความถาม 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ความจำ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 -10 คะแนน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย อาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้ตนเองต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งรายได้ ผู้ดูแลหลัก ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว โรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ จำนวนยาที่ได้ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลว และแหล่งข้อมูลสุขภาพ

- 2.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางกาย ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรู้ทางกายสำหรับผู้สูงอายุประเทศจีน (Perceived Physical literacy for Chinese Elderly Questionnaire) พัฒนาโดย หวัง และ คิง (Wang & King, 2019) โดยใช้แนวคิดความรู้ทางกายของ ไวต์เฮด (Whitehead, 2013) ครอบคลุมองค์ประกอบ ได้แก่ แรงจูงใจ ความมั่นใจ ความสามารถทางร่างกาย ความรู้และความเข้าใจ ประกอบด้วยข้อความถาม 47 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแสดงความคิดเห็นของลิเคิร์ต 5 ระดับ (5-point Likert scale) ตั้งแต่ 1-5 โดย 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 47 คะแนนถึง 235 แบ่งระดับตามเกณฑ์ ดังนี้ 47.00 -109.00 คะแนน หมายถึง ความรู้ทางกายระดับต่ำ 109.01 - 172.00 คะแนน หมายถึง ความรู้ทางกายระดับปานกลาง 172.01 - 235.00 คะแนน หมายถึง ความรู้ทางกายระดับสูง

แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางกาย ผู้วิจัยและคณะ แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับของ บริสลิน (Brislin, 1970) แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการดัดแปลงแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงไม่ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่ได้นำแบบสัมภาษณ์ไปแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษเพื่อให้เจ้าของเครื่องมือพิจารณาความถูกต้องของเครื่องมือและนำไป

ทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.92

2.3 แบบสัมภาษณ์กิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กิจกรรมทางกายนานาชาติโอแพคฉบับสั้น (International Physical Activity Questionnaire Short Form) แปลเป็นภาษาไทยโดย วินดา วิสุทธิพานิช, กฤษ ลิ้มทองอิน, และ สุพิชชา วงศ์อนุการ (Visuthipanich, Leethongin, & Wonganukarn, 2012) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ครอบคลุมการทำงานอาชีพ การเดินทาง การทำงานหรือดูแลบ้าน กิจกรรมนันทนาการหรือกิจกรรมในเวลาว่าง เนื้อหาประกอบด้วยประเภทของกิจกรรมทางกายที่ทำ ความถี่ และระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งตลอด 7 วันที่ผ่านมา มาคำนวณการใช้พลังงานที่ใช้ใน 7 วัน ผลลัพธ์การคำนวณ เป็น METs-min/week หรือ METS/week โดยกำหนดค่า METs ของกิจกรรมแต่ละประเภทไว้ดังนี้ กิจกรรมการเดิน (ระดับเบา) เท่ากับ 3.3 METs กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายระดับปานกลางเท่ากับ 4.0 METs กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายระดับหนักเท่ากับ 8 METs โดยนำมาคำนวณโดยใช้สูตร อัตราการใช้พลังงานกิจกรรมทางกาย (METS/week) = ผลบวกของกิจกรรมที่ทำ หนัก + ปานกลาง + เบา ($\times$ เวลา (นาทิต)) $\times$ จำนวนวัน โดยจะกำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ อัตราการใช้พลังงาน <600.00 METs-min/week หมายถึง กิจกรรมทางกายระดับต่ำ อัตราการใช้พลังงาน $600.01 - 1500.00$ METs-min/week หมายถึง กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อัตราการใช้พลังงาน >1500.01 METs-min/week หมายถึง กิจกรรมทางกายระดับสูง

แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการดัดแปลงแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงไม่ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบคงที่ (stability reliability) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ด้วยการนำแบบสัมภาษณ์กิจกรรมทางกายให้กลุ่มตัวอย่างทำ 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้วนำมาคำนวณค่า Pearson correlation ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์และเอกสารข้อมูลการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผ่านการรับรองจริยธรรมโครงการการวิจัย เลขที่ 049/2565 ผู้วิจัยส่งหนังสือไปยังโรงพยาบาลลำพูนเพื่อประชาสัมพันธ์ถึงโครงการวิจัย ณ คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และให้ผู้สูงอายุที่สนใจลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการทำวิจัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ระหว่างเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ในขั้นตอนของการสัมภาษณ์ผู้วิจัยป้องกันการแพร่กระจายของไวรัสโควิด-19 อย่างเคร่งครัด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลได้ทำเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยได้เซ็นเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับหนังสืออนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ณ คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน และให้

ผู้สูงอายุที่สนใจลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้ หลังจากนั้นรวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุที่สนใจโครงการวิจัย นำ

รายชื่อมาสุ่มจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด

ผู้วิจัยนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และแนะนำกลุ่มตัวอย่างให้ทำบันทึกการทำกิจกรรมทางกายในแต่ละวันเป็นเวลา 7 วัน และนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลในสัปดาห์ถัดไป โดยเก็บข้อมูลที่บ้าน หรือที่คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ในวันนัดหมายผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และอ่านข้อคำถามที่ละข้อด้วยตนเองและให้กลุ่มตัวอย่างตอบซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 นาที เริ่มจากการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางกาย และสัมภาษณ์กิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลทั้ง 88 ฉบับ แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความรู้ทางกาย และผลรวมพลังงานกิจกรรมทางกาย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกาย และกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation coefficient ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 88 ราย พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 55.70) ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 67.78 ปี (SD = 6.37) โดยมากกว่าสองในสามมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 68.20) ประมาณสองในสามมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 67.04) รองลงมาไม่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง (ร้อยละ 21.60) ประมาณสองในสามมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.90) ประมาณครึ่งหนึ่งผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 51.10) รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 28.40) น้อยกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน (ร้อยละ 47.70) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 21.60) มากกว่าสองในสามผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5000 บาท (ร้อยละ 69.30) มากกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.30) รายได้มากกว่าครึ่งได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 57.10) รองลงมาคือรายได้จากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 27.90) น้อยกว่าครึ่งของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 46.60) รองลงมาผู้สูงอายุดูแลตนเอง (ร้อยละ 30.70) เกือบครึ่งมีดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง 18.50 – 22.99 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 48.90) รองลงมาดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 23.80)

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับ 1 (ร้อยละ 53.40) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย 3.64 ปี (SD = 2.92) ประมาณหนึ่งในสามมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 1-3 ปี (ร้อยละ 37.50) สามในสี่มียาโรคประจำตัวที่รับประทานประจำ 3-5 ชนิด (ร้อยละ 79.50) โรคประจำตัวร่วมประมาณหนึ่งในสามเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 38.10) รองลงมาไขมันในเส้นเลือดสูง (ร้อยละ 20.60) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.60) แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับมาจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.90) ในจำนวนนี้มีผู้ใช้แหล่งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และสื่อโทรทัศน์และสื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 9.10 และร้อยละ 2 ตามลำดับ)

ข้อมูลความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกาย

ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนความรอบรู้ทางกายของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ทางกายเฉลี่ยเท่ากับ 157.68 คะแนน (SD = 32.48) อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.00 มีความรอบรู้ทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 มีความรอบรู้ทางกายระดับสูง และร้อยละ 4.50 มีความรอบรู้ทางกายระดับต่ำ

ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนกิจกรรมทางกาย ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการใช้พลังงานเฉลี่ยเท่ากับ 1675.13 METs-min/week (SD = 1097.72) อยู่ในระดับสูง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.40 มีระดับกิจกรรมทางกายระดับสูง ร้อยละ 25.00 มีระดับกิจกรรมทางกายระดับต่ำ และร้อยละ 21.60 มีระดับกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ระดับ จำนวนและร้อยละในแต่ละระดับของความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	ช่วงข้อมูล (ต่ำสุด - สูงสุด)	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ (SD)	ระดับ	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)
ความรอบรู้ทางกาย	96.00 – 225.00 คะแนน	157.68 (32.48)	ปานกลาง	4.50	58.00	37.50
อัตราการใช้พลังงาน กิจกรรมทางกาย	231.00 – 4158.00 METs/week	1675.13 (1097.72)	สูง	25.00	21.60	53.40

2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกาย

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าความรอบรู้ทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .656, p < .01$)

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความรอบรู้ทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ทางกายอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 67.78 ปี ความสามารถทางสติปัญญาและการรับรู้จึงลดลงเพียงเล็กน้อย ทำให้ยังสามารถเข้าใจและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใกล้เคียงของ วรณศิริ นิลเนตร, สรณยา เสงพะพรหม, และ ปิยะ หาญรวงศ์ชัย (Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai, 2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่อายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุมากกว่า 80 ปี) เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งที่ดีทางด้านสุขภาพและซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ทางกายระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีกิจกรรมการทำงานเพื่อประกอบอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นเกษตรกร รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว และค้าขาย ในการประกอบชีพนี้อาศัยประสบการณ์หลากหลายที่สั่งสมมา ประสบการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้บุคคลตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง คำนึงถึงความปลอดภัยในการทำกิจกรรม ได้รับรางวัลหรือผลตอบแทนจากกิจกรรม และได้รับความสนุกสนาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมความมั่นใจและแรงจูงใจให้เกิดการกระตือรือร้นที่จะมีกิจกรรมทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลมีความรู้ทางกายที่มาก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางกายที่พบว่าประสบการณ์การมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับความรู้ทางกาย (Young, O'Connor, & Alfrey, 2020) นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีผู้ดูแลโดยจะอาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยบุตรหลานและคู่สมรสมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจ มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยังและคณะ (Young et al., 2020) ที่พบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มีคุณภาพ (Quality supportive) เช่น ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ผู้ปกครอง เป็นต้น จะช่วยสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายและเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายมากกว่าบุคคลที่อาศัยอยู่คนเดียว ซึ่งจะส่งผลดีต่อการพัฒนาของบุคคลให้ปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เป็นบุคคลหลักและมีความสำคัญที่ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายแต่ละประเภท เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้และความเข้าใจสามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง จนนำไปสู่การมีสมรรถภาพทางกายและสุขภาพที่ดี

2. กิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับกิจกรรมทางกายในระดับสูง ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการใช้พลังงานในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ มาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษากิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมา ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 ราย อายุเฉลี่ย 70 ปี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 64) มีระดับกิจกรรมทางกายระดับต่ำและปานกลาง และมีประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 23) มีกิจกรรมทางกายระดับสูง ($\geq 3,000$ METs) (Klompstra et al., 2015) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับกิจกรรมทางกายในระดับสูง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคหัวใจระดับที่ 1 ซึ่งมีพยาธิสภาพของโรคหัวใจยังรุนแรงไม่มาก ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้โดยไม่ปรากฏอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว จึงทำให้ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้เกือบทุกประเภทโดยไม่มีอาการเหนื่อยง่ายหรือหายใจลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวระยะที่ 1 มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายระดับสูง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มากขึ้น ระดับการปฏิบัติกิจกรรมทางกายก็จะน้อยลงตามไปด้วย (Wannapo, Kunsongkeit, & Duangpaeng, 2018)

นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีกิจกรรมทางกายที่สูงอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 ยังมีกิจกรรมการทำงานเพื่อประกอบอาชีพ คือ เกษตรกรรม รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว และค้าขาย ซึ่งต้องใช้การเคลื่อนไหวร่างกายในการประกอบอาชีพ จึงยังต้องใช้พลังงาน ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างขัดแย้งกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งหมายความว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงก็มีความรู้ในการแสวงหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น แต่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้จบการศึกษาประถมศึกษา (Wannapo et al., 2018) และการที่กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายระดับสูงอาจเนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ซึ่งกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวมีการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ มีการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน จนสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตจนปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาใกล้เคียงที่ผ่านมาที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกาย (Wannapo et al., 2018)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = .656$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้ทางกายที่เพียงพอจะมีระดับกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมทุกประเภทได้อย่างถูกต้องปลอดภัย นอกจากนั้นการทำกิจกรรมได้บุคคลต้องรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และต้องมีความมั่นใจเพื่อจะสามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการมีแรงจูงใจของตนเอง ที่ได้รับจากตนเอง ผู้ดูแล เพื่อน และการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในวัยรุ่นฮองกง พบว่าความรู้ทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับกิจกรรมทางกาย ($r = 0.227, < 0.01$) ทุกองค์ประกอบของความรู้ทางกายมีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกาย ($R^2 = 0.052, < 0.01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าบุคคลมีความรู้ทางกายที่สูงก็ย่อมส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกายมากขึ้นตามด้วย (Choi et al., 2018)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลระดับของความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในการศึกษานี้เป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อการทำความเข้าใจและใช้ประกอบการวางแผนการส่งเสริมความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ 3-4
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการสนับสนุนกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป
3. เนื่องจากการวัดตัวแปรในการศึกษานี้ เป็นการวัดจากการรับรู้ของผู้สูงอายุเป็นหลักอาจมี underestimation หรือ overestimation ได้ ในการศึกษารั้งถัดไปควรมีการศึกษาโดยใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีที่ทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น (objective data)



References

- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451-1462.
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly health promotion*. Chiang Mai: Author. Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197
- Choi, S. M., Sum, R. K. W., Leung, E. F. L., & Ng, R. S. K. (2018). Relationship between perceived physical literacy and physical activity levels among Hong Kong adolescents. *PLoS One*, 13(8), e0203105.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2th ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Danielsen, R., Thorgeirsson, G., Einarsson, H., Ólafsson, Ö., Aspelund, T., Harris, T. B., ... Gudnason, V. (2017). Prevalence of heart failure in the elderly and future projections: The AGES-Reykjavik study. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 51(4), 183-189.
- Dharmarajan, K., & Rich, M. W. (2017). Epidemiology, pathophysiology, and prognosis of heart failure in older adults. *Heart Failure Clinics*, 13(3), 417-426.
- Haennel, R. G. (2012). Exercise rehabilitation for chronic heart failure patients with cardiac device implants. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 23(3), 23-28.
- Kamiya, K., Sato, Y., Takahashi, T., Tsuchihashi-Makaya, M., Kotooka, N., Ikegame, T., ... Isobe, M. (2020). Multidisciplinary cardiac rehabilitation and long-term prognosis in patients with heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 13(10), Article e006798. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006798
- Klompstra, L., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2015). Physical activity in patients with heart failure: Barriers and motivations with special focus on sex differences. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1603-1610. doi: 10.2147/PPA.S90942
- Krittayaphong, R., Karaketklang, K., Yindeengam, A., & Janwanishstaporn, S. (2018). Heart failure mortality compared between elderly and non-elderly Thai patients. *Journal of Geriatric Cardiology*, 15(12), 718.
- Liu, Y., Lee, D. C., Li, Y., Zhu, W., Zhang, R., Sui, X., ... Blair, S. N. (2019). Associations of resistance exercise with cardiovascular disease morbidity and mortality. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51(3), 499-508.
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 30(5), 315-321.



- 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. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Queen Sirikit Heart Center Northeast. (2020). *Manual of self-care and cardiac rehabilitation for patients with heart failure*. Khon Kaen: Author.
- The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. (2019). *Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of heart failure patients, 2019*. Samut Prakan: Neck Step Design.
- Timmis, A., Vardas, P., Townsend, N., Torbica, A., Katus, H., De Smedt, D., ... Achenbach, S. (2021). European society of cardiology: Cardiovascular disease statistics 2021. *European Heart Journal*, 43(8), 716-799.
- Tremblay, M. S., Costas-Bradstreet, C., Barnes, J. D., Bartlett, B., Dampier, D., Lalonde, C., ... Yessis, J. (2018). Canada's physical literacy consensus statement: Process and outcome. *BMC Public Health*, 18(2), Article 1034. doi: 10.1186/s12889-018-5903-x
- Visuthipanich, V., Leething, G., & Wonganukarn, S. (2012). Testing of international physical activity questionnaire short form among Thai population age range from 15 to 65 years old. *Journal of Faculty of Physical Education*, 15(Suppl.), 427-438.
Retrieved from <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/pe/article/download/3319/3359>
- Wang, H., & King, B. (2019). Perceived physical literacy for Chinese elderly questionnaire development: Preliminary validity and reliability. *Innovation in Aging*, 3, S523-S523. doi: 10.1093/geroni/igz038.1927
- Wannapo, P., Kunsongkeit, W., & Duangpaeng, S. (2018). Factors influencing physical activity among patients with acute myocardial infarction receiving percutaneous coronary intervention. *Journal of Health Science Research*, 12(2), 10-18. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/download/164232/119011/>
- Whitehead, M. (2013). Definition of physical literacy and clarification of related issues. *ICSSPE Bulletin*, 65(1.2).
- Whitehead, M. E., Durden-Myers, E. J., & Pot, N. (2018). The value of fostering physical literacy. *Journal of Teaching in Physical Education*, 37(3), 252-261.
- World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>
- Young, L., O'Connor, J., & Alfrey, L. (2020). Physical literacy: A concept analysis. *Sport, Education and Society*, 25(8), 946-959.



The Effect of PITS-Based Education Health Literacy on Self-Management Among Older Persons with Chronic Kidney Disease Stage 1-3*

ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3*

ตยารัตน์ พุทธิมณี** Tayarat Phuttimanee**
 ศิริรัตน์ ปานอุทัย*** Sirirat Panuthai***
 พันิดา จันทโสภีพันธ์**** Phanida Juntasopeepun****

Abstract

Appropriate self-management among older persons with chronic kidney disease (CKD) requires education to promote their health literacy. This experimental research aimed to study the effects of PITS-based education to enhance health literacy on the self-management of older persons with CKD stage 1-3. The sample consisted of older persons with CKD stages 1-3 receiving services at sub-district health promoting hospitals in Muang district, Lampang province. Fifty-four subjects were randomly selected, and 27 subjects were equally assigned into either the control or the experimental group. The experimental group was given group education 4 times, twice a week and one session for individual education, resulting in a total education period of 5 times over 3 weeks. The control group was given routine care. The research instruments included a PITS-based teaching plan, the health literacy manual for CKD stage 1-3 patients, a CKD stage 1-3 video, an understanding personal perception scale, and a health literacy for CKD questionnaire. Data collection tools consisted of a personal and illness data recording form and the self-management behavior for older persons with CKD questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and dependent t-test.

The results revealed that the mean score for self-management of older persons with CKD stages 1-3 receiving PITS-based education was higher than the score for those receiving routine care ($t = -15.047, p < .001$), and higher than before the intervention, at a significant level ($t = 19.134, p < .001$).

The findings indicate that PITS-based education can enhance health literacy and self-management among older persons with CKD stages 1-3. Hence, healthcare personnel can apply PITS-based education as a guideline for enhancing self-management among older persons with CKD stages 1-3.

Keywords: PITS-based education; Health literacy; Self-management; Older persons with CKD stages 1-3

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

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

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

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

Received 21 November 2022; Revised 9 December 2022; Accepted 13 December 2022



The Effect of PITS-Based Education Health Literacy on Self-Management
Among Older Persons with Chronic Kidney Disease Stage 1-3
ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

บทคัดย่อ

การจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 54 ราย และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และการให้ข้อมูลรายบุคคลจำนวน 1 ครั้ง รวมการให้ความรู้ทั้งหมด 5 ครั้ง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผนการสอนตามหลักพิตส์ คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 สื่อวีดิทัศน์โรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 แบบวัดความเข้าใจของบุคคล และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และสถิติ dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.047, p < .001$) และมากกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.134, p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ดีขึ้น ดังนั้นบุคลากรสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

คำสำคัญ: การให้ความรู้ตามหลักพิตส์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุ จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบอัตราความชุกไตเรื้อรังระยะ 1-3 อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.2, 19.8 และ 36 ตามลำดับ อายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.5, 22.8 และ 48.4 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.0, 4.3 และ 3.5 ตามลำดับ และกลุ่มอายุ 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.6, 13.5 และ 10.8 ตามลำดับ และคาดการณ์กลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (The Nephrology Society of Thailand, 2014)

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่ไตถูกทำลายมาเป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป จนไม่สามารถกลับมาทำงานอย่างปกติได้ แบ่งเป็น 5 ระยะ ตามระดับของอัตราการกรองของไต ได้แก่ ระยะ 1 ไตมีความปกติและอัตราการกรองเท่ากับ 90 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. หรือมากกว่า ระยะ 2 ไตมีความเสียหายลดลงเล็กน้อยและอัตราการกรองอยู่ระหว่าง 60-89 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ระยะ 3 ไตมีความเสียหายเล็กน้อยถึงปานกลางและอัตราการกรองอยู่ระหว่าง 30-59 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ระยะ 4 ไตมีความเสียหายปานกลางถึงรุนแรงและอัตราการกรองอยู่ระหว่าง 15-29 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. และระยะ 5 ไตมีความเสียหายรุนแรงและอัตราการกรองน้อยกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. (American Kidney Fund, 2021) ซึ่งการเสื่อมของไตในระยะ 1-3 ไตสูญเสียหน้าที่อย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ไม่พบความผิดปกติ จึงขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการดำเนินของโรคมีแนวโน้มแย่ลงเร็วขึ้น ดังนั้นการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 มุ่งเน้นการบรรเทาอาการและชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน ประกอบด้วย 1) โภชนาบำบัด 2) การรักษาด้วยยา และ 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง (The Nephrology Society of Thailand, 2017) ซึ่งผู้ป่วยมีบทบาทหลักที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษาเพื่อให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการภาวะความเจ็บป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยการจัดการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา คือพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด การควบคุมอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น 2) การจัดการด้านบทบาท คือการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบในการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง โดยผนวกแผนการรักษาเข้ากับวิถีดำเนินชีวิต เช่น ปรับรูปแบบจากการทำงานช่วงเวลาบ่าย หรือดึก มาทำงานเฉพาะช่วงเวลาเช้า 3) การจัดการด้านอารมณ์ คือการคงไว้ซึ่งความสมดุลทางอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวล เป็นต้น (Lorig & Holman, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังยังไม่เหมาะสม ดังการศึกษาของ ชฎารัตน์ เกื้อสุข, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ เดชา ทำดี (Kuesuk, Panuthai, & Tamdee, 2022) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 88 คน ที่อยู่ในอำเภอสาร์ภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นของ ชุง และคณะ (Chuang et al., 2021) ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

การจัดการตนเองที่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Chuang et al., 2021; Moktan, Leelacharas, & Prapaipanich, 2019) การสนับสนุนทางสังคม (Ardkhithkarn, Pothiban, & Lasuka, 2013) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Kuesuk et al., 2022) แต่เนื่องจากการจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติไปตลอดชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ดังนั้นต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะ

พื้นฐานของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลคือความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ข้อมูล แสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อนำประกอบการตัดสินใจ และเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการจัดการพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (Nutbeam, 2015) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นทักษะพื้นฐานทางปัญญาเกี่ยวกับการอ่านและการเขียน เพื่อเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจที่จะปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพตนเอง และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นความสามารถในการประเมินและวิเคราะห์เปรียบเทียบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพ และความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ (Nutbeam, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประเทศไต้หวันของ เฉิน และคณะ (Chen et al., 2018) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 410 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ชวาร์ตน์ เกื้อสุข และคณะ (Kuesuk et al., 2022) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะช่วยให้ตัดสินใจและวางแผนการรักษาร่วมกับทีมบุคลากรสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองได้เหมาะสม ดังการทบทวนวรรณกรรมของ ชาห์, แรมโบธแธม, ซีบ, มัวร์, และ บอนน์ (Shah, Ramsbotham, Seib, Muir, & Bonnr, 2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะกับการจัดการตนเอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองที่ดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยจะมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองจากแหล่งต่าง ๆ แต่เนื่องจากข้อมูลด้านสุขภาพเป็นข้อมูลที่มีความยากในการเข้าใจ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีความสามารถในการเข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลากหลายรูปแบบ ดังการทบทวนวรรณกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-5 ของ วาแกส, ตอง, ฮาวเวลล์, และ เครก (Vargas, Tong, Howeel, & Craig, 2016) พบว่า การสอนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น แต่ยังคงพบอุปสรรคการสอนจากความซับซ้อนของข้อมูล เนื่องจากโรคไตเรื้อรังจะเกิดขึ้นพร้อมกับมีโรคร่วมอื่น ๆ อีกหลายโรคตามมา ดังนั้นการสอนผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งเรียกการให้ความรู้ในรูปแบบพิตส์ (PITS-based patient education)

การให้ความรู้ตามรูปแบบพิตส์ถูกพัฒนาโดย สจ๊วต (Stewart, 2020) ที่มีการกำหนดขอบเขตของเนื้อหาการสอนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยข้อมูลด้านสุขภาพที่ให้แก่ผู้ป่วยได้ถูกออกแบบให้มีความเชื่อมโยงเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ประกอบด้วยข้อมูล 1) พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology: P) เป็นข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพหรือทางเคมี ที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ข้อมูลต้องเชื่อมโยงกับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อน 2) อาการหรืออาการบ่งชี้ (indications: I) เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 3) การรักษา (treatment: T) เป็นการรักษา การจัดการอาการและการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และ 4) ข้อมูลการรักษาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (specifics: S) เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองในแต่ละส่วน จะนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการเก็บจำโดยผสมผสานกับข้อมูลเดิมหรือประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ กระบวนการต่อไปคือเมื่อผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองผู้ป่วยจะมีการนำข้อมูลที่เก็บจำมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่ง

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) (Stewart, 2020) ซึ่งรูปแบบการสอนตามหลักพิตส์จะมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศศรีลังกา ซึ่งโปรแกรมการสอนได้นำรูปแบบพิตส์ (PITS model) มาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Cooray, Morrissey, Waidyaratne, Ball, & Sumanathilake, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการให้ความรู้ตามรูปแบบพิตส์ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งอาจไม่สามารถนำมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังได้เนื่องจากความแตกต่างในด้านลักษณะของโรคและลักษณะของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างก่อน และหลังการให้ความรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองมากกว่าก่อนได้รับความรู้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 เป็นโรคที่มีความซับซ้อนและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพิตส์ (PITS) (Stewart, 2020) โดยกระบวนการส่งผ่านข้อมูลการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ในผู้สูงอายุ ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมบุคลากรสุขภาพกับผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ มีการลำดับข้อมูลเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการหรืออาการบ่งชี้ การรักษา และข้อมูลการรักษารายเฉพาะบุคคล เมื่อผู้สูงอายุได้รับข้อมูลจะแบ่งข้อมูลเป็นสัดส่วน นำมาเปรียบเทียบกับความรู้เดิมหรือประสบการณ์ที่เคยได้รับเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งกระบวนการสอนแบบสะท้อนคิด และการสอนกลับ เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลด้านสุขภาพมาแบ่งสัดส่วน ผนวกเข้ากับประสบการณ์ของตนเอง นำมาสู่การตีความด้วยตนเอง เมื่อเกิดความเข้าใจสามารถนำไปสู่การตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stewart, 2020) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มทักษะทางปัญญา ในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลโรคไตเรื้อรังสามารถแยกแยะข้อมูลในการเลือกวิถีปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 เมื่อความรอบรู้เพิ่มขึ้นในระดับวิจารณ์ญาณ ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางด้านสุขภาพอย่างมีเหตุผล ช่วยในการตัดสินใจมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม



ด้วยการจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การใช้ยา การเลือกบริโภคอาหารเฉพาะโรค การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การวางแผนการรักษาเข้ากับวิถีดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันปัญหาความเครียดในบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การลดความเครียดและความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทางอารมณ์ (Lorig & Holman, 2003)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบสองกลุ่ม มีการวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre – posttest design) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ

1. ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ได้รับการรักษาโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น
3. มีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2014) ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป
4. มีสมาร์ทโฟน และสามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้
5. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ประเมินด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังของ ชฎารัตน์ เกื้อสุข และคณะ (Kuesuk et al., 2022) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.00 - 42.00
6. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรับรู้ฉบับสั้น ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2018) ได้ 8 คะแนนขึ้นไป

7. สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

8. ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนด อาจเนื่องจากการได้รับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่สมัครใจ ย้ายภูมิลำเนา หรือเสียชีวิต

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลางสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) และได้ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop-out rate) เพิ่มร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 2 โรงพยาบาล จากทั้งหมด 27 โรงพยาบาล จากนั้นติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รายชื่ออาสาสมัครได้ทำการสุ่มโดยการจับฉลากแล้วคัดกรองคุณสมบัติ ถ้าคุณสมบัติไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างใหม่เข้ามาแทนที่จนได้ครบตามจำนวนคือ 54 คน

การคัดเลือกเข้ากลุ่ม (group assignment)

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับฉลาก เพื่อให้ได้กลุ่มละ 27 คน (simple random assignment) การคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองครั้งนี้ไม่มีการปนเปื้อน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีโอกาสพบกัน จึงไม่มีปัจจัยถ่ายทอดสิ่งทดลองระหว่างกลุ่ม (contaminate of treatment)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนตามหลักพิตส์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีการให้ความรู้ในเรื่องของพยาธิสรีรวิทยา อาการหรืออาการบ่งชี้ การรักษา การจัดการตนเอง โดยการให้ความรู้รายกลุ่ม ๆ ละ 9 คน ครั้งละประมาณ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันเว้นวัน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และการสอนรายบุคคลที่เป็นข้อมูลการรักษาเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล 1 ครั้ง ซึ่งใช้เวลาในการสอนครั้งละ 15-30 นาที

1.2 คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการหรืออาการบ่งชี้ การรักษา และการจัดการตนเอง จัดทำเป็นรูปเล่มเอกสารพร้อมคำบรรยาย ประกอบภาพสี และมีคิวอาร์โค้ด (Quick Response code: QR code) เพื่อสแกนผ่านแอปพลิเคชันซึ่งสามารถเปิดดูวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

1.3 สื่อวีดิทัศน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำเสนอเนื้อหาพยาธิสรีรวิทยา อาการหรืออาการบ่งชี้ การรักษา และการจัดการตนเอง ในรูปแบบแอนิเมชันอินโฟกราฟิก (Infographics Animation) ประกอบด้วย ตัวละครบรรยาย เนื้อหา รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยาย ความยาวประมาณ 5-15 นาที สามารถเปิดดูวีดิทัศน์บนแพลตฟอร์มยูทูป (Youtube) โดยการใช้สมาร์ตโฟนสแกนรูปคิวอาร์โค้ดในคู่มือ

1.4 แบบวัดความเข้าใจของบุคคล (Understanding person perception scale: UPP scale) ฉบับภาษาไทยโดย วิชาญย์ ใจมาลัย, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ พนิดา จันทโสภีพันธ์ (personal communication, October, 31, 2021) เพื่อประเมินความเข้าใจข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ 1) ความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และ 2) ความสามารถในการนำข้อมูลไปปฏิบัติ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ (Five-point Likert scale) โดยใช้ภาพพระอาทิตย์ที่แสดงว่ามีความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพชัดเจน และก้อนเมฆแสดงถึงความคลุมเครือ โดยระดับที่ 1 ภาพพระอาทิตย์ที่ไม่มีก้อนเมฆ หมายถึง มีความเข้าใจข้อมูลอย่างชัดเจนและสามารถนำข้อมูลไปปฏิบัติได้ จนถึงระดับที่ 5 ก้อนเมฆทับซ้อนกันและสีดำเข้ม ไม่มีแสงอาทิตย์ หมายถึงมีความสับสน ความไม่เข้าใจของข้อมูลที่ได้รับ

1.5 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังของ ชฎารัตน์ เกื้อสุข และคณะ (Kuesuk et al., 2022) ใช้เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการให้ความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถาม



ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง คะแนนอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ช่วงคะแนน 14.00 - 28.00 คะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 28.01 - 42.00 คะแนน และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ช่วงคะแนน 42.01 - 56.00 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังของ ชวาร์ตน์ เกื้อสุข และคณะ (Kuesuk et al., 2022) ประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ การจัดการด้านการแพทย์ การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ จำนวนทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน คะแนนอยู่ระหว่าง 32-160 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับต่ำ ช่วงคะแนน 32.00 - 74.66 คะแนน พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 74.67 - 117.33 คะแนน และพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูง ช่วงคะแนน 117.34 - 160.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แผนการสอนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสื่อวีดิทัศน์ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา และความเหมาะสมของสื่อวีดิทัศน์ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และการทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 038/2565 รหัสโครงการ: 2565 EXP015 หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ พร้อมอธิบายการดำเนินการวิจัยนี้ไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องรอให้การศึกษาวิจัยนี้สิ้นสุด พร้อมทั้งขอความยินยอมโดยกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเนื่องด้วยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การเข้าพบกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามมาตรฐานการเว้นระยะห่างทางสังคม สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา มีเจลแอลกอฮอล์ล้างมือความเข้มข้นอย่างน้อย 70% และการคัดกรองอุณหภูมิร่างกายและประวัติเสี่ยง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและการเก็บข้อมูล แล้วดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง โดยนัดหมายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาคนละวัน

กัน โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2565 โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมกัน ตามขั้นตอนต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง

มีการให้ความรู้ทั้งหมด 5 ครั้ง แบ่งเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 9 คน จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันเว้นวัน ครั้งละประมาณ 45-60 นาที และรายบุคคลจำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที กิจกรรมการให้ความรู้ประกอบด้วย การบรรยายประกอบการใช้สื่อวีดิทัศน์ การสอนกลับโดยกลุ่มตัวอย่าง การสะท้อนคิด และประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดความเข้าใจของบุคคล (UPP scale) ภายหลังการให้ความรู้ทุกครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือและสื่อวีดิทัศน์ไปศึกษาด้วยตนเองภายหลังเข้าร่วมกลุ่มแล้วในแต่ละครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องพยาธิสรีรวิทยา

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องอาการและอาการบ่งชี้

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการรักษาและการจัดการด้านการรักษา

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการจัดการด้านบทบาทและการจัดการด้านอารมณ์

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการรักษาที่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ หากพบว่าไม่เพิ่มขึ้นถึงระดับสูง คือช่วงคะแนน 42.01 - 56.00 คะแนน ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่เข้าใจ และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพซ้ำ

สัปดาห์ที่ 4-6 กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 7 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม และผู้ช่วยวิจัยประเมินการจัดการตนเอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1-6 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินปัญหาทางการพยาบาลจากประวัติผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ อาการข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อน และการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สัปดาห์ที่ 7 ผู้ช่วยวิจัยประเมินการจัดการตนเอง และผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็น กลุ่มควบคุมตามหลักของพิตส์ (PITS) ได้แก่ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการบ่งชี้ การรักษา การจัดการตนเอง และการรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคลและมอบคู่มือการสอนและสื่อวีดิทัศน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยข้อมูลเป็นจำนวนและร้อยละ ได้แก่ เพศ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ยารักษาโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพด้วยสถิติ chi-square test อายุ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ด้วยสถิติ independent t-test ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการสูบบุหรี่ โรคร่วมอื่นที่ได้รับการวินิจฉัย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา และภาวะแทรกซ้อน ด้วยสถิติ Fisher's exact test

3. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test



The Effect of PITS-Based Education Health Literacy on Self-Management Among Older Persons with Chronic Kidney Disease Stage 1-3 ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเอง ภายหลังการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.1 และร้อยละ 77.80 ตามลำดับ) ประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 70.40 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 66.70 ของกลุ่มทดลอง) ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 92.60 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 88.90 ของกลุ่มทดลอง) พบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55.60 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 51.90 ของกลุ่มทดลอง) สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 63.00 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 66.70 ของกลุ่มทดลอง) โดยทุกคนมีแหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพ ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 92.60 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 85.20 ของกลุ่มทดลอง) ประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร/หลาน (ร้อยละ 70.40 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 63.00 ของกลุ่มทดลอง) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 92.60 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 92.60 ของกลุ่มทดลอง) โดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 2 (ร้อยละ 81.50 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 74.10 ของกลุ่มทดลอง) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทุกคนมีโรคประจำตัวรวมเป็นความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 81.48 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 88.80 ของกลุ่มทดลอง) สองในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 (ร้อยละ 66.70 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 63.00 ของกลุ่มทดลอง) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 96.30 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 92.60 ของกลุ่มทดลอง) เกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างรับประทานรักษาโรคไตเรื้อรัง 3 - 4 ชนิด (ร้อยละ 55.60 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 59.30 ของกลุ่มทดลอง) ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ รองลงมา คือ จากโทรทัศน์ (ร้อยละ 29.60 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 37.00 ของกลุ่มทดลอง) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพ

คะแนนการจัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม (n = 27)			กลุ่มทดลอง (n = 27)			t	p-value
	range	$\bar{X}$	SD	range	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	85-107	93.40	5.59	82-106	94.66	6.38	-.771	.222
หลังการทดลอง	85-103	92.18	5.06	102-126	115.96	6.45	-15.047	.000



The Effect of PITS-Based Education Health Literacy on Self-Management
Among Older Persons with Chronic Kidney Disease Stage 1-3
ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลัง การทดลอง

คะแนนการจัดการตนเอง	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	94.66	6.38	19.134	.000
หลังการทดลอง	115.96	6.45		

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 27 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 27 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์มากกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ตามหลักของพิตส์ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า การให้ความรู้โดยมีการจัดเรียงลำดับเนื้อหาเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง ได้มากขึ้นเปรียบเสมือนการให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของตนเอง (health expert) คือเรียนรู้ที่จะเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองผ่านการให้ข้อมูลโดยบุคลากรสุขภาพ ซึ่งข้อมูลได้มีการจัดเรียงลำดับตามกระบวนการเกิดโรคที่อธิบายตามหลักชีวการแพทย์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเมื่อเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อมีปัจจัยเหตุที่ทำให้ไตทำหน้าที่บกพร่อง โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของไต ที่ส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลง ข้อมูลอาการหรืออาการบ่งชี้ที่แสดงถึงการทำงานของไตบกพร่องและส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บวม ซีด อ่อนเพลีย สับสน โดยข้อมูลจะช่วยให้เชื่อมโยงไปสู่ข้อมูลการรักษาโรคไตเรื้อรัง ที่ประกอบด้วยการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคร่วมที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง เพื่อป้องกันความรุนแรงเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อมูลการรักษารายเฉพาะบุคคล เช่น การควบคุมโรคร่วมที่เป็นปัจจัยกระตุ้นการเสื่อมของไต

ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสอนแบบการสะท้อนคิดและเทคนิคการสอนด้วยการสอนกลับ ร่วมกับการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยแบบวัดความเข้าใจของบุคคลภายหลังการให้ความรู้ทุกครั้ง ซึ่งเทคนิคการสอนแบบสอนกลับ คือ การให้กลุ่มตัวอย่างคิดทบทวนอย่างละเอียดถึงประสบการณ์ หรือความรู้เดิมที่เคยได้รับ ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อาการและอาการบ่งชี้ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือเหมาะสม นอกจากนี้เทคนิคการสอนด้วยการสอนกลับ กระทำโดยให้ผู้สูงอายุอธิบายด้วยคำพูดของตนเองถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ได้รับจากผู้วิจัย เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นการตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจของผู้สูงอายุ หากมีข้อมูลที่เข้าใจผิดพลาด ผู้วิจัยต้องทำการอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติมภายใต้การตรวจสอบอีกครั้ง จากกระบวนการรับและส่งข้อมูลทางด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและ



ผู้วิจัย และตรวจสอบความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการให้ข้อมูลที่มีการเรียงลำดับเนื้อหาเป็นขั้นตอน เพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับความรู้เดิมหรือความด้วยตนเองจากประสบการณ์ที่เคยได้รับ เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จนเกิดความเข้าใจสามารถนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองกับโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ในด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมมากขึ้น ประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านการรักษา ได้แก่ การใช้ยา การตรวจตามนัด การควบคุมอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การจัดการตนเองด้านบทบาท เป็น การวางแผนการรักษาเข้ากัวิถีดำเนินชีวิต และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทางอารมณ์ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ คูเรย์ และคณะ (Cooray et al., 2018) ที่ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศศรีลังกา ซึ่งโปรแกรมการสอนได้นำรูปแบบพิตส์ (PITS model) มาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ได้รับการให้ความรู้ตามหลักของพิตส์ ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เรียงลำดับเนื้อหาเป็นขั้นตอน รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นร่วมกัน และเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยกระบวนการตั้งแต่การให้ข้อมูล การนำข้อมูลมาประมวล และวิเคราะห์เชื่อมโยง จนเกิดเป็นความเข้าใจจนสามารถตัดสินใจได้ คือการเกิดขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจนถึงขั้นวิจารณ์ญาณ ผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือเหมาะสม ส่งผลทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้น การให้ความรู้ตามหลักพิตส์ จึงเป็นโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมบุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรมให้ความรู้ตามหลักพิตส์ไปใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมให้ความรู้ตามหลักพิตส์ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในระยะ 4-5
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลของโปรแกรมให้ความรู้ตามหลักพิตส์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 เช่น อัตราการกรองของไต

References

- American Kidney Fund. (2021). *Stages of chronic kidney disease*. Retrieved from <https://www.kidneyfund.org/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/stages-of-chronic-kidney-disease/>
- Ardkhithkarn, S., Pothiban, L., & Lasuka, D. (2013). Self-management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal*, 40(Suppl.), 22-32. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.



The Effect of PITS-Based Education Health Literacy on Self-Management
Among Older Persons with Chronic Kidney Disease Stage 1-3
ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิทส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

- Chen, Y., Chang, L., Liu, C., Ho, Y., Weng, S., & Tsai, T. (2018). The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 265-275. doi: 10.1111/jnu.12377
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly with health promotion*. Chiang Mai: Author. Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197
- Chuang, L. M., Vivienne Wu, S. F., Lee, M. C., Lin, L. J., Liang, S. Y., Lai, P. C., & Kao, M. C. (2021). The effects of knowledge and self-management of patients with early-stage chronic kidney disease: Self-efficacy is a mediator. *Japan Journal of Nursing Science*, 18(2), e12388. doi: 10.1111/jjns.12388
- Cooray, B. P. R., Morrissey, H., Waidyaratne, E. I., Ball, P. A., & Sumanathilake, M. (2018). The impact of individual health education on health literacy: Evaluation of the translated version (Sinhala) of health education impact questionnaire in type 2 diabetes. *International Journal of Diabetes and Clinical Research*, 5(2), 1-8.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). *The elderly assessment from according to potential group according to the ability to carry out daily activities (Barthel activities of daily living: ADL)*. Nonthaburi: Author. Retrieved from http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=508
- Kuesuk, C., Panuthai, S., & Tamdee, D. (2022). Correlation between health literacy and self-management among older persons with chronic kidney disease. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 16(2), 1-12. (in Thai)
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Self-Management Education*, 26(1), 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01
- Moktan, S., Leelacharas, S., & Prapaipanich, W. (2019). Knowledge, self-efficacy, self-management behavior of the patients with predialysis chronic kidney disease. *Ramathibodi Medical Journal*, 42(2), 38-48. doi: 10.33165/rmj.2019.42.2.119901 (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 450-456. doi: 10.7143/jhep.42_450
- Shah, J. M., Ramsbotham, J., Seib, C., Muir, R., & Bonner, A. (2021). A scoping review of the role of health literacy in chronic kidney disease self-management. *Journal of Renal Care*, 47, 221-233. doi: 10.1111/jorc.12364
- Stewart, M. N. (2020). *The art and science of patient education for health literacy*. New York: McGraw-Hill Medical.



The Effect of PITS-Based Education Health Literacy on Self-Management
Among Older Persons with Chronic Kidney Disease Stage 1-3
ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3

The Nephrology Society of Thailand. (2014). *Chronic kidney disease*. Retrieved from
<https://www.hiso.or.th> (in Thai)

The Nephrology Society of Thailand. (2017). *Recommendations for holistic palliative chronic kidney disease care*. Bangkok: Text and journal. (in Thai)

Vargas, P. A. L., Tong, A., Howel, M., & Craig, J. C. (2016). Educational intervention for patients with CKD: A systematic review. *American Journal of Kidney Diseases*, 68(3), 353-370.
doi: 10.1053/j.ajkd.2016.01.022



The Effects of Yoga on Dyspnea and Pulmonary Function Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

ผลของการฝึกโยคะต่ออาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด
ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

เสาวลักษณ์ หงษาไช**

Saowaluck

Hongsachait**

จินดารัตน์ ชัยอาจ***

Jindarat

Chaiard***

นิตยา ภิญญาคำ***

Nitaya

Pinyokham***

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an obstruction of the airways within the lungs. Persons with COPD have difficulty breathing and experience a decline in lung function. Yoga is an exercise which strengthens the muscles associated with breathing, resulting in decreased dyspnea. This study used a quasi-experimental research design aimed at examining the effects of yoga exercise on dyspnea and lung function on persons with COPD. The sample included 34 persons with COPD who visited the out-patient clinic at Phrae Hospital. There were 17 participants each in the control and experimental groups. The participants in the experimental group did yoga exercise training for 8 weeks, while those in the control group received the usual nursing care. The research instruments consisted of the Demographic Data Recording Form, the Dyspnea Visual Analogue Scale (VAS), a Yoga exercise handbook, a Yoga exercise video, and a Spiromitor. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The results of this study revealed that:

1. The dyspnea in persons with COPD in the experimental group, after receiving yoga exercise training, was statistically significantly lower than that of the control group ($p < .05$).
2. The lung function of persons with COPD in the experimental group was not statistically significantly different from that in the control group.
3. The dyspnea of persons with COPD, after receiving yoga exercise training, was statistically significantly lower than that before receiving yoga ($p < .05$).
4. The lung function of persons with COPD, after receiving yoga exercise training, was not statistically significantly different from that before receiving yoga.

Yoga exercise was able to decrease dyspnea in persons with COPD. Therefore, nurses could apply yoga exercise to nursing practice.

Keywords: Yoga; Dyspnea; Lung function; Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

* 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: ginnes.2384@gmail.com

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

Received 1 May 2017; Revised 17 July 2017; Accepted 3 August 2017



บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจภายในปอดส่วนล่าง ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง การบริหารร่างกายแบบโยคะเป็นการบริหารแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กับการหายใจเข้าออกซึ่งมีผลต่อการลดอาการหายใจลำบาก การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโยคะต่ออาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึกบริหารร่างกายแบบโยคะติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มาตรวัดอาการหายใจลำบากด้วยสายตา (Dyspnea Visual Analogue Scale: VAS) คู่มือการฝึกโยคะ วิดีทัศน์ประกอบการฝึกโยคะ และสไปโรมิเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ t-test

ผลการศึกษานี้พบว่า

1. อาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกโยคะลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. สมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกโยคะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน
3. อาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกโยคะลดลงกว่าก่อนได้รับการฝึกโยคะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
4. สมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะไม่แตกต่างกัน

การบริหารร่างกายแบบโยคะสามารถลดอาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นพยาบาลควรประยุกต์การบริหารร่างกายแบบโยคะไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

คำสำคัญ: การฝึกโยคะ อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: ginnes.2384@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นโรคที่ป้องกันและรักษาได้ โดยมีลักษณะเป็นการอุดกั้นของทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ โดยเป็นผลมาจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซพิษ ที่สำคัญได้แก่ควันบุหรี่ ทำให้เกิดความผิดปกติของปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการอักเสบทั้งในปอดและระบบอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2022) ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี ค.ศ. 2012 ประชากรมากกว่าสามล้านคนเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละหกของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก ปัจจุบันผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าจะเป็สาเหตุการตายอันดับที่ 3 ในปี ค.ศ. 2020 สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็สาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยังมีความรุนแรงและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสาธารณสุข

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเกิดจากการอักเสบในหลอดลมและเนื้อปอด จากการสูดเอาอนุภาคหรือก๊าซพิษที่อยู่ในอากาศเป็นเวลานานจึงก่อให้เกิดการอักเสบอย่างต่อเนื่องในหลอดลม และเกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของเนื้อปอด หลอดลม หลอดลมฝอยและเส้นเลือดในปอด เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD, 2022) การอุดกั้นทางเดินหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ไม่สามารถขับลมออกจากปอดจากความจุของปอดทั้งหมดภายในเวลาที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการเหนื่อยง่ายและหายใจลำบาก ซึ่งเป็นความรู้สึกยากลำบากในการหายใจและความรู้สึกที่ต้องออกแรงหายใจมากกว่าปกติซึ่งเป็ความรู้สึก การรับรู้และแปลผลโดยตัวผู้ป่วยเอง (Gift, 1989) อาการหายใจลำบากยังมีลักษณะที่หมายถึง การมีความผิดปกติในการหายใจ ผู้ป่วยมักรู้สึกหายใจไม่เพียงพอต่อความต้องการ (Weinberger, Cockrill, & Mandel, 2008) โดยจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันแบ่งเป็น การรักษาในระยะสงบ (stable) และในระยะกำเริบ (exacerbation) (Pothirat, 2008) การรักษาในระยะสงบประกอบด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรค การฝึกการหายใจ การให้การสนับสนุนทั้งทางด้านจิตใจ สังคม การฝึกออกกำลังกาย (GOLD, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายส่งผลดีต่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจากการทบทวนอย่างเป็นระบบของการฝึกไทชิและจิ้งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมรรถภาพทางกาย สมรรถภาพปอดดีขึ้น และผู้ป่วยมีความทนในการทำกิจกรรม อาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของดีขึ้น (Ding, Zhang, Li, & Chen, 2014; Zhang, Xv, Luo, Meng, & Ji, 2016) แต่ในบางการศึกษาที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดก็พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมิได้ส่งผลถึงสมรรถภาพปอด แต่พบว่า ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและความทนทาน ส่งผลต่ออาการหายใจลำบากที่ลดลง (Lan et al., 2013; Daabisa, Hassanb, & Zidana, 2016)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การวิ่ง การว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน โยคะ ฤๅษีดัดตน และซิงก เป็นต้น การเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาอาการหายใจเหนื่อยหอบและเพิ่มสมรรถภาพของปอด แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีการออกกำลังกายที่น้อย จากการสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชาวไต้หวัน 31 ราย พบว่ามีผู้ไม่ออกกำลังกายทั้งหมด 14 ราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าการออกกำลังกายทำให้ไม่สบาย ร้อยละ 64 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 50 ไม่รู้สึกสนุกกับการออกกำลังกายและ

ไม่เชื่อว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดปัญหาสุขภาพทั่วไปได้ ร้อยละ 79 (Wang et al., 2013) และโยคะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการออกกำลังกาย วิธีปฏิบัติของโยคะเป็นการพัฒนาร่างกายและจิตใจ โดยการฝึกหัดร่างกายให้แข็งแรง ฝึกการหายใจและการฝึกจิตให้เป็นสมาธิ (Chanpensawang, 1998)

การฝึกโยคะ คือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (stretching) ช่วยให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นและผ่อนคลาย ทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวได้อย่างเต็มที่ เป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรง ลดการบาดเจ็บ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความสุขสบายจากการฝึก (Donesky-Cuenco, Nguyen, Paul, & Carrieri-Kohlman, 2009; Pomidori, Campigotto, Amatya, Bernardi, & Cogo, 2009) โยคะเป็นการฝึกแบบผสมผสาน ประกอบด้วย อาสนะ (asana) คือ ท่าในการฝึกโยคะ โดยใช้ร่วมกับการฝึกบริหารลมหายใจเข้า-ออก เรียกว่า ปราน (pranayama) รวมถึงการทำสมาธิ (meditation) (Chanpensawang, 1998) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ส่วน ดังนี้ 1) การอบอุ่นร่างกาย 2) การฝึกควบคุมลมหายใจ 3) การฝึกท่าอาสนะ และ 4) การผ่อนคลาย การควบคุมลมหายใจพร้อมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหายใจ ส่งผลคือ ช่วยให้กล้ามเนื้อที่ยึดระหว่างซี่โครง (intercostal muscles) แข็งแรงและมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ช่วยขยายทรวงอก ทำให้ปอดขยายตัวได้มากขึ้น กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นแข็งแรงมากขึ้น (Dara, 2009; Nagarathna & Nagendra, 1985; Ranjita, Hankey, Nagendra, & Mohanty, 2016)

การฝึกบริหารร่างกายแบบโยคะนั้นมีลักษณะที่สอดคล้องกับหลักการของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sport Medicine, 2010) ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนขา (lower extremity exercise) 2) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนแขน (upper extremity exercise) และ 3) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหายใจ (ventilatory muscle training) ในการฝึกโยคะนั้น เป็นการบริหารกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ทั้ง 3 ส่วน ซึ่งเป็นท่าที่มีการยืดกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก ทำให้ทรวงอกเกิดการยกตัวขึ้นขณะฝึกและเมื่อปฏิบัติร่วมกับการบริหารลมหายใจซึ่งการหายใจแบบโยคะเป็นการควบคุมลมหายใจเข้าออก โดยต้องหายใจเข้าออกให้ลึกที่สุดผ่านทางจมูก ซึ่งส่งผลต่อการขยายตัวของทรวงอกเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากลักษณะการเคลื่อนไหวขณะฝึกเน้นการยืดกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ ทรวงอกจึงส่งผลทำให้ทรวงอกขยายตัวเพิ่มมากขึ้น (Mongkol, 2016)

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่า การฝึกโยคะในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีผู้น้อย แต่ได้มีการนำโยคะมาเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ดังการศึกษาของ สุภาพร ดารา (Dara, 2009) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับโยคะตามกลวิธีการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของการรับรู้สมรรถนะตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย สมรรถภาพปอด (FEV1 และ FVC) และอาการหายใจลำบากลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการบริหารร่างกายแบบโยคะของ สุภาพร ดารา (Dara, 2009) โดยได้เพิ่มท่าอาสนะในการอบอุ่นร่างกายก่อนการฝึกโยคะ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการอบอุ่นร่างกายซึ่งเป็นการป้องกันการได้รับบาดเจ็บขณะฝึกโยคะ ทั้งนี้ยังช่วยให้การทำงานของหัวใจ การไหลเวียนเลือด และโครงสร้างของกล้ามเนื้อพัฒนาและดีขึ้น (Trevadi, 2013) การฝึกตามหลักการของโยคะที่ผสมผสานระหว่างการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหายใจให้มีความยืดหยุ่นร่วมกับการหายใจที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้อาการหายใจลำบากลดลงและสมรรถภาพปอดดีขึ้นได้ จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจนำการบริหารร่างกายแบบโยคะมาใช้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้เป็นอีกแนวทางเลือกหนึ่งในการบริหารร่างกาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกโยคะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



2. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างก่อนได้รับการฝึกโยคะและหลังได้รับการฝึกโยคะ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกโยคะลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. สมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกโยคะดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. อาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกโยคะลดลงกว่าก่อนได้รับการฝึกโยคะ
4. สมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกโยคะดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการฝึกโยคะ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทางพยาธิสรีรวิทยาในการอธิบายถึงผลของโยคะต่ออาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพของปอดที่ลดลง การฝึกโยคะเป็นการบริหารร่างกายที่ประกอบด้วย 1) การอบอุ่นร่างกาย 2) การฝึกควบคุมลมหายใจ 3) การฝึกท่าอาสนะ และ 4) การผ่อนคลาย การบริหารร่างกายแบบโยคะเป็นการฝึกท่าอาสนะที่ผสมผสานกับการควบคุมลมหายใจ มีการยืดเหยียดของร่างกายในทิศทางต่าง ๆ ทั่วร่างกาย เมื่อกล้ามเนื้อเกิดการยืดเหยียดและหดตัวสลับกัน จะทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดที่กล้ามเนื้อนั้น ๆ มากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความแข็งแรง นอกจากนี้ยังเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ทำให้เกิดการหดตัว ทรวงอกสามารถขยายตัวได้มากขึ้น ออกซิเจนสามารถไหลสู่ปอดได้มากขึ้น ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น และในขณะที่หายใจออก จะใช้กล้ามเนื้อซี่โครงชั้นในช่วยหายใจออก เพื่อขับคาร์บอนไดออกไซด์โดยดึงกระดูกซี่โครงให้ยุบลงมาเพื่อดันกระบังลมให้สูง การบริหารการยืดเหยียดดังกล่าว เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ส่งผลให้ปอดได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ อากาศที่คงค้างภายในปอดลดลง จึงช่วยลดอาการหายใจลำบากและส่งผลต่อสมรรถภาพปอดให้ดีขึ้น (Liu et al., 2014)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 และ 3

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 และ 3 โดยใช้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นเกณฑ์ในการประเมินระดับความรุนแรง (Modified Medical Research Council [MMRC]) ที่กำหนดโดยแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD, 2022) ซึ่งเป็นผู้ที่มารับการรักษาคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ (match paired) โดยมีคุณสมบัติที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันคือ 1) เพศ 2) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) ระดับความรุนแรงของโรคระดับเดียวกัน และ 4) ได้รับยากลุ่มใกล้เคียงกัน แล้วจับสลากเข้าแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 17 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มละ 20 ราย แต่จากการขอลอนตัวจึงเหลือเพียงกลุ่มละ 17 ราย



คุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างมี ดังนี้ มีอายุ 35-75 ปี ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 และ 3 สื่อสารอ่านภาษาไทยได้ดี มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือ แพทย์ผู้รักษายินยอมให้เข้าร่วมงานวิจัยได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนปฏิบัติตามทุกท่าของโยคะจนกระทั่งสิ้นสุดการฝึกตามแผน ไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอื่น ๆ เช่น วัณโรคระยะติดต่อ โรคกระดูกและข้อและความผิดปกติอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติทางระบบประสาท กระดูกและกล้ามเนื้อ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมงานวิจัย มีภูมิลำเนาที่สามารถเยี่ยมบ้านได้ ในรัศมีห่างจากตัวอำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ไม่เกิน 30 กิโลเมตร และสามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบวัดอาการหายใจลำบากของ กิฟท์ (visual analogue scale [VAS]) (Gift, 1989)
- 1.3 แบบบันทึกการฝึกโยคะที่บ้าน
- 1.4 เครื่องมือที่ใช้วัดสมรรถภาพปอด ได้แก่ สไปโรมิเตอร์ (spirometer) รุ่น microlab cat no. ML3500 ชนิดเคลื่อนย้ายได้ ผลิตโดยบริษัท micro medical ltd. ประเทศสหรัฐอเมริกา ตามมาตรฐานของ American Thoracic Society (ATS)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 คู่มือการฝึกโยคะ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก สุภาพร ดารา (Dara, 2009) โดยได้เพิ่มท่าไหว้พระอาทิตย์ในการอบอุ่นร่างกาย จากตำราหลักสูตรครูโยคะมาตรฐาน (Bangkokyoga, N.P.) รวมถึงจากตำราโยคะสำหรับผู้เริ่มต้น (Chanpensawang, 1998) และตำราโยคะ คู่มือการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเพื่ออายุวัฒนะ (Boonjing, 1997)

2.2 วิธีทัศน์ประกอบการฝึกโยคะที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับคู่มือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิธีทัศน์ประกอบการฝึกโยคะ คู่มือการฝึกโยคะ รวมถึงแบบบันทึกการฝึกโยคะที่บ้าน นำไปหาความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน จากนั้นทำการศึกษานำร่อง โดยใช้กับผู้ที่ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการฝึกโยคะพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามได้

เครื่องมือที่ใช้วัดสมรรถภาพปอด สไปโรมิเตอร์ (spirometer) รุ่น microlab cat no. ML3500 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเครื่องสไปโรมิเตอร์โรงพยาบาลแพร่เป็นผู้ตรวจหาความตรงของเครื่องมือโดยใช้กระบอกสูบลขนาดมาตรฐาน 3 ลิตร ตรวจค่า capacity ค่าความแปรปรวนที่เกิดขึ้นไม่เกิน $\pm$ ร้อยละ 3 ที่เครื่องอ่านได้ หรือมีค่าอยู่ระหว่าง 2.9 – 3.09 ลิตร ซึ่งเป็นไปตาม American Thoracic Society (ATS) standard ในงานวิจัยนี้ ใช้ผู้ประเมินสมรรถภาพปอดเป็นบุคคลเดียวกันทั้งก่อนและหลังทดลอง

แบบวัดอาการหายใจลำบากด้วยการประมาณค่าด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) (Gift, 1989) ลักษณะของแบบวัดจะประกอบด้วยข้อความเพียง 1 ข้อคำถาม ที่แสดงถึงอาการหายใจลำบากในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนยาว 100 มิลลิเมตร โดยด้านปลายสุด 100 มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด และปลายด้านล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย และตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึง อาการหายใจลำบากปานกลาง และเป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานใช้อย่างแพร่หลาย จึงไม่ต้องหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ



การเตรียมตัวผู้วิจัย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้นำในการฝึกโยคะ โดยได้ทำการฝึกโยคะกับผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะเป็นเวลา 1 ปี จนชำนาญและฝึกด้วยตนเองมากกว่า 6 เดือน มีการฝึกฝนสำหรับการเป็นผู้ฝึกสอน โดยได้รับคำแนะนำจากครูฝึก และมีการประเมินจากครูฝึกว่าสามารถเป็นผู้ฝึกสอนโยคะให้กับผู้อื่นได้ รวมถึงมีการเตรียมตัวผู้ช่วยในด้านการสอนและการสังเกตอาการที่สอดคล้องตรงกันกับผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย การรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จัดเตรียมเครื่องตรวจความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้วเพื่อตรวจวัดระหว่างการทำโยคะหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบาก และเครื่องมือในการให้ออกซิเจนกับกลุ่มทดลอง หากเกิดภาวะเจ็บป่วยสามารถรับการรักษาตามสิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือการฝึกโยคะ พร้อมกับการฝึกโยคะแก่ผู้ที่สนใจภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก เลขที่เข้ากลุ่มทดลอง เลขคู่เข้ากลุ่มควบคุม จากนั้นดำเนินการกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อม ๆ กัน

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลแพร่ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทำแบบวัดอาการหายใจลำบาก และทำการนัดกลุ่มควบคุม วัดสมรรถภาพปอดให้เสร็จในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มทำการศึกษา

สัปดาห์ที่ 2-9 กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตประจำวันและรับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 10 กลุ่มควบคุมทำการวัดสมรรถภาพปอดซ้ำหลังเสร็จสิ้นการวิจัย และทำแบบวัดอาการหายใจลำบาก

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทำแบบวัดอาการหายใจลำบาก และนัดกลุ่มทดลอง วัดสมรรถภาพปอดให้เสร็จทุกรายในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มทำการศึกษา

สัปดาห์ที่ 2 เริ่มฝึก ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมงครั้ง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการฝึกโยคะและประโยชน์ของโยคะ พร้อมทั้งฉายวีดิทัศน์การฝึกโยคะให้กลุ่มทดลองทราบข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ และเริ่มฝึกโยคะให้แก่กลุ่มทดลอง ซึ่งก่อนเริ่มการฝึกจะประเมินวัดสัญญาณชีพ จากนั้นจึงเริ่มฝึกตามวีดิทัศน์ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยคอยตรวจสอบความถูกต้อง ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึก มอบคู่มือการฝึกโยคะและสอนวิธีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการปฏิบัติโยคะที่บ้าน จากนั้นทำการนัดฝึกครั้งที่ 2 และ 3 ในวันถัดไป

สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป กลุ่มทดลองปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน ในระหว่างสัปดาห์ที่ 3, 4, 6, 7, 9, และ 10 ได้โทรศัพท์ติดตามการฝึกโยคะด้วยตัวเอง และสัปดาห์ที่ 5 และ 8 ได้ไปเยี่ยมบ้านพร้อมกับตรวจสอบแบบบันทึกการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 11 ที่โรงพยาบาลแพร่ ทำการวัดสมรรถภาพปอดซ้ำและทำแบบวัดอาการหายใจลำบากหลังเสร็จสิ้นการวิจัย พร้อมกับการแนะนำให้ปฏิบัติโยคะอย่างสม่ำเสมอในระยะยาวต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.59 และ 88.24 ตามลำดับ ร้อยละ 70.59 ของกลุ่มทดลองและร้อยละ 52.94 ของกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 56-65 ปี โดยค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 60 ปี (SD = 6.48) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 70.59 และ 82.35 ตามลำดับ กลุ่มทดลองสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลา 11-29 ปี และ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.67 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมสูบบุหรี่มานานมากกว่า 30 ปีขึ้นไปร้อยละ 50.00 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เคยออกกำลังกายร้อยละ 64.71 และ 41.18 ตามลำดับ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 83.33 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 60.00 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 70.59 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 58.82 ในกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มมีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 82.35 เท่ากัน ผลการทดสอบโดยใช้สถิติ chi-square test และสถิติ Fisher's exact test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการหายใจลำบาก ก่อนการบริหารร่างกายแบบโยคะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการหายใจลำบากก่อนการบริหารร่างกายแบบโยคะในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการหายใจลำบาก	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการบริหารร่างกายแบบโยคะ	55.29	7.17	51.17	4.58	1.960	.060

เปรียบเทียบความแตกต่างของของอาการหายใจลำบาก หลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการหายใจลำบาก หลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการหายใจลำบาก	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
หลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ	30.00	11.18	51.17	4.85	4.623	.000*

* $p < .001$



The Effects of Yoga on Dyspnea and Pulmonary Function Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของการฝึกโยคะต่ออาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการหายใจลำบากก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-Pair Sign-Rank test พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากลดลงภายหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการหายใจลำบาก ก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะของกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยอาการ หายใจลำบาก	กลุ่มทดลอง (n = 17)				t	p- value
	ก่อน		หลัง			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การบริหารร่างกายแบบโยคะ	55.29	7.17	30.00	11.18	3.581	.000*

* $p < .001$

เปรียบเทียบสมรรถภาพปอดก่อนการบริหารร่างกายแบบโยคะ ค่าเฉลี่ยของ FEV1 มีค่าเท่ากับ 60.17 ในกลุ่มทดลองและ 49.11 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ โดยใช้สถิติ independent t – test พบว่า ค่าเฉลี่ยของ FEV1 ก่อนการบริหารร่างกายแบบโยคะของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ FEV1 ก่อนการบริหารร่างกายแบบโยคะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมรรถภาพปอด	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
FEV1	60.17	22.76	49.11	16.82	1.61	.117

เปรียบเทียบสมรรถภาพปอดหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ ค่าเฉลี่ยของ FEV1 มีค่าเท่ากับ 60.23 ในกลุ่มทดลองและ 48.00 ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t – test พบว่า ค่าเฉลี่ยของ FEV1 หลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ FEV1 หลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมรรถภาพปอด	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
FEV1	60.23	21.91	48.00	17.22	1.810	.080

เปรียบเทียบสมรรถภาพปอดก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ FEV1 มีค่าเท่ากับ 60.17 ก่อนการทดลอง และ 60.23 หลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ FEV1 ก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ FEV1 ก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะของกลุ่มทดลอง

สมรรถภาพปอด	กลุ่มทดลอง (n = 17)				t	p-value
	ก่อน		หลัง			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
FEV1	60.17	22.76	60.23	21.91	0.025	.981

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก ภายหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารร่างกายแบบโยคะ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้ทำการฝึกโยคะจากผู้วิจัยจนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง หลังจากนั้นได้ทำการฝึกด้วยตนเองที่บ้านเป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 45 นาที ทั้งนี้อาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น พบว่าเป็นอาการที่มักจะเกิดขึ้นได้บ่อยครั้งและอาจรุนแรงขึ้นได้จากพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นการบริหารร่างกายแบบโยคะเป็นการฝึกทำอาสนะที่ผสมผสานกับการควบคุมลมหายใจ มีการยืดเหยียดของร่างกายในทิศทางต่าง ๆ ทั้งร่างกาย ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่กล้ามเนื้อ นั้น ๆ มากขึ้น จึงเกิดความแข็งแรง ช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลาย อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ทำให้ปริมาตรเลือดในหัวใจมากขึ้น หัวใจสูบฉีดเลือดไปรับออกซิเจนที่ปอด และนำออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อได้มากขึ้น (Ranjita et al., 2016) และการฝึกหายใจแบบโยคะช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหายใจเข้า-ออก และหลอดลมเกิดการขยาย เป็นผลให้ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมปอด (alveoli) เพิ่มขึ้น อาการหายใจลำบากจึงลดลงหลังการฝึกโยคะ (Singh, Soni, Singh, & Tandon, 2012) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร ดารา (Dara, 2009) เรื่องผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับโยคะตามกลวิธีการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของการรับรู้สมรรถนะตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย สมรรถภาพปอด (FEV1/ FVC) ดีขึ้น และมีการลดลงของอาการหายใจลำบาก เช่นเดียวกับการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยโยคะต่อการจัดการกับอาการหายใจลำบากในคนงานเหมืองแร่ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 72 ราย ผลพบว่าอาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้าลดลง รวมถึงการทดสอบการเดิน 6 นาทีได้ระยะทางเพิ่มขึ้น (Ranjita et al., 2016)

จากการเยี่ยมบ้านและตรวจแบบบันทึกการบริหารร่างกายแบบโยคะร่วมกับการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองที่เป็นเพศชาย 8 ราย แจ้งว่า ภายหลังการฝึก 4 สัปดาห์ สามารถขับเสมหะได้ได้ด้วยตนเอง สามารถเดินไปตลาดได้ ผลิตรหรือซ่อมแซมเครื่องใช้สอยภายในบ้านได้ด้วยตนเอง โดยญาติให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ปัจจุบันนอกจากจะช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว ยังสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น นอนหลับดีขึ้น กลุ่มทดลองเพศหญิง 4 ราย ให้ข้อมูลว่า ภายหลังฝึกโยคะ 3 สัปดาห์ สามารถเดินไปบ้านญาติได้โดยไม่ต้องหยุดพักระหว่างทาง รับประทานอาหารได้มากขึ้น และการใช้ยาพ่นฉุกเฉินลดลงหรือบางครั้งไม่ได้ใช้

สำหรับสมรรถภาพปอดนั้นภายหลังการเข้าร่วมการบริหารร่างกายแบบโยคะ 8 สัปดาห์พบว่า สมรรถภาพปอดไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย FEV1 ก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบโยคะไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยของ FEV1 จะไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม แต่ก็พบว่าค่าเฉลี่ยของ FEV1 ในกลุ่มทดลอง (60.23 ลิตร/วินาที) หลังการบริหารร่างกายแบบโยคะ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม (48.00 ลิตร/วินาที) การศึกษาครั้งนี้สามารถลดอาการหายใจลำบากลงได้ แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด อาจเนื่องมาจากผู้ที่



เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพของปอดที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจภายในปอด มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างเรื้อรังและไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (Gupta, Gupta, Sood, & Arkham, 2014) การอักเสบบริเวณหลอดลม เนื้อปอดและเส้นเลือด ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดลมและถุงลมปอดจนเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ และเมื่อพยาธิสภาพดำเนินไปมากและเป็นเวลานานขึ้นจะส่งผลต่อสมรรถภาพปอด (Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher, 2014) ทำให้ภาวะหลอดลมอุดกั้น (airflow limitation) ไม่สามารถกลับคืนได้อย่างเต็มที่ (not fully reversible) และการดำเนินโรคของภาวะหลอดลมอุดกั้นจะแย่ลงไปเรื่อย ๆ (progressive airflow limitation) อย่างช้า ๆ (Lewis et al., 2014) ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 70.59 ในกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 58.82 ในกลุ่มควบคุม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการฝึกโยคะนั้น ในระยะที่ส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น โดยใช้ระยะเวลาในการฝึก 6-8 สัปดาห์ (Joshi, Josh, & Gokhale, 1992; Chanavirut, Khaidjapho, Jaree, & Pongnrratorn, 2006; Singh et al., 2012) แต่ในขณะเดียวกันบางงานวิจัยก็ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด แต่กลับพบว่าอาการหายใจลำบากลดลงซึ่งระยะเวลาในการฝึกอยู่ระหว่าง 8-12 สัปดาห์ (Donesky-Cuenco et al., 2009; Yeh et al., 2010; Gupta et al., 2014) สอดคล้องกับงานวิจัยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และความทนทานความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ที่ใช้ระยะเวลา 8-12 สัปดาห์ พบว่ากล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและความทนทานแต่สมรรถภาพปอดไม่มีการเปลี่ยนแปลง (Lan et al., 2013; Daabisa et al., 2016)

สมรรถภาพปอดนั้น สามารถชะลอความเสื่อมลงได้โดยการเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวร การรักษาด้วยยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้ เหมาะสมกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการสงบ และการฝึกออกกำลังกายก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ลดลง เนื่องจากภาวะหอบเหนื่อยง่ายและล่าช้าซึ่งส่งผลให้สูญเสียความทนทานของกล้ามเนื้อต่อการออกกำลังกาย (endurance) ดังนั้นหากได้รับการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยการเลือกชนิดของการออกกำลังกาย ความบ่อย ความหนัก ระยะเวลา และจะต้องคำนึงถึงความต่อเนื่องของกิจกรรม (GOLD, 2022) สำหรับโยคะนอกจากความยากง่ายและการเลือกท่าของโยคะ ระยะเวลาในการฝึกก็มีผลต่อการฝึกปฏิบัติ ในกรณีที่กลุ่มทดลองต้องกลับไปทำที่บ้าน ซึ่งจากการศึกษาการบำบัดด้วยโยคะลดอาการหายใจลำบากจากความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 29 ราย พบว่าสามารถลดอาการหายใจลำบากจากความวิตกกังวลและสมรรถภาพทางกายเพิ่มมากขึ้น แต่กลุ่มทดลองให้ข้อมูลภายหลังว่าเมื่อต้องกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านจะมีความยากมากกว่าการปฏิบัติโดยมีผู้นำ (Donesky-Cuenco et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้จากการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยพบว่าต้องการฝึกร่วมกันเป็นกลุ่มมากกว่าฝึกเพียงลำพังที่บ้าน เนื่องจากมีความสนุกสนาน อาจเป็นไปได้ที่จะส่งผลต่อความสม่ำเสมอที่จะกลับไปปฏิบัติที่บ้าน

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การบริหารร่างกายแบบโยคะสามารถลดอาการหายใจลำบากลงได้ ซึ่งยังไม่เห็นผลที่ชัดเจนของสมรรถภาพปอดแต่ก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นผลชัดเจนขึ้น ดังนั้นการบริหารร่างกายแบบโยคะยังจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 8 สัปดาห์ขึ้นไป ระดับของความหนักเบา รวมถึงความชำนาญของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจเป็นไปได้เมื่อฝึกกับผู้วิจัย กลุ่มทดลองมีความมั่นใจมากกว่ากลับไปปฏิบัติด้วยตนเอง จึงอาจส่งผลต่อความชำนาญและความมั่นใจ เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบริหารร่างกายแบบโยคะต่อการเพิ่มและพัฒนาของสมรรถภาพปอดจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปให้เห็นผลชัดเจนขึ้น



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล การฝึกโยคะโดยควบคุมลมหายใจจะเพิ่มการระบายอากาศลดอาการหายใจลำบาก และทำอาสนะจะเพิ่มความแข็งแรงส่วนขาและแขนสามารถนำโยคะไปเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อที่จะใช้ในการลดอาการหายใจลำบาก
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาผลของการฝึกโยคะต่อตัวแปรอื่น ๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า รวมถึงระยะเวลาในการฝึกโยคะอาจต้องใช้เวลามากกว่า 8 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดความชำนาญ

References

- American College of Sport Medicine. (2010). *Acsm's guidelines for exercise testing and prescription* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Boonjing, P. (1997). *Yoga Recipes Manual for self-adhesive yoga practice for elixir*. Ratchaburi: Thammarak Printing.
- Chanpensawang, A. (1998). *Yoga prolongs life*. Bangkok: Kungkan.
- Chanavirut, R., Khaidjapho, K., Jaree, P., & Pongnratom, P. (2006). Yoga exercise increases chest wall expansion and lung volumes in young healthy Thais. *Thai Journal of Physiological Sciences*, 19(1), 1-7.
- Daabisa, R., Hassanb, M., & Zidana, M. (2016). Endurance and strength training in pulmonary rehabilitation for COPD patients. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 1-6. doi: 10.1016/j.ejcdt.2016.07.003
- Dara, S. (2009). *The effects of a pulmonary rehabilitation and yoga practice program using self-efficacy promoting strategies in persons with chronic obstructive pulmonary disease* (Unpublished master's thesis). Thammasat University, Thailand.
- Ding, M., Zhang, W., Li, K., & Chen, X. (2014). Effectiveness of t'ai chi and qigong on chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(2), 79-86. doi: 10.1089/acm.2013.0087
- Donesky-Cuenca, D., Nguyen, H. Q., Paul, S., & Carrieri-Kohlman, V. (2009). Yoga therapy decreases dyspnea-related distress and improves functional performance in people with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Journal of Alternative Complementary Medicine*, 15(3), 225-234. doi: 10.1089/acm.2008.0389
- Gift, G. A. (1989). Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, 14b(6), 323-325. doi: 10.1002/j.2048-7940.1989.tb01129.x.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2022). *Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2022 Report*. Retrieved from [http://C:/Users/Saowaluck/Dropbox/My%20PC%20\(Saowaluck\)/Downloads/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMv%20\(1\).pdf](http://C:/Users/Saowaluck/Dropbox/My%20PC%20(Saowaluck)/Downloads/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMv%20(1).pdf)
- Gupta, A., Gupta, R., Sood, S., & Arkham, M. (2014). Pranayam for treatment of chronic obstructive pulmonary disease: Results from a randomized, controlled trial. *Integrative Medicine (Encinitas)*, 13(1), 26-31.



The Effects of Yoga on Dyspnea and Pulmonary Function Among Persons
with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
ผลของการฝึกโยคะต่ออาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- Joshi, L. N., Joshi, V. D., & Gokhale, L. V. (1992). Effect of short term 'Pranayam' practice on breathing rate and ventilator functions of lung. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 36(2), 105-108.
- Lan, C. C., Chu, W. H., Yang, M. C., Lee, C. H., Wu, Y. K., & Wu, C. P. (2013). Benefits of pulmonary rehabilitation in patients with COPD and normal exercise capacity. *Respiratory Care*, 58(9), 1482-1488. doi: 10.4187/respcare.02051
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., & Bucher, L. (2014). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problem*. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.
- Liu, X. C., Pan, L., Hu, Q., Dong, W. P., Yan, J. H., & Dong, L. (2014). Effects of yoga training in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Thoracic Disease*, 6(6), 795-802. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2014.06.05
- Mongkol, S. (2016) The effects of yoga training on chest wall expansion and respiratory muscle strength in female subjects. *Bulletin of Chiang Mai Associated Medical Sciences*, 49(3), 363-369.
- Nagarathna, R., & Nagendra, H. R. (1985). Yoga for bronchial asthma: A controlled study. *British Medical Journal*, 19(291), 1077-1079.
- Pomidori, L., Campigotto, F., Amatya, T. M., Bernardi, L., & Cogo, A. (2009). Efficacy and tolerability of yoga breathing in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 29(2), 133-137. doi: 10.1097 /hcr.0b013e3 1819a0227
- Pothirat, C. (2008). Chronic obstructive pulmonary disease. In N. Chierakul (Ed.), *Respiratory Disease Textbook* (pp. 408-443). Bangkok: Prints.
- Ranjita, R., Hankey, A., Nagendra, H. R., & Mohanty, S. (2016). Yoga-based pulmonary rehabilitation for the management of dyspnea in coal miners with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 7(3), 158-166. doi: 10.1016/j.jaim.2015.12.001
- Singh, S., Soni, R., Singh, K. P., & Tandon, O. P. (2012). Effect of yoga practices on pulmonary function tests including transfer factor of lung for carbon monoxide (tlco) in asthma patients. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 56(1), 63-68.
- Trevadi, P. D. (2013). Surya Namaskar: A way to healthy life Indian. *Indian Journal of Applied Research*, 3(2) 299-300.
- Wang, H. C., Tsai, J. C., Chao, Y. F., Chung, M. H., Yu, Y. H., Chiu, K. L., & Lee, S. D. (2013). An exploration of beliefs regarding exercise among Taiwanese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*, 42(2), 133-138. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.12.004
- Weinberger, S. E., Cockrill, B. A., & Mandel, J. (2008). Presentation of the patient with pulmonary disease. In S. E. Weinberger, B. A. Cockrill, & J. Mandel (Eds.), *Principle of Pulmonary Medicine* (5th ed., pp. 19-28). Philadelphia: Elsevier Saunders.
-



The Effects of Yoga on Dyspnea and Pulmonary Function Among Persons
with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
ผลของการฝึกโยคะต่ออาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- Yeh, G. Y., Roberts, D. H., Wayne, P. M., Davis, R. B., Quilty, M. T., & Phillips, R. S. (2010). Tai chi exercise for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Respiratory Care*, 55(11), 1475-1482.
- Zhang, M., Xv, G., Luo, C., Meng, D., & Ji, Y. (2016). Qigong yi jinjing promotes pulmonary function, physical activity, quality of life and emotion regulation self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(10), 810-817. doi: 10.1089/acm.2015.0224



Factors Associated with Physical Activity Among Older Persons with Knee Osteoarthritis Stage III*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม*

สุพรรณี	วงศ์แก้ว**	Supanee	Wongkeaw**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
ภารดี	นานาศิลป์****	Paradee	Nanasilp****

Abstract

Decreased physical activity is a common problem in older persons with knee osteoarthritis stage III. This study aimed to examine body mass index (BMI), severity of osteoarthritis, self-efficacy, and physical activity, and the relationship between these factors. The sample included 85 older persons with knee osteoarthritis stage III living in Chun district, Phayao Province. Purposive sampling was applied to select the participants. Data collection was done through instruments consisting of the demographic and illness recording form, the BMI recording form, the Oxford Knee Scale (OKS), the self-efficacy for physical activity questionnaire, and the short form of the physical activity questionnaire (IPAQ-SF). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results of this study were as follows:

1. More than half of older persons with knee osteoarthritis stage III had physical activity at a low level (56.50%). Considering each pattern of physical activity, it was found that all subjects engaged in walking (100%), followed by moderate-intensity activities (68.24%) and vigorous-intensity activities (24.71%).

2. About two-thirds of older persons with knee osteoarthritis stage III had BMI at an overweight level (65.90 %). Regarding severity of knee osteoarthritis, over half had a severe level (57.60%). Less than half of older persons had self-efficacy for physical activity at a high level (47.00%).

3. BMI, severity of knee osteoarthritis, and self-efficacy had a statistically significantly correlation with physical activity ($r = -.423, .686, .693, p < 0.01$).

The results of this research will be useful for healthcare professionals working in both hospitals and communities in order to promote appropriate physical activity for older persons with knee osteoarthritis stage III.

Keywords: Body mass index (BMI); Self-efficacy; Physical activity; Knee osteoarthritis stage III; Older persons

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

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: enter_195@hotmail.com

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

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

Received 30 April 2018; Revised 9 July 2018; Accepted 3 August 2018

**บทคัดย่อ**

การลดลงของกิจกรรมทางกายเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมทางกาย และความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม จำนวน 85 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบบันทึกค่าดัชนีมวลกาย แบบสอบถามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของฮอกพอร์ต แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกาย และแบบสอบถามกิจกรรมทางกายฉบับสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า

1. มากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม (ร้อยละ 56.50) มีระดับของกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ เมื่อแยกตามรูปแบบกิจกรรมทางกายพบว่า ทุกคนมีรูปแบบกิจกรรมการเดิน (ร้อยละ 100) รองลงมาคือรูปแบบกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง ร้อยละ 68.24 และรูปแบบกิจกรรมทางกายระดับหนัก ร้อยละ 24.71 ตามลำดับ
2. ปริมาณสองในสามของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม (ร้อยละ 65.90) มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.60) มีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับรุนแรง และน้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 47.00) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมาก
3. ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.423, .686, .693, p < 0.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามให้เหมาะสม

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การทำกิจกรรมทางกาย โรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม ผู้สูงอายุ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: enter_195@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเป็นอันดับสามรองจากโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2014; Duangtiplirikul, 2013) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) ได้คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 400 ล้านคนในปี พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 โดยพบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก (Wittenauer, Smith, & Aden, 2013) และจากรายงานของสถาบันศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ที่มีอายุตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไป เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ 80 (American Academy of Orthopedic Surgeons, 2013) สำหรับประเทศไทยจากรายงานผลการสำรวจสถานการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 - 2557 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากจำนวน 241,135 คน เป็น 274,133 คน ซึ่งประมาณการได้ว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมถึงปีละ 8,250 คน (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2014) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของกลุ่มโรคข้อเสื่อมทั้งหมด เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่รับน้ำหนักและใช้งานมาก (The Supreme Patriarch Center on Aging, 2011) ส่วนใหญ่มักเกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกายในวัยสูงอายุ จากกระบวนการชราจะทำให้ผู้สูงอายุมีปริมาณของน้ำไขข้อ (synovial fluid) ร่วมกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าที่ลดลง ทำให้กระดูกอ่อนที่หุ้มบริเวณ subchondral bone ทั้งสองมีการเสียดสีกัน ทำให้เกิดการสึกกร่อนของกระดูกอ่อน (Kurtz et al., 2011) ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

โรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งตามอาการเป็น 4 ระยะ (Merrison, 2017) ได้แก่ ระยะแรก ระยะที่สอง ระยะที่สาม และระยะที่สี่เป็นระยะสุดท้ายของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม จะมีอาการปวดเข่ามากขึ้น และรู้สึกได้ถึงการคุกคามของโรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวันลำบาก การก้าวขึ้นลงรถหรือรถประจำทางมีความยากลำบากบางครั้งต้องอาศัยการช่วยเหลือ จะมีอาการปวดเข่าขณะเดินหรือลุกจากเก้าอี้ขึ้นหรือการนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้น หรือขณะทำงานและทำงานบ้าน มีลักษณะการเดินกระเผลกกระเผลก อาจมีปัญหาปวดเข่าในขณะที่นอนกลางคืน บางครั้งจะมีความรู้สึกว้าวุ่นหมดแรงทันทีจนตัวทรุดลง การไปซื้อของใช้ต่าง ๆ และการเดินลงบันไดมีความลำบากมากขึ้นกว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่อยู่ในระยะแรก ๆ (Rodkam, 2015) เนื่องจากความยากลำบากในการใช้ข้อเข่าทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะของอาการแสดงในระยะที่สามจะเป็นช่วงที่มีการแสดงอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างชัดเจน ในระยะนี้พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมจะก่อให้เกิดปัญหาการใช้ชีวิต และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจะส่งผลความสามารถในการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าลดลงและสุดท้ายการดำเนินของโรคจะก้าวสู่ระยะที่สี่ (The Royal College of Orthopedic Surgeons of Thailand, 2011)

กิจกรรมทางกาย (physical activity) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายใด ๆ ที่ก่อให้เกิดการใช้พลังงานโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (WHO, 2010) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ กิจกรรมทางกายระดับหนัก กิจกรรมระดับปานกลาง และการเดิน โดยคำนวณจากพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกายมีหน่วยวัดเป็น เมท (metabolic equivalent of task [MET]) (Hanruncharotorn, Pinyopasakul, Pongthavornkamol, Dajpratham, & Beeber, 2017) ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะของโรคเพิ่มขึ้นจะมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อเข่า (Thai Rheumatism Association, 2010) การที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีกิจกรรมทางกายลดลงจะมีผลต่อสุขภาพตามมา เช่น ข้อติด และความพิการ (WHO, 2010) และจากการศึกษาระดับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 50-83 ปี ของ



อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร และคณะ (Hanrungcharotorn et al., 2017) พบว่าผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจะมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65.1

จากการศึกษาของ วิไล คุปต์นิรติชัยกุล, อรฉัตร โตษยานนท์, สุรศักดิ์ นิลกานูนวงศ์, และ วิษณุ ธรรมลิขิตกุล (Kuptniratsaikul, Tosayanonda, Nilganuwong, & Thamlikitkul, 2002) พบว่า เพศ อายุ ระยะเวลาของการปวดเข่า การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ความรุนแรงของโรค คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการปวดเข่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเดินของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการทบทวนอย่างเป็นระบบของ วีนฮอฟ, ฮูสแมน, บาร์เทน, ทักเคน, และ พิสเตอร์ (Veenhof, Huisman, Barten, Takken, & Pisters, 2012) ได้นำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 8 การศึกษา พบว่า ดัชนีมวลกายที่สูง อายุที่มาก เพศหญิง การศึกษาที่ต่ำ ความปวดที่มาก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายระดับต่ำในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากนี้มีการศึกษาของ อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร และคณะ (Hanrungcharotorn et al., 2017) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อกิจกรรมทางกายของผู้หญิงโรคข้อเข่าเสื่อม ช่วงอายุ 50-83 ปี ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายและความกลัวต่อความปวด เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อกิจกรรมทางกายของผู้หญิงโรคข้อเข่าเสื่อม (odds ratio = 0.54, 0.94, $p < 0.01$, < 0.01) จากการศึกษาของ Rosemann, Kuehlein, Laux, & Szecsenyi (2008) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม มีอายุเฉลี่ยในเพศชายและเพศหญิง 65.16 และ 66.64 ปี ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงและระยะเวลาของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจกรรมทางกาย ($r = -0.041$) และจากการศึกษาของ สเปนเดอร์ และคณะ (Sperber et al., 2014) ศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 68.8 ปี) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกาย

ดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) เป็นตัวชี้วัดถึงการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของไขมันและกล้ามเนื้อในร่างกาย ดัชนีมวลกายจะสะท้อนถึงแรงที่กระทำต่อข้อเข่า โดยน้ำหนักของบุคคลจะทำให้ข้อเข่าต้องรับแรงกระแทกตลอดเวลาขณะเคลื่อนไหว น้ำหนักตัวที่มาก จะเพิ่มแรงกดบนข้อต่อในทุกอริยาบถที่เคลื่อนไหว เช่น ขณะยืน หรือเดิน ข้อเข่าจะต้องรับน้ำหนัก 2-3 เท่าของน้ำหนักตัว (Kawinwongkowitz, 2016) ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนมากจะมีค่าดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐาน โดยค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติจะส่งผลต่อข้อเข่า โดยการเพิ่มแรงกดต่อข้อเข่าร่วมกับมีแรงผลักดันทำให้ข้อเข่าเกิดอาการปวดและอักเสบมากขึ้น (Charoencholvannich, 2016)

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (severity of knee osteoarthritis) คือ ผลกระทบจากการดำเนินของโรคที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้จากอาการปวดข้อเข่า และความสามารถในการทำหน้าที่และเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่พบอาการผิดปกติ เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง และโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงจะมีอาการปวดข้อเข่า พิสัยข้อลดลง ข้อฝืด และข้อติด ทำให้กิจกรรมทางกายลดลง ทั้งกิจกรรมการทำงาน ทำงานบ้าน การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ และการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจและการออกกำลังกาย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยทำกิจวัตรประจำวัน (The Supreme Patriarch Center on Aging, 2011) จากการศึกษาของ โรสแมนน์ และคณะ (Rosemann et al., 2008) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม มีอายุเฉลี่ยในเพศชายและเพศหญิง 65.16 และ 66.64 ปี ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจกรรมทางกาย ($r = -0.041$) คือ ถ้ามีความรุนแรงของโรคมักจะมีกิจกรรมทางกายลดลง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ในการทำกิจกรรมทางกาย คือ การตัดสินใจความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และการออกกำลังกาย ซึ่งตามแนวคิด



ของแบดูรา (Bandura, 1997) กล่าวคือ บุคคลผู้มีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนที่ดี จะมีความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และจะมีการแสดงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีแล้ว จะทำให้มีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของพาร์ค, อีลาวสกาย, และ คู (Park, Elavsky, & Koo, 2014) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ จำนวน 187 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีจะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มในการทำกิจกรรมทางกายไปในทิศทางที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในผู้ใหญ่ร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยข้อเข่าร่วมกับข้อสะโพกเสื่อม ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นผู้หญิง ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวยังไม่สามารถอธิบายถึงการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามได้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการแสดงอาการของโรคอย่างชัดเจนและมีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวร่างกายไปในทิศทางที่เลวลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกาย และกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะที่สาม และศึกษาในพื้นที่อำเภोजุนเนื่องจาก อำเภोजุนมีผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมากที่สุดในจังหวัดพะเยา ร้อยละ 14.35 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผน การส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกาย และกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกาย และกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามเป็นระยะที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมทางกาย โดยกิจกรรมทางกาย คือการเคลื่อนไหวร่างกายใด ๆ ที่ก่อให้เกิดการใช้พลังงานโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง ประกอบด้วย การทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การทำงานบ้าน งานสวนหรืองานในบริเวณบ้าน การเดินทางไป-กลับระหว่างสถานที่ต่าง ๆ และการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา โดย แบ่งรูปแบบของการมีกิจกรรมทางกายเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กิจกรรมทางกายระดับหนัก กิจกรรมระดับปานกลาง และการเดิน โดยคำนวณจากพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกายมีหน่วยวัดเป็น เมท (metabolic equivalent of task: MET) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ดัชนีมวลกาย โดยการมีดัชนีมวลกายมากจะเกิดแรงกระทำกับข้อเข่ามากทำให้เกิดอาการปวด อาจส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกายลดลง นอกจากนั้นความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ทำให้มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว อาจส่งผลให้การมีกิจกรรมทางกายลดลง แต่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกายที่ดี จะทำให้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น จึงคาดการณ์ว่า ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในระยะที่สาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) เพื่อศึกษาดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกิจกรรมทางกาย และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยอยู่ในตำบลจุน และตำบลห้วยข้าวก่ำ อำเภोजุน จังหวัดพะเยา โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระยะที่สาม โดยประเมินตามเกณฑ์อาการของ เมอร์ริสัน (Merrison, 2017) 2) มีระดับสติปัญญาและการรับรู้ปกติ 3) ไม่มีโรคอื่นที่มีผลต่อการทำกิจกรรมทางกาย 4) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ 5) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกหนึ่งอำเภอในจังหวัดพะเยาที่มีจำนวนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด ได้แก่ อำเภอจุน หลังจากนั้นเลือกตำบลที่มีจำนวนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุดจำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลจุนมีจำนวน 145 คน และตำบลห้วยข้าวก่ำมีจำนวน 136 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (significant level) 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) 0.80 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่นำมาใช้คำนวณเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลเท่ากับ 0.03 จากการเปิดตาราง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 85 คน (Polit & Beck, 2012) แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากตำบลจุน 44 คน และตำบลห้วยข้าวก่ำ 41 คน โดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกาย แบบสอบถามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือแล้ว หาความตรงของเครื่องมือ (validity) ดังนี้

1. เครื่องชั่งน้ำหนัก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานจากบริษัทผู้ผลิตที่ได้รับมาตรฐานไอเอสโอ (International Standardization and Organization: ISO) และผู้วิจัยได้มีการทดสอบความตรงโดยใช้ลูกเหล็กหนัก 5 กิโลกรัม และ 10 กิโลกรัม มาชั่ง จำนวน 3 ครั้ง ค่าน้ำหนักที่ได้ไม่คลาดเคลื่อนไปจากค่าเดิม

2. สายวัด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานจากบริษัทผู้ผลิตที่ได้รับมาตรฐานไอเอสโอ ตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำโดยใช้แท่งยาวในการเปรียบเทียบ (150 ซม.) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความแม่นยำของสายวัดสัปดาห์ละครั้ง สายวัดไม่มีความคลาดเคลื่อน (Tolonen, Kuulasmaa, Laatikainen, & Wolf, 2002)

3. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกาย แบบสอบถามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย

3.1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อเข่าเสื่อม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านข้อเข่าเสื่อม 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านข้อเข่าเสื่อม 1 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ 0.81

3.2 แบบสอบถามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.92 และ 0.80 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่



ยอมรับได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ดัดแปลง จึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

1. แบบสอบถามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกาย ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Chronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82 และ 0.88 ตามลำดับ

2. แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยผู้วิจัยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน สัมภาษณ์ 2 ครั้งในผู้สูงอายุคนเดิมระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ (Polit & Beck, 2006) จากนั้นนำมาหาค่า correlation coefficient ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.94

3. การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงมีการหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกการวัดกับผู้เชี่ยวชาญโดยทดสอบวัดกับอาสาสมัครจำนวน 10 คน นำค่าที่ได้มาเทียบกับผู้เชี่ยวชาญ 1 คนที่ทำกรวัดในคนเดียวกันกับผู้วิจัย โดยได้ค่าความตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ 1.0 ค่า Chronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.88

4. แบบสอบถามกิจกรรมทางกายฉบับสั้น (IPAQ- SF) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ อุมพร ห่านรุ่งชโรทร และคณะ (Hanrungcharotorn et al., 2017) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขอำเภอจุน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและเข้าพบเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และขออนุญาตเข้าพบที่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามความสมัครใจไม่มีการบังคับ และสามารถปฏิเสธการเข้าพบที่บ้านได้ เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าไปที่บ้าน เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลรวมถึงประโยชน์ที่ได้รับและชี้แจงว่าการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามถือเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลจะกระทำในภาพรวม และเชิงวิชาการ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยได้รับเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยไว้ในใบยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของจังหวัดพะเยาแล้วโดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจุน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม



3. เมื่อได้รับรายชื่อกลุ่มเป้าหมายแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตัวเพื่อชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ณ ที่ประชุมหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายและแจก แบบสอบถามความสนใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนในกรณีผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมนอกบ้านลำบาก ผู้วิจัยได้ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแจกแบบสอบถามความสนใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

4. เมื่อผู้วิจัยได้รับการตอบกลับจากแบบสอบถามว่ามีความสนใจ แล้วผู้วิจัยจึงขออนุญาตเข้าพบกลุ่มเป้าหมาย ที่บ้าน โดยผู้วิจัยแต่งกายด้วยชุดสุภาพ ไม่สวมชุดปฏิบัติงานพยาบาลหรือชุดปฏิบัติงานในชุมชนของพยาบาลในการเข้า เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นขอให้ กลุ่มตัวอย่างพิจารณาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเขียนลงนามในเอกสารได้ผู้วิจัยขอ อนุญาตกลุ่มตัวอย่างให้พิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเป็นหลักฐานในการลงนามเข้าร่วมงานวิจัย

5. ผู้วิจัยขออนุญาตประเมินผู้สูงอายุเป้าหมายตามคุณสมบัติที่กำหนด อันดับแรกผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินระยะ ของข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบประเมินที่ยึดตามเกณฑ์ประเมินอาการของ เมอร์ริสัน (Merrison, 2017) ซึ่งผู้สูงอายุที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามจะต้องมีอาการในข้อ 1-3 ทุกข้อ จากนั้นประเมินระดับสติปัญญา และการรับรู้ปกติ โดยประเมินจากแบบประเมินสติปัญญาและการรับรู้ (mental status questionnaire: MSQ) กลุ่มเป้าหมายต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน และต้องไม่มีโรคอื่นที่มีผลต่อ การทำกิจกรรมทางกาย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคทางระบบหายใจ โรคทางระบบประสาท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

6. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

6.1 ชั่งน้ำหนัก โดยให้กลุ่มตัวอย่างถอดรองเท้าและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดตัวออกก่อน แล้วขึ้นชั่ง ยืนตัว ตรงที่กึ่งกลางเครื่องชั่ง มีอว้างข้างลำตัว บันทึกน้ำหนักเมื่อตัวเลขที่แสดงหยุดนิ่ง

6.2 วัดความยาวแขน โดยให้กลุ่มตัวอย่างกางแขนออกทั้งสองข้าง ในระดับไหล่ขนานกับพื้น ใช้สายวัด วัดความยาวจากด้านหลังกลุ่มตัวอย่างระหว่างปลายนิ้วกลางด้านซ้ายถึงปลายนิ้วกลางด้านขวา วัดจำนวน 2 ครั้ง แล้ว นำมาหาค่าเฉลี่ย

6.3 จัดสถานที่สำหรับตอบแบบสอบถามโดยมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามโดยเริ่มจาก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หลังจากนั้นให้พักประมาณ 10 นาที และ เริ่มทำแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกายและแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ใช้ ระยะเวลาทั้งหมดประมาณ 40 นาที

7. เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการ ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางกาย โดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และระดับ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการทำกิจกรรมทางกาย กับกิจกรรมทางกาย โดยใช้สถิติ Pearson's product-moment correlation เนื่องจากข้อมูลที่ทำการทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่าการแจกแจงเป็นโค้งปกติ มีการกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามอายุเฉลี่ย 73.60 ปี (SD = 8.74) โดยมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60- 91 ปี ช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 41.20 เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.90 สถานภาพสมรสหม้ายหรือหย่าร้อยละ 51.80 ส่วนใหญ่เรียนจบประถมศึกษาร้อยละ 58.80 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรในอดีตร้อยละ 75.30 ส่วนปัจจุบันเกษียณหรือไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 80.00 รายได้เฉลี่ย 1,967 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพร้อยละ 40.00 รองลงมาคือเบี้ยยังชีพและบุตรหลานร้อยละ 30.60 เกินครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 63.50 ลักษณะบ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านสองชั้นร้อยละ 45.90 นอนชั้นล่างร้อยละ 32.95 อาศัยอยู่กับบุตร/หลานร้อยละ 38.80 และผู้ดูแลหลักคือบุตร/หลานร้อยละ 40.00 รองลงมาคือคู่สมสร้อยละ 38.80 เกือบครึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวสองคนร้อยละ 45.90 รองลงมาคือสามคนและสี่คนร้อยละ 16.50 เท่ากัน และมีสมาชิกหนึ่งคนร้อยละ 14.00 จากข้อมูลความเจ็บป่วยพบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมาแล้วเฉลี่ย 9.32 ปี (SD = 7.98) ได้รับยาแก้ปวดร้อยละ 98.80 ใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหวร้อยละ 58.80 โดยใช้ไม้เท้ามากที่สุดร้อยละ 50.60 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมร้อยละ 58.80 โดยพบโรคความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโรคร่วมเท่ากัน ร้อยละ 23.40 มีการใช้บริการจากโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 48.20

ส่วนที่ 2 ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามอยู่ในช่วง 14.84-37.41 กก./ ตร.ม. อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 12.90 อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 34.20 อ้วนระดับ 3 ร้อยละ 18.80 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติร้อยละ 30.60 และระดับน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานร้อยละ 3.50

ส่วนที่ 3 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลางร้อยละ 42.40 และระดับรุนแรงร้อยละ 57.00

ส่วนที่ 4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเฉลี่ย 17.96 คะแนน (SD = 8.98) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกระดับพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับมากร้อยละ 47.00 ระดับปานกลางร้อยละ 25.90 และระดับน้อยร้อยละ 27.10

ส่วนที่ 5 กิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 56.50 ระดับปานกลางร้อยละ 37.60 และระดับสูงร้อยละ 5.90 เมื่อแยกตามรูปแบบกิจกรรมทางกายพบว่าทุกคนมีรูปแบบกิจกรรมการเดิน (ร้อยละ 100) รองลงมาคือรูปแบบกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง ร้อยละ 68.24% และรูปแบบกิจกรรมทางกายระดับหนัก ร้อยละ 24.71% ตามลำดับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามส่วนมากมีกิจกรรมทางกายในรูปแบบเดินโดยใช้พลังงานเฉลี่ย 426.76 MET/คน รองลงมาคือรูปแบบกิจกรรมทางกายระดับปานกลางใช้พลังงานเฉลี่ย 439.66 MET/คน และรูปแบบการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างหนักใช้พลังงานเฉลี่ย 774.29 MET/คน

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกายกับการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.423$, $p < 0.01$) ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ ($r = .686, p < 0.01$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .693, p < 0.01$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการมีกิจกรรมทางกาย และกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม ($n = 85$)

ตัวแปร	กิจกรรมทางกาย	
	r	p
ดัชนีมวลกาย	-.423	0.01
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	.686	0.01
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีกิจกรรมทางกาย	.693	0.01

การอภิปรายผล

1. ดัชนีมวลกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามส่วนใหญ่มีก่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน คือ อยู่ในระดับอ้วน 1-3 ร้อยละ 65.90 อาจเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง โดยจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.60 ปี (ระหว่าง 60- 91 ปี) ซึ่งในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของมวลกล้ามเนื้อในร่างกายลดลงร่วมกับการเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามความสามารถในการทำงานข้อเข่าลดลง และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้พลังงานลดลง ร่างกายเผาผลาญพลังงานที่ได้รับไม่หมด กล่าวคือพลังงานที่ได้รับ (energy intake) มากกว่าพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ (energy expenditure) ทำให้เกิดการสะสมของไขมัน ซึ่งมวลของไขมันจะสะสมอยู่ในร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายสูงขึ้นตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยในระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมจำนวน 126 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 60-69 ปี มีดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) 25 ขึ้นไป ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานและเป็นโรคอ้วน (Singha, Duronglittichai, Surapan, & Kasipon, 2015)

2. ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

จากการศึกษาผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 57.60 ระดับปานกลางร้อยละ 42.40 ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับเริ่มมีอาการและระดับไม่พบอาการผิดปกติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะที่สามจะมีอาการความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรงเท่านั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยเลือกศึกษาในผู้สูงอายุระยะที่สาม โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าอย่างชัดเจน และอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรคที่นานเฉลี่ยถึง 9.32 ปี ร่วมกับการมีค่าดัชนีมวลกายที่เกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 65.90 โดยน้ำหนักตัวที่มากจะเพิ่มแรงกดบนข้อเข่าเมื่อมีการเคลื่อนไหว เมื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีน้ำหนักมากขึ้นจะทำให้ข้อเข่าต้องรับแรงกระแทกมากขึ้น และการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.2 ไม่มีการใช้ไม้เท้าช่วยพยุงตัวขณะเดินจะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคที่จะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ แมททิว และคณะ (Matthew et al., 2014) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักของร่างกายที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวที่ลดลง เกิดอาการปวดและการมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการมีปัญหาลำบากในการเคลื่อนไหว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามทุกคนมีปัญหาเรื่องเข่า เมื่อก้าวขึ้นลงจะทำได้ด้วยความยากลำบาก การที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวของกลุ่มตัวอย่าง เพราะส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหรือคู่สมรสหรือญาติ ร้อยละ 84.70 จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 2.65 คน

4. การมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 56.50 ระดับปานกลางร้อยละ 37.60 และระดับสูงร้อยละ 5.90 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวข้อเข่า เนื่องจากมีอาการปวดเข่า และความสามารถในการใช้งานข้อเข่าลดลง มีการเดินกระเผลกกระเผลกตลอดเวลา (ร้อยละ 51.80) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ฟูกูทานิ และคณะ (Fukutani et al., 2016) ได้ทำการศึกษาอาการปวดเข่าและการมีกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเริ่มแรกและระยะรุนแรง พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะแรกจะมีกิจกรรมทางกาย คือการเดินขึ้นบันไดลดลงจากอาการปวด และกลุ่มระยะรุนแรงจะมีกิจกรรมทางกาย คือการเดินที่พื้นราบลดลงเนื่องจากอาการปวด และจากการศึกษาระดับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 50-83 ปี ของ ฮานรุงชาร์โตน และคณะ (Hanrungcharotorn et al., 2017) พบว่าผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจะมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65.1

5. ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.423$, $p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นการมีกิจกรรมทางกายจะลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีค่าดัชนีมวลกายที่สูงจะเพิ่มแรงกดบนข้อต่อในทุกอริยาบทที่เคลื่อนไหว (Kawinwongkowitz, 2016) ซึ่งแรงกดที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดและทำกิจกรรมลดลง ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.6860$, $p < 0.01$) ซึ่งความรุนแรงของโรคประเมินด้วยแบบประเมินออกฟอร์ด (Oxford Knee Scale: OKS) โดยคะแนนยิ่งมากหมายถึงความรุนแรงของโรคจะน้อย ดังนั้นความสัมพันธ์เชิงบวกหมายถึง ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่น้อย ความสามารถในการทำกิจกรรมมากขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อย จะมีอาการปวดข้อเข่าน้อย มีความสามารถในการใช้งานข้อเข่าได้ดี จึงมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ระดับรุนแรงที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดข้อเข่า พิสัยข้อลดลง ข้อฝืด และข้อติด ทำให้กิจกรรมทางกายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรสแมนน์ และคณะ (Rosemann et al., 2008) ที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม พบว่าความรุนแรงและระยะเวลาของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจกรรมทางกาย ($r = -0.041$) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.693$, $p < 0.01$) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมทางกายสูงขึ้นการมีกิจกรรมทางกายจะมากตามไปด้วย ทั้งนี้อาจอธิบายตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวถึงบุคคลผู้มีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนที่ดี จะมีความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสามารถเผชิญ



กับปัญหาต่าง ๆ และจะมีการแสดงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีแล้ว เมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรค เช่น อาการปวดหรืออาการฝืดของข้อเข่า ก็จะทำให้เกิดความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พาร์ค และคณะ (Park et al., 2014) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ จำนวน 187 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยเฉพาะในระยะที่สาม ที่มีการวางแผนในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายควรนำปัจจัยเหล่านี้มาประกอบการพิจารณา
2. ผู้สอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุสามารถนำผลการวิจัยคือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามไปบรรจุไว้ในเนื้อหาการสอน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยอื่นที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปศึกษาเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมต่อไป
2. ควรศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมทางกาย
3. ควรทำวิจัยเชิงทดลองโดยคำนึงถึงปัจจัยดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สามมีการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

References

- American Academy of Orthopedic Surgeons. (2013). Treatment of osteoarthritis of the knee: Evidence based guideline (2nd ed.). *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 21(9), 571-576. doi: 10.5435/JAAOS-21-09-571
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Charoencholvanich, K. (2016). *Reconstructive surgery of the osteoarthritic knee* (1st ed.). Bangkok: Sirirat.
- Duangtuplirikul, S. (2013). *The result of the preliminary exploration project healthy aging Thailand 2013*. Retrieved from https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/09/proposal_elderly_survey.pdf
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2014). *Situation of the Thai elderly 2014*. Retrieved from <https://thaitgri.org/?p=36746>
- Fukutani, N., Iijima, H., Aoyama, T., Yamamoto, Y., Hiraoka, M., Miyano, K., ... & Matsuda, S. (2016). Knee pain during activities of daily living and its relationship with physical activity in patients with early and severe knee osteoarthritis. *Clinical Rheumatology*, 35(9), 2307-2316.
- Garver, M. J., Focht, B. C., Dials, J., Rose, M., Lucas, A. R., Devor, S. T., ... Rejeski W. J. (2014). Weight status and differences in mobility performance, pain symptoms, and physical activity in older, knee osteoarthritis patient. *Arthritis*, 2014, 375909. doi: 10.1155/2014/375909



- Hanrungcharotorn, U., Pinyopasakul, W., Pongthavornkamol, K., Dajpratham, P., & Beeber, A. S. (2017). Factors influencing physical activity among women with osteoarthritis of the knee. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(1), 5-17.
- Kawinwongkowitz, W. (2016). *Knee osteoarthritis is a public health problem*. Retrieved from http://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/knee_book_0.pdf
- Kuptniratsaikul, V., Tosayanonda, O., Nilganuwong, S., & Thamalikitkul, V. (2002). The epidemiology of osteoarthritis of the knee in elderly patients living an urban area of Bangkok. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 85(2), 154-161.
- Kurtz, S. M., Ong, K. L., Lau, E., Widmer, M., Maravic, M., Gómez-Barrena, E., ... & Röder, C. (2011). International survey of primary and revision total knee replacement. *International Orthopaedics*, 35(12), 1783-1789. doi: 10.1007/s00264-011-1235-5
- Merrison, W. (2017). *Stages of osteoarthritis of the knee*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/osteoarthritis-stages-of-oa-of-the-knee>
- Park, C. H., Elavsky, S., & Koo, K. M. (2014). Factors influencing physical activity in older adults. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 10(1), 45-52.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [Electronic version]. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012) *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Joshua Ballinger Lippincott Williams & Wilkins.
- Rodkam, W. (2015). *Development of the elderly health service system, care for the elderly with osteoarthritis*. Retrieved from http://203.157.229.33/archives/Files/vichakarn2558/klumwai/21_punteh.pdf
- Rosemann, T., Kuehlein, T., Laux, G., & Szecsenyi, J. (2008). Factors associated with physical activity of patients with osteoarthritis of the lower limb. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(2), 288 – 293. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00852.x
- Singha, S., Duronglittichai, W., Surapan, J., & Kasipon, T. (2015). Factors Affecting to Self-Care Behavior of the Elderly with Knee Osteoarthritis in Praksa Municipality Area, Muang District, Samutprakarn Province. *Huaqiao University Journal of Health Science*, 18(36), 115-130.
- Sperber, N., Hall, K. S., Allen, K., DeVellis, B. M., Lewis, M., & Callahan, L. F. (2014). The role of symptoms and self-efficacy in predicting physical activity change among older adults with arthritis. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(3), 528-535.
- Thai Rheumatism Association. (2010). *Guideline for the treatment of osteoarthritis of knee*. Retrieved from https://thairheumatology.org/phocadownload/36/Guideline_003.pdf
- The Royal College of Orthopedic Surgeons of Thailand. (2011). *Guideline for the treatment of osteoarthritis of knee 2554*. Retrieved from <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/cpg-osteoarthritis-of-knee-2554>



Factors Associated with Physical Activity Among Older Persons
with Knee Osteoarthritis Stage III
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะที่สาม

The Supreme Patriarch Center on Aging. (2011). *Self-care guide for osteoarthritis of knee*.

Bangkok: Beyond Publishing.

Tolonen, H., Kuulasmaa, K., Laatikainen, T., & Wolf, H. (2002). *Recommendation for indicators, international collaboration, protocol and manual of operations for chronic disease risk factor surveys*. Helsinki: National Public Health Institute.

Veenhof, C., Huisman, P. A., Barten, J. A., Takken, T., & Pisters, M. F. (2012). Factors associated with physical activity in patients with osteoarthritis of the hip or knee: A systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*, 20(1), 6-12. doi: 10.1016/j.joca.2011.10.006

Wittenauer, R., Smith, L., & Aden, K. (2013). *Background paper osteoarthritis. Priority Medicines for Europe and the World*. Retrieved from <https://pdf4pro.com/amp/cdn/background-paper-6-12-osteoarthritis-who-31eb9f.pdf>

World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*.

Retrieved from

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf



The Effect of a Discharge Teaching Program on Readiness for Hospital Discharge Among Older Patients with Acute Myocardial Infarction*

ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
ในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*

ศิริรัตน์	สิมตราช**	Sirorat	Simtarach**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
ณัฐยานี	สุวรรณคฤหาสน์***	Nattaya	Suwankruhasn***

Abstract

Acute myocardial infarction is a major health problem and a cause of death among older persons. The objective of this quasi-experimental research was to examine the effect of a discharge teaching program on readiness for hospital discharge among older patients with acute myocardial infarction. The participants consisted of older patients with acute myocardial infarction who were admitted to the inpatient unit at Nakornping hospital, Chiang Mai province. There were 44 subjects selected by purposive sampling and separated equally into two groups, an experimental and a control group. There were 22 participants in each group. The experimental group received the discharge teaching program, and the control group received the usual discharge teaching. The research instruments consisted of the discharge teaching program and the readiness for hospital discharge scale (adult form). The demographic data were analyzed by descriptive statistics. The post-test mean scores of readiness for hospital discharge between the experimental and control groups were compared by independent t-test.

The results showed that:

Readiness for hospital discharge for the experimental group, after receiving the discharge teaching program ($\bar{X} = 198.90$, $SD = 24.25$), was significantly higher than for the control group ($\bar{X} = 172.64$, $SD = 21.26$) at a significant level of 0.001.

The results of this research indicate that the discharge teaching program can improve readiness for hospital discharge among older patients with acute myocardial infarction. Therefore, the discharge teaching program should be used to prepare older patients with acute myocardial infarction for hospital discharge.

Keywords: Discharge teaching program; Readiness for hospital discharge; Older patients with acute myocardial infarction

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

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

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

Received 21 October 2016; Revised 19 December 2016; Accepted 24 January 2017



บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 44 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 22 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายและกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายและแบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับผู้ใหญ่ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่า independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 198.90$, $SD = 24.25$) ภายหลังได้รับการสอนก่อนจำหน่ายตามโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 172.64$, $SD = 21.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผลของการวิจัยครั้งนี้แสดงว่าโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนั้นควรนำโปรแกรมไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำสำคัญ: โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sssirorat@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 21 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 19 ธันวาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 24 มกราคม 2560



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) เป็นปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดผลกระทบและเกิดการเสียชีวิตในประชากรวัยผู้สูงอายุทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย โดยจากข้อมูลของสมาคมหัวใจอเมริกันในปี พ.ศ. 2550 พบผู้สูงอายุที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุ 75-84 ปี ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด (Alexander et al., 2007) สำหรับในประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555 ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบอุบัติการณ์ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรายใหม่จำนวน 24,587 ราย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราการป่วยสูงสุดพบจำนวน 18,178 ราย (Thonghong, Thepsittha, & Jongpiriyaanan, 2012)

ผู้ป่วยที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ เจ็บหน้าอกคลื่นไส้อาเจียน อาจมีอาการหอบเหนื่อย ซึ่งอาการเหล่านี้มักเป็นสาเหตุให้ต้องมารับการรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาลเพื่อจัดการกับภาวะวิกฤติที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ซึ่งในการพิจารณาความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้านในปัจจุบันมักใช้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ ซึ่งเป็นกระบวนการตัดสินใจโดยแพทย์ผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ (Weiss et al., 2007) ทำให้ขณะจำหน่ายผู้ป่วยอาจจะยังรู้สึกกว่าตนเองไม่พร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะลดระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยสั้นลง ขณะจำหน่ายผู้ป่วยจึงยังอยู่ในระยะกลางของการฟื้นตัว (Korttila, 1991) และระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านจากพยาบาลมีอยู่อย่างจำกัด ผู้ป่วยและครอบครัวต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านในขณะที่การฟื้นตัวของผู้ป่วยยังไม่สมบูรณ์ และอาจจะยังรู้สึกไม่พร้อมต่อการจำหน่าย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมในการจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้านผู้ป่วยมักประสบปัญหาและความยากลำบากในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการเรื่องยาและความเจ็บปวด การจัดการกับอารมณ์ ปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแลและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (Weiss et al., 2007)

ความพร้อมในการจำหน่ายเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการพยาบาลอย่างแพร่หลาย ซึ่งความพร้อมในการจำหน่ายเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน นอกจากนี้ยังเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการเตรียมการจำหน่ายและเป็นตัวชี้วัดของการฟื้นตัวของผู้ป่วยว่ามีความปลอดภัยเพียงพอในการจำหน่ายถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะกลางและระยะท้ายของการจำหน่าย โดยความพร้อมในการจำหน่ายเป็นมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการการดูแล ซึ่งทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการการดูแลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความพร้อมในการจำหน่ายที่แตกต่างกัน (Weiss et al., 2007) ซึ่งความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่านพ้นภาวะวิกฤติที่เป็นผู้ป่วยอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยจำนวนมากมักกลายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน บางรายต้องการการดูแลไปตลอดชีวิต ความไม่พร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัวนั้นจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลภายหลังจำหน่ายที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำก่อนเวลาอันควร การใช้บริการด้านสุขภาพหลังจำหน่าย นอกจากนี้การดูแลตนเองที่ไม่ดีของผู้ป่วย ไม่ออกกำลังกาย มีความเครียดค่อนข้างบ่อย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สูบบุหรี่เป็นประจำ ยังเป็นสาเหตุให้เกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำใน 30 วันแรกและกลับมาพบแพทย์ก่อนนัด (Chaiwong, Duangpaeng, & Masingboon, 2014)

จากการศึกษาความต้องการในการดูแลและความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องอยู่โรงพยาบาลต่อหลังจากที่ได้รับการรักษาให้พ้นระยะเฉียบพลันเนื่องจากไม่มีผู้ดูแลหรือครอบครัวไม่มีความพร้อมในการดูแล ไม่สามารถให้การดูแลที่ซับซ้อน ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลโดยไม่จำเป็น ซึ่ง



The Effect of a Discharge Teaching Program on Readiness for Hospital Discharge Among Older Patients with Acute Myocardial Infarction ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

องค์ประกอบของความพร้อมในการจำหน่ายประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ความพร้อมด้านความรู้ ความพร้อมด้านการปรับตัวและทักษะในการแก้ปัญหา ความคาดหวังเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย โดยปัจจัยหนึ่งที่สำคัญได้แก่คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย (Panuthai, 2014) ซึ่งมีหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่าย (Kunthakhu, Watthanakitkriear, Pongthavornkamol, & Dumavibhat, 2009; Weiss et al., 2007) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการสอนที่มีคุณภาพดี จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายและการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการจำหน่ายถือเป็นกลยุทธ์หลักที่จะช่วยลดอัตราการกลับเข้ามารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหลังจำหน่ายและลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกด้วย (Bobay, Jerofke, Weiss, & Yakusheva, 2010)

การสอนก่อนจำหน่าย (discharge teaching) เป็นการสอนที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Weiss, Yakusheva, & Bobay, 2011) โดยในปัจจุบันการสอนก่อนจำหน่ายอย่างมีรูปแบบถือเป็นมาตรฐานการดูแลของทุกโรงพยาบาล แต่ก็ยังมีอุปสรรคที่ทำให้การสอนไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (Bobay et al., 2010) ทำให้ยังพบว่าหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพที่ได้รับไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ไม่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากจำหน่ายได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารับบริการด้านสุขภาพหลังจำหน่ายมากขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น (Henderson & Zernike, 2001) ดังนั้นในการสอนก่อนจำหน่ายควรคำนึงถึงคุณภาพของการสอน ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการสอนขณะอยู่โรงพยาบาลก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อเตรียมการก่อนการจำหน่ายกลับบ้านและการปรับตัวหลังจำหน่ายที่มีความสอดคล้องกับที่ผู้ป่วยต้องการใน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านเนื้อหาการสอนและด้านวิธีการสอน (Weiss & Piacentine, 2006) โดยเนื้อหาที่ผู้ป่วยกล่ามน้อยหัวใจตายเฉียบพลันต้องการก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับยา อาการของโรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากกว่าในวัยผู้ใหญ่อีกด้วย (Smith & Liles, 2007) ส่วนวิธีการสอนนั้นเป็นทักษะของพยาบาลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ต้องการเพื่อการจำหน่าย (Weiss et al., 2007) ซึ่งสามารถใช้ได้หลากหลายวิธีและไม่มีวิธีการใดดีที่สุด จึงควรใช้วิธีการสอนหลากหลายวิธีร่วมกัน (Bastable, 2006) แต่ในวัยสูงอายุนั้นจะเกิดความเสื่อมทางด้านร่างกายมากกว่าในวัยอื่น ๆ โดยการเรียนรู้ของบุคคลจะเริ่มลดลงเมื่อประมาณอายุ 40-50 ปี และจะลดลงมากขึ้นหลังจากอายุ 70 ปี ดังนั้นการเรียนรู้ของผู้สูงอายุสามารถทำได้นั้นเป็นการเรียนรู้เฉพาะอย่างโดยไม่เร่งรัด (Sumalrot & Suksawai, 2015) ดังนั้นหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning principles) เป็นสิ่งที่จำเป็นและช่วยให้การสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Best, 2001)

จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่มีผู้ทำการศึกษาผลของการสอนก่อนจำหน่ายต่อคุณภาพการสอนและความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อีกทั้งในประเทศไทยยังมีบริบทที่แตกต่างจากต่างประเทศ และมีการศึกษาพบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่าย (Kunthakhu et al., 2009; Weiss et al., 2007) และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับกระบวนการสอนก่อนจำหน่ายและการวางแผนก่อนจำหน่ายจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยให้คะแนนของคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายและความพร้อมในการจำหน่ายสูงขึ้น (Knier, Stichler, Ferber, & Catterall, 2015) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยการจัดการสอนที่มีองค์ประกอบด้านเนื้อหาที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และใช้วิธีการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระหว่างผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายและผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการสอนตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการสอนตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัย ผู้วิจัยได้จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันควรคำนึงถึงความพร้อมในการจำหน่ายซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ความพร้อมด้านความรู้ ความพร้อมด้านการปรับตัว และทักษะในการแก้ไขปัญหา ความพร้อมด้านความคาดหวังเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยการที่ผู้ป่วยจะมีความพร้อมในการได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมการสอนที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การป้องกันและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการรักษา ยา ผลข้างเคียงและการบริหารยา การจัดการกับอาการของโรค การจัดการกับปัญหาและแนวทางในการเผชิญปัญหา การเข้าถึงแหล่งประโยชน์และช่องทางการติดต่อ การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจ โดยถ้าผู้ป่วยรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความพร้อมของตนเองในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เพื่อศึกษาผลของการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่ เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่ เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 ราย โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง 22 รายแรกที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเป็นกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และ 22 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนก่อนจำหน่าย ซึ่งมีเนื้อหาที่ทำให้เกิดความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ด้านความรู้ ด้านการปรับตัวและทักษะในการแก้ไขปัญหา ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม



1.2 สื่อการสอน ได้แก่

1.2.1 พาวเวอร์พอยท์ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับยา ผลข้างเคียงและการบริหารยา การปรับพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับปัญหาและแนวทางในการเผชิญปัญหา การเข้าถึงแหล่งประโยชน์และช่องทางการติดต่อ

1.2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและการปฏิบัติตัว ที่พัฒนาโดย ศิริรัตน์ ปานอุทัย

1.2.3 วิดีทัศน์การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดยจิรพร แอชตัน

1.3 คู่มือการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พัฒนาโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา

1.4 แบบประเมินคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายฉบับผู้ใหญ่นี้เป็นเครื่องมือประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่าย ที่พัฒนาโดย ไวส์ และ เพียเซนไทน์ (Weiss & Piacentine, 2006). แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริรัตน์ ปานอุทัย ซึ่งใช้ประเมินภายหลังการสอนผู้ป่วยแต่ละครั้ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาการสอนที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 ด้านวิธีการสอน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ข้อ 7-18 โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะของพยาบาลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ต้องการเพื่อการจำหน่าย ข้อคำถามเป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนรวมด้านเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ด้านวิธีการสอนอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับผู้ใหญ่นี้ โดย ศรีรัตน์ ศรีประสงค์ และคณะ (Sriprasong et al., 2011) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายด้านร่างกายและจิตใจ ด้านความรู้ ด้านการปรับตัวและทักษะในการแก้ไขปัญหา ด้านความคาดหวังการเกี่ยวกับได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อคำถามทางด้านบวก 20 ข้อ และข้อคำถามทางด้านลบ 2 ข้อ ซึ่งคำถามข้อที่ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบว่าพร้อมหรือไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน ซึ่งไม่นำมาคิด 1 คะแนน ข้อที่ 2-23 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-220 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงด้านเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแผนการสอนก่อนจำหน่าย และคู่มือการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ตรวจสอบความ ถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณ Cronbach's alpha coefficient โดยแบบประเมินคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 และแบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่กลุ่มตัวอย่างและอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และชี้แจงการมีสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา ผู้วิจัยเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและไม่สอบถามเหตุผลของการไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่สอบถามเหตุผลเช่นกัน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 44 ราย ไม่มีผู้ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมทำการวิจัย ทำการเก็บข้อมูลวิจัย โดยทำการแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

วันที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลในหอผู้ป่วย

วันจำหน่าย เมื่อแพทย์มีคำสั่งการรักษาส่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการจำหน่าย พร้อมแจกคู่มือในการปฏิบัติตัวและอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวที่บ้านแก่กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

กลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นประเมินผู้เรียน โดยก่อนการสอนในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและทำการประเมินสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง หากสภาพร่างกายของผู้ป่วยมีความพร้อมจึงเริ่มดำเนินการในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นดำเนินการ เมื่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยมีความพร้อม ผู้วิจัยได้ทำการสอนโดยทำการสอนก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายทั้งทางด้านร่างกาย เกิดทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน เกิดทักษะการปรับตัว มีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรช่วยเหลือในชุมชนและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวสามารถเข้ารับฟังการสอนด้วยได้ โดยทำการสอนห้องสอนสุขศึกษาทั้งหมด 3 ครั้ง โดยแบ่งการสอนออกเป็นวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นรายบุคคล เมื่อสอนครบ 30 นาที ได้แบ่งเวลาให้กลุ่มตัวอย่างพัก 5 นาที การบรรยาย การสาธิตและย้อนกลับ และให้เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแลและผู้วิจัย ซึ่งในครั้งที่ 1 สอนเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการรักษาการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนครั้งที่ 2 สอนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ยา ผลข้างเคียงและการบริหารยา การจัดการกับอาการของโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล และในครั้งที่ 3 สอนในเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและแนวทางในการเผชิญปัญหา การเข้าถึงแหล่งประโยชน์และช่องทางการติดต่อ

หลังจากสอนเสร็จในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ทำการนัดหมายเวลาในการสอนครั้งต่อไป และติดตามผลการสอนโดยพิจารณาจากคุณภาพของการสอนทั้งในด้านเนื้อหาที่ได้รับและวิธีการสอน ถ้าคะแนนอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง ผู้วิจัยจะทำการสอนซ้ำในส่วนของเนื้อหาที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจอีกครั้งซึ่งในการสอนทั้ง 3 ครั้ง ไม่ได้ทำการ



สอนซ้ำ เนื่องจากคะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายของกลุ่มทดลองอยู่ระดับสูงทุกราย

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นประเมินผล เมื่อแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัย ประเมินความพร้อมในการจำหน่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (chi-square test, Fisher's exact test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t test

ผลการวิจัย

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองร้อยละ 59.1 เป็นเพศชาย อายุ 60-74 ปีร้อยละ 77.3 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.2 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 45.5 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 59.1 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 54.6 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายครอบครัว ร้อยละ 72.7 แหล่งรายได้มาจากการประกอบอาชีพร้อยละ 59.1อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพังร้อยละ 36.4 สำหรับกลุ่มควบคุมร้อยละ 63.6 เป็นเพศชาย ได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.1 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 72.7 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50.0 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทร้อยละ 31.9 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายครอบครัวร้อยละ 63.6 แหล่งรายได้มาจากการประกอบอาชีพร้อยละ 54.6 อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพังร้อยละ 22.7 จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ chi-square test และ Fisher's exact probability test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาเท่านั้น สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 36.4 ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นระยะเวลา 1-6 เดือน มีการวางแผนว่าจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 24 ชั่วโมงก่อนเข้าโรงพยาบาลร้อยละ 68.2 เข้าโรงพยาบาลครั้งแรกร้อยละ 36.4 ระยะเวลาในนอนโรงพยาบาล 1-3 วันร้อยละ 81.8 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.27 วัน (SD = 0.70) ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 81.8 โรงพยาบาลที่ใช้บริการเป็นประจำได้แก่ โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิร้อยละ 77.3 สำหรับกลุ่มควบคุมร้อยละ 68.2 ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคปัจจุบันเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน มีการวางแผนว่าจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 24 ชั่วโมงก่อนเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 27.3 เข้าโรงพยาบาลครั้งแรกร้อยละ 72.7 ระยะเวลาในนอนโรงพยาบาล 1-3 วันร้อยละ 41.0 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.30 วัน (SD =1.87) ใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 86.4 โรงพยาบาลที่ใช้บริการเป็นประจำได้แก่โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิร้อยละ 77.3 จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ chi-square test และ Fisher's exact probability test พบว่ามีความแตกต่างในส่วนของการวางแผนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในเรื่องอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน



ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้สถิติทดสอบ independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ภายหลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลดังกล่าวด้วยสถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test แล้วพบว่า การกระจายข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 2)		กลุ่มควบคุม (n = 2)		P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล	198.90	24.45	172.64	21.26	.001

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยในกลุ่มควบคุมจำนวน 22 ราย ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาล และในกลุ่มทดลองจำนวน 22 ราย ได้รับโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับ โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการสอนตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการจำหน่ายมากขึ้น เนื่องจากเนื้อหาในโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายที่ผู้วิจัยใช้ในการสอนกลุ่มตัวอย่างเป็นเนื้อหาที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องทราบเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าข้อมูล que ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันควรได้รับเพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง สิ่ง que ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเหล่านี้ก่อนจำหน่ายจะเป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ถูกต้องหลังจากจำหน่าย (Eshah, 2013) โดยเนื้อหาการสอนที่ผู้วิจัยทำการสอนเป็นเนื้อหาที่ครอบคลุมองค์ประกอบของความพร้อมก่อนจำหน่ายของ ไวส์ และ เพียเซนไทน์ (Weiss & Piacentine, 2006) ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ด้านความรู้ ด้านการปรับตัวและ ทักษะการแก้ไขปัญหา ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การป้องกันและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการรักษา การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การดูแลตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ยา ผลข้างเคียง การบริหารยา การจัดการกับอาการของโรค



ผู้วิจัยสอนเนื้อหาเกี่ยวกับการการปรับตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และภาวะอารมณ์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและเกิดความพร้อมด้านการปรับตัวและทักษะในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะ วิกฤติที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตและเกิดผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตใน ระยะยาว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลได้ให้ความเห็นว่าเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและภาวะอารมณ์เมื่อเจ็บป่วยทำให้ทราบถึงแนวทางการปรับตัวที่ถูกต้องเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ นอกจากการสอนเนื้อหาที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยยังสอนเนื้อหาเกี่ยวกับเข้าถึงแหล่ง ประโยชน์ และช่องทางการติดต่อ การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าในวัยสูงอายุจะมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Smith & Liles, 2007) ผู้วิจัยจึงทำการสอนเนื้อหาเหล่านี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพร้อมด้านความคาดหวังเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะเกิดปัญหาขณะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านจะมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งบริการที่สามารถไปขอรับความช่วยเหลือได้ เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อกลับบ้าน เกิดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้นและการที่ผู้วิจัยสอนเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการดูแลและการสนับสนุนผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ดูแลกลุ่มตัวอย่างได้อย่างถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะกลับไปอยู่ที่บ้านจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่าเนื้อหาทั้งหมดที่ผู้วิจัยทำการสอนในโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย นอกจากจะเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ การปรับตัวและการแก้ไขปัญหา การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้านของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จึงสามารถสรุปได้ว่าเนื้อหาการสอนในโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากขึ้น

สำหรับวิธีการสอนผู้วิจัยใช้หลากหลายวิธี ได้แก่การสอนโดยการบรรยาย ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในการสอนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลารอนโรงพยาบาลที่สั้น โดยในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเพียง 3.27 วันเท่านั้น วิธีการสอนโดยใช้การบรรยายจึงทำให้ผู้วิจัยสามารถถ่ายทอดข้อมูลที่มากในเวลาจำกัดให้แก่กลุ่มทดลอง โดยการ ส่งข้อมูลด้วยวาจาจากผู้สอนถึงผู้เรียน โดยตรง ง่ายต่อการจัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ (Bastable, 2006) นอกจากนั้นผู้วิจัยยังเลือกใช้การสอนโดยการบรรยายเป็นรายบุคคลซึ่งเป็นการสอนที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยการสอนนั้นผู้เรียนแต่ละบุคคล ผู้เรียนและผู้สอนสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ผู้สอนมี โอกาสในการสังเกตและทำการประเมินผู้เรียนอย่างละเอียด ผู้เรียน ได้เรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการ (Bastable, 2006) ทำให้ขณะสอนผู้วิจัยได้มีโอกาสนำเสนอประเด็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในด้านสภาพร่างกาย ความรู้และประสบการณ์เดิมของกลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด โดยผู้วิจัยสังเกตว่าหากเนื้อหาการสอนในเรื่องใดที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุจะมีความสนใจในเรื่องนั้นเป็นพิเศษ ซึ่งในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่การนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ไม่ใช่ครั้งแรก ทำให้มีประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลมาแล้ว ซึ่งถ้าหากผู้สอนสามารถนำเนื้อหาที่ต้องการสอนไปอ้างอิงกับประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจดจำเนื้อหาที่สอนได้ดียิ่งขึ้น กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เนื้อหาที่ผู้วิจัยสอน ซึ่งสิ่งเหล่านี้สอดคล้องกับสาระสำคัญของพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ ที่โนลส์ได้สรุปไว้ว่า วิธีการหลักสำหรับ



การเรียนการสอนในวัยผู้ใหญ่คือ การวิเคราะห์ประสบการณ์ของผู้เรียนอย่างละเอียดว่าจะสามารถนำส่วนใดไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนการสอน เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีค่าที่สุดของผู้เรียนผู้ใหญ่ การจัดหน่วยการเรียนรู้ที่เหมาะสมควรยึดถือเอาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียนเป็นหลัก มิใช่เนื้อหาวิชาทั้งหลาย เนื่องจากการเรียนรู้จะได้ผลดีหากยึดประสบการณ์ชีวิตผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการสอน

การสอนแบบรายบุคคลยังมีความเป็นส่วนตัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างกล้าแสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย เกิดกระบวนการสืบหาหรือค้นหาคำตอบร่วมกันระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวหรือผู้ดูแลนอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้การสอนโดยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ ร่วมกันการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการฝึกปฏิบัติทักษะเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจมากขึ้นในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านซึ่งการสอนโดยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเป็นการสอนที่เหมาะสมสำหรับการฝึกทักษะ ทำให้ผู้เรียนสามารถมองเห็นขั้นตอนของการปฏิบัติได้อย่างชัดเจน การสอนโดยการสาธิต ผู้สอนจะทำการแสดงให้ผู้เรียนดูก่อน อาจใช้สื่อต่าง ๆ ในการแสดง และทำการสาธิตย้อนกลับโดยให้ผู้เรียนเป็นผู้แสดงแก่ผู้สอน (Bastable, 2006)

การสอนก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งเนื้อหาในการสอนออกเป็น 3 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อสอนครบ 30 นาทีให้กลุ่มตัวอย่างพัก 5 นาทีเพื่อให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายและลดความตึงเครียดระหว่างเรียน เนื่องจากในการสอนผู้สูงอายุผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลาในการรับส่งข้อมูล การฝึกทักษะมากกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Bastable, 2003) และการเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุทำได้ดีนั้น จะต้องเป็นการเรียนรู้เฉพาะอย่างโดยไม่เร่งรัด (Sumalrot, & Suksawai, 2015) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการรับข้อมูลปริมาณมากในเวลาเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างรับรู้ข้อมูลได้มากขึ้นและเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยยังให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในขณะทำการสอน ช่วยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมั่นใจในการดูแลกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะมีผู้ช่วยเหลือดูแลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรม นอกจากนี้สื่อการสอนที่ใช้ผู้วิจัยได้ใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ทั้งการใช้พาเวอร์พอยท์ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์โรคหลอดเลือดหัวใจและการปฏิบัติตัว ซึ่งมีการใช้รูปภาพที่เห็นได้ชัดเจน ใช้ตัวหนังสือที่มีขนาดใหญ่ มีการเว้นช่องไฟและใช้คำที่เหมาะสม ใช้ตัวหนังสือสีดำบนกระดาษสีขาว และใช้สีที่ตัดกัน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดและดึงดูดความสนใจ มีการสื่อวิธีทัศนแสดงเสนอตัวแบบสัญลักษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำให้สะท้อนให้เห็นถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง หลังจากดูสื่อวิธีทัศน กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้เช่นเดียวกับตัวแบบและจะสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายที่มีเนื้อหาและวิธีการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนียร์และคณะที่ทำการศึกษเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายและความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยจำนวน 36 ราย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับกระบวนการสอนก่อนจำหน่ายและการวางแผนก่อนจำหน่ายจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยให้คะแนนของคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายและความพร้อมในการจำหน่ายสูงขึ้น (Knier et al., 2015) และ จากการศึกษาเกี่ยวกับการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลให้แก่ครอบครัวของเด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติแห่งหนึ่งในประเทศจีนพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chen et al., 2016) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่า โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยของตนเอง และเกิดความ



The Effect of a Discharge Teaching Program on Readiness for Hospital Discharge Among Older Patients with Acute Myocardial Infarction ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

มั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ทำให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง แต่ผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดความรู้สึกกังวลว่าเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านจะลืมเนื้อหาที่พยาบาลสอน การที่ได้รับคู่มือการดูแลตนเองที่ได้รับจากผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถอ่านพบทวนเกี่ยวกับการดูแลตนเองและลดความรู้สึกกังวลของผู้สูงอายุได้

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในข้อมูลเกี่ยวกับระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยในกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ใช่ครั้งแรก ซึ่งอาจส่งผลให้คะแนนความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนะนำให้นำโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายไปใช้ในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามในระยะยาวถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น สมรรถภาพหัวใจ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

References

- Alexander, K. P., Newby, L. K., Armstrong, P. W., Cannon, C. P., Gibler, W. B., Rich, M. W., ... Naylor, M. D. (2007). Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment-elevation myocardial infarction. *Circulation*, 115(19), 2570-2589.
doi: 10.1161/CIRCULATION.AHA.107.182616
- Bastable, S. B. (2006). *Essentials of patient education*. Massachusetts: Jones & Bartlett.
- Best, J. T. (2001). Effective teaching for the elderly: Back to basics. *Orthopaedic Nursing*, 20(3), 46-52. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/195969856/fulltextPDF/17DFF055090E4FF8PQ1?accountid=44722>
- Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., & Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing*, 31(3), 178-187. doi: 10.1016/j.pedn.2007
- Chaiwong, N., Duangpaeng, S., & Masingboon, K. (2014). Factors influencing self-management behaviors among acute myocardial infarction patients. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(3), 112-119. Retrieved from <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/download/4929/4711>
- Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-441.
doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01857.x



The Effect of a Discharge Teaching Program on Readiness for Hospital Discharge
Among Older Patients with Acute Myocardial Infarction
ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
ในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- Knier, S., Stichler, J. F., Ferber, L., & Catterall, K. (2015). Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabilitation Nursing*, 40(1), 30-39. doi: 3039.10.1002/rnj.164
- Korttila, K. (1991). Anaesthesia for ambulatory surgery: Firm definitions of "home readiness" needed. *Annals of Medicine*, 23(6), 635-636. doi: 10.3109/07853899109148095
- Kunthakhu, S., Watthanakitkriear, D., Pongthavornkamol, K., & Dumavibhat, C. (2009). Factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 83-91. Retrieved from http://www.ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/
- Panuthai, P. (2014). Factors affecting readiness for hospital discharge among older persons. *Nursing Journal*, 41(4), 150-160.
- Sriprasong, S., Hanucharunkul, S., Panpukdee, O., Krittayaphong, R., Krittayaphong, K., & Krittayaphong, T. (2011). Personal factors related to perceived readiness for hospital discharge of patients with acute myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 22(2). Retrieved from <http://www.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/8516>
- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: A comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 662-671. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x
- Sumalrot, T., & Suksawai, H. N. (2015). Aging in the world of work: biopsychosocial perspectives. *Panyapiwat Journal*, 7(1), 242-254. Retrieved from <http://www.tci-thaijo.org/index.php/pimjournal/>
- Tonghong, A., Thepsittha, K., & Jongpiriyaanan, P. (2012). *Surveillance for non-communicable diseases report 2012*. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163-180. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/6527090_Psychometric_Properties_of_the_Readiness_For_Hospital_Discharge_Scale
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., ... Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42. Retrieved from https://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/discharge_committee_literature/preparing_patients_at_discharge/perceived_readiness_for_hospital_discharge_in_adult_medical_surgical_patients_weiss_clin_nurs_spec.pdf



The Effect of a Discharge Teaching Program on Readiness for Hospital Discharge
Among Older Patients with Acute Myocardial Infarction
ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
ในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Weiss, M. E., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Services Research*, 46(5), 1473-1494. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3207188/pdf/hesr0046-1473.pdf>



The Effects of Nordic Walking Exercise on Physical Fitness Among Older Persons*

ผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ*

เฟื่องเฉลิม	ศรประละ**	Fuangchalerm Sornpala**
กนกพร	สุคำวัง***	Khanokporn Sucamvang***
โรจน์	จินตนาวัฒน์***	Rojanee Chintanawat***

Abstract

During the process of aging, there is a decrease in physical fitness. Exercising for physical fitness enhances daily living activities among the elderly. The Nordic Walking Exercise is a moderately intense aerobic exercise which can improve physical fitness. The purpose of this experimental research was to examine the effect of the Nordic Walking Exercise on older persons' physical fitness. Participants included 36 older persons in Chiang Mai province, who were purposely selected and randomly assigned to an experimental group or a control group, with 18 persons in each group. The experimental group was trained on how to do the Nordic Walking Exercise three times a week for twelve weeks, while those in the control group did not do this exercise. The measurement tools consisted of 1) the demographic data recording form; 2) the recording form for the four components of fitness; 3) the Nordic Walking Exercise Guidelines for older persons; 4) the Nordic Walking Exercise handbook for older persons; 5) Nordic poles; and 6) a heart rate monitor. Data was analyzed using descriptive statistics, and the hypotheses were tested by t-test.

The results revealed that:

1. The mean of cardiorespiratory endurance, muscle strength, and flexibility in the experimental group after doing the Nordic Walking exercise was significantly higher than before doing the exercise ($p < .001$). However, the mean of body composition in the experimental group after doing the Nordic Walking exercise was not statistically significantly different.

2. The mean of cardiorespiratory endurance and flexibility in the experimental group after doing the Nordic Walking exercise was significantly higher than that of the control group ($p < .01$ and $p < .05$, respectively). However, mean muscle strength and body composition in the experimental group were not statistically significantly different from the control group.

Nordic walking exercise can increase physical fitness, especially cardiorespiratory endurance, and flexibility. Therefore, nurses should apply this exercise to promote older persons for continuing efficient physical fitness.

Keywords: Exercise; Nordic walking; Physical fitness; Older person

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

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: sornpala2005@yahoo.com

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

Received 27 February 2017; Revised 3 April 2017; Accepted 23 May 2017



บทคัดย่อ

กระบวนการสูงอายุส่งผลให้สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุลดลง การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีระดับความหนักเบาระดับปานกลางสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้ วัตถุประสงค์การวิจัยทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ทำการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการออกกำลังกายชนิดนี้ เครื่องมือที่ใช้ประเมินประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกสมรรถภาพทางกาย 3) แนวปฏิบัติสำหรับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกในผู้สูงอายุ 4) คู่มือการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกสำหรับผู้สูงอายุ 5) ไม้นอร์ดิก และ 6) เครื่องวัดอัตราการเต้นหัวใจแบบไร้สาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยความทนทานของปอดและหัวใจ, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ, ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และข้อต่อ ภายหลังการวิจัยการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก สูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ค่าเฉลี่ยสัดส่วนของร่างกาย ภายหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกไม่แตกต่างกัน

2. ด้านค่าเฉลี่ยความทนทานของปอดและหัวใจ และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อของผู้สูงอายุที่ได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .05$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสัดส่วนของร่างกายในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

การออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความทนทานของปอดและหัวใจ และ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ดังนั้นพยาบาลควรนำการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย การเดินแบบนอร์ดิก สมรรถภาพทางกาย ผู้สูงอายุ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sompala2005@yahoo.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุ เป็นวัยของการเปลี่ยนแปลงและอวัยวะทุกระบบในร่างกายมีความเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง ได้แก่ ด้านร่างกาย ระบบหัวใจและการไหลเวียนของเลือด การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่ลดลงร่วมกับหลอดเลือดมีการแข็งตัวได้ง่าย ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายได้น้อยลง ระบบการหายใจ ความแข็งแรงและกำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและออกลดลง (Bellew, Symons, & Vandervoort, 2005) การยืดขยายตัวและการหดตัวของเนื้อปอดลดลง และการระบายอากาศหายใจ (ventilation) ที่ลดลง ทำให้ความทนทานของปอดและหัวใจลดลง ในระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อ มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อลายซาร์โคพีเนีย (sarcopenia) ปริมาณเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อและข้อต่อลดลง กล้ามเนื้อมีการหดตัวหรือยืดขยายเพื่อสร้างพลังงานได้น้อย ทำให้ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อลดลง และการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อและข้อต่อที่ลดลงทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อมีความยืดหยุ่นลดลงและมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้การเผาผลาญพลังงานของร่างกายลดลงพบว่ามิโซลินสะสมแทนที่ชั้นกล้ามเนื้อของร่างกายสัดส่วนของร่างกายจึงมีการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุจึงเคลื่อนไหวร่างกายมีความลำบากมากขึ้น เสี่ยงต่อการทรงตัวและการก้าวเดินมีการเหนื่อยล้าได้ง่าย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงการดำเนินและประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้สูงอายุ ต้องหาวิธีป้องกันและชะลอความเสื่อมดังกล่าวเพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและสมรรถภาพร่างกายที่ดี สามารถดำรงอยู่ด้วยการช่วยเหลือตนเองได้ยาวนานที่สุด ลดการเป็นภาระและลดการพึ่งพิงผู้อื่น

สมรรถภาพทางกาย หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากภาวะพึ่งพา และมีความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ (American College of Sports Medicine [ACSM], 2011) เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถจะปฏิบัติกิจกรรมทางกาย (physical activities) ได้ด้วยความกระฉับกระเฉงว่องไวและได้ประสิทธิภาพสูงสุด สมรรถภาพทางกายมีคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related components) 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความทนทานของปอดและหัวใจ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความทนทานของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ และสัดส่วนของร่างกาย (American College of Sports Medicine [ACSM], 2011) สมรรถภาพทางกายสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพที่ดี บ่งบอกถึงการดำรงชีวิตของบุคคลโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006; Bellew et al., 2005) การมีสมรรถภาพทางกายที่ดียอมทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี มีการอ่อนล้าหรือเหนื่อยง่ายลดลงสามารถช่วยเหลือตนเองได้นานมากขึ้น สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้โดยง่ายและปฏิบัติได้ด้วยตนเอง คือ การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นวิธีการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุที่วิธีหนึ่ง เนื่องจากสามารถทำให้อวัยวะในหลาย ๆ ระบบของร่างกายทำงานได้ดีมากขึ้น เช่น การทำงานของหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น โดยการออกกำลังกายช่วยในเรื่องการเพิ่มความสามารถในการจับออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายมากขึ้น มีการไหลเวียนของเลือดไปยังเส้นใยกล้ามเนื้อมากขึ้น เอ็น ข้อต่อ และพังผืด ทำให้มีความแข็งแรงและความยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายทำได้คล่องแคล่ว อีกทั้งยังช่วยให้กระดูกมีความหนาแน่นมากขึ้น เป็นต้น การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นการใช้ออกซิเจนเพื่อสร้างพลังงาน โดยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่พร้อมกันเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่อง กล้ามเนื้อมีการหดและคลายตัวทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนไปกระตุ้นการทำงานของหัวใจและปอดมีการเพิ่มปริมาณหลอดเลือดในกล้ามเนื้อลายเกิดการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างถุงลมกับเลือด ทำให้มีค่า



ความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย (VO_{2max}) เพิ่มขึ้น (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจึงมีประโยชน์และมีความเหมาะสมในการเพิ่มสมรรถภาพทางกายกับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีหลายชนิด เช่น การเดิน การวิ่ง การเดินแอโรบิก การเดินร่าต่าง ๆ การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน การเดินออกกำลังกายแบบนอร์ดิก เป็นต้น นอกจากนี้การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายอย่างสูงสุด ควรออกกำลังกายตามหลักฟิต (FITTE) ของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006) ซึ่งประกอบด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีระดับความหนักระดับปานกลาง มีระยะเวลาแต่ละครั้งอย่างน้อย 20 นาที มีความสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีความสนุกสนาน

การออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก (Nordic Walking Exercise) พัฒนามาจากการเดินสกีโพลบนลานน้ำแข็งแล้วประยุกต์ใช้ในการเดินบนพื้นราบเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายไม่ซับซ้อน มีระดับความหนักระดับปานกลางซึ่งสามารถออกกำลังกายได้ทั้งในพื้นที่ราบหรือบนพื้นที่สูงชันไม่เท่ากัน (Kocur & Wilk, 2006) โดยขณะเดินใช้ไม้เท้าช่วยพยุงให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องช่วยให้มีความมั่นคงขณะก้าวเดิน (Church, Earnest, & Morss, 2002) การออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกมีหลักการ 2 ประการ คือ การกระตุ้นให้มีการออกแรงและเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อส่วนบน ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อในส่วนลำตัว แขน ไหล่ อย่างต่อเนื่องและมีการถ่ายน้ำหนักบางส่วนไปยังไม้เท้าเพื่อช่วยให้ไม่เกิดการถ่ายน้ำหนักของร่างกายไปยังร่างกายทั้งหมด ทำให้มีการกระจายน้ำหนักแรงที่กระทำต่อข้อต่อต่าง ๆ ในส่วนร่างกาย (Kocur & Wilk, 2006) การออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกจึงเป็นการออกกำลังกายที่มีส่วนช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้สูงสุดและพัฒนาสมรรถภาพทางกายหลายด้านในคราวเดียวกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เชิร์ช และคณะ (Church et al., 2002) ได้ศึกษาการตอบสนองของร่างกายจากการเดินแบบนอร์ดิกเปรียบเทียบกับเดินปกติ ในกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงจำนวน 22 ราย พบว่าหลังการเดินแบบนอร์ดิกที่ระยะทาง 1,600 เมตร ค่าการซึมซาบของออกซิเจน (oxygen uptake) และพลังงานที่ใช้ไป (caloric expenditure) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ เมื่อเปรียบเทียบกับเดินปกติ ในประเทศเกาหลีใต้ของ ซอง, ยู, ชอย, และ คิม (Song, Yoo, Choi, & Kim, 2013) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อองค์ประกอบร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และค่าระดับไขมันในเลือด ของผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 67 ราย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าการเดินแบบนอร์ดิกเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เดินปกติ และในประเทศญี่ปุ่น มีการศึกษาของ ซอง ทาเคชิมะ และคณะ (Takeshima et al., 2013) ที่ศึกษาผลของการเดินแบบนอร์ดิกเปรียบเทียบกับเดินปกติและการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 65 ราย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าในกลุ่มที่ทำการทดลองออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก สามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุด้านความทนทานของระบบหายใจและการไหลเวียน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะพบว่าการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกมีผลดีต่อองค์ประกอบสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามบางงานวิจัยทำการศึกษาดทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด หรือเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเพศหญิงหรือเพศชาย และผลของการศึกษาค่าสมรรถภาพทางกายไม่ได้เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีความแตกต่างในการวัดค่าสมรรถภาพทางกาย และในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีผู้ศึกษาหรือทำวิจัยในเรื่องการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยประเมินจากองค์ประกอบสมรรถภาพทางกาย 4 ด้าน ได้แก่ ความทนทาน



ของปอดและหัวใจ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ และสัดส่วนของร่างกาย เพื่อผลการศึกษาที่ได้จะเพิ่มสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดการพึ่งพาผู้อื่นของผู้สูงอายุและจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในการเพิ่มสมรรถภาพทางกายช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก และกลุ่มที่ไม่ได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกสูงกว่า ก่อนการได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก
2. คะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก

กรอบแนวคิดแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้หลักการเดินออกกำลังกายตามหลักฟิตท์ (frequency intensity time type enjoyment: FITTE) ของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006) และการออกกำลังกายการเดินแบบนอร์ดิก ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ต้องอาศัยแรงจากกล้ามเนื้อส่วนบนร่วมกับอุปกรณ์ไม้เท้าที่ยันกับพื้นดินสะโพกและขาเคลื่อนไหวลำตัวไปด้านหน้าในช่วงการเดินปกติ โดยมีอุปกรณ์ คือ ไม้เท้า ช่วยเสริมแรงที่แขนและข้อไหล่ก้าวเดินเป็นจังหวะ ซึ่งจะได้ประโยชน์จากการออกกำลังกายผสมผสานกล้ามเนื้อหลายมัด โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนลำตัวและแขนที่เพิ่มมากขึ้นช่วยให้ไม่เกิดการถ่ายเทน้ำหนักร่างกายไปยังรยางค์ล่างของร่างกายทั้งหมด การใช้ไม้เท้าจะช่วยพยุงร่างกายและถ่ายเทน้ำหนักบางส่วนไปยังไม้เท้าก้าวเดิน ทำให้การออกกำลังกายได้ประโยชน์ต่อสมรรถภาพทางกายได้สูงสุดทั้ง 5 ด้าน คือ ความทนทานของปอดและหัวใจ, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ, ความทนทานของกล้ามเนื้อ, ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ และสัดส่วนของร่างกายและรู้สึกถึงความเหนื่อยล้าได้น้อย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบกลุ่มได้ 2 หมู่บ้าน คัดเลือกและจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันสุ่มเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์ อำนาจการคำนวณที่ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษาจากผลการวิจัยของ ทาเกชิมะ และคณะ (Takeshima et al., 2013) เท่ากับ 0.67 นำค่าที่ได้เปิดตาราง Power analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 15 ราย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้เพื่อ



ป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (attrition) ได้กลุ่มละ 18 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกค่าความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย ค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ค่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อค่าสัดส่วนของร่างกาย

2. เครื่องมือในการดำเนินวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติสำหรับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกในผู้สูงอายุ (Duangruedee et al., 2014) คู่มือการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก ไม่นอร์ดิก และเครื่องวัดอัตราการเต้นหัวใจแบบไร้สาย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย เพื่อประสานงานในการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

การเตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการเป็นผู้นำการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้ารับการอบรมและการฝึกในหลักสูตรการฝึกการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก จากผู้เชี่ยวชาญฝึกสอนการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกหมู่บ้านในตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำการสุ่มเพื่อให้หมู่บ้านหนึ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่ได้โดยวิธีเลือกแบบตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมกันใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนการวิจัย การตอบข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยทำการประเมินสมรรถภาพทางกาย โดยบันทึกค่าต่าง ๆ ไว้ในแบบบันทึก และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามกิจกรรมตามปกติที่เคยปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยทำการประเมินสมรรถภาพทางกายหลังการเข้าร่วมการวิจัย บันทึกค่าต่าง ๆ ไว้ในแบบบันทึกพร้อมกับแจกวีดิทัศน์และคู่มือการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก และฝึกสอนการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่สนใจ



กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนการวิจัย การตอบข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทำการประเมินสมรรถภาพทางกาย บันทึกค่าต่าง ๆ ไว้ในแบบบันทึก ผู้วิจัยทำการฝึกการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก โดยผู้วิจัยจะทำการฝึกกลุ่มตัวอย่างทุกคนพร้อมกัน โดยให้ผู้ช่วยวิจัย 1 คนรับผิดชอบการช่วยฝึกในกลุ่มตัวอย่าง 6 คน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยใช้เวลาฝึกทั้งสิ้น 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 55 นาที พร้อมทั้งวัดอัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อให้ได้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (target heart rate) เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 55 ซึ่งเป็นการออกกำลังกายด้วยความหนักปานกลาง สัปดาห์ที่ 2-11 ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 55 นาที สัปดาห์ที่ 12 วันสุดท้าย ผู้วิจัยทำการประเมินสมรรถภาพทางกาย แล้วบันทึกค่าสมรรถภาพทางกายไว้ในแบบบันทึก ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และหลังทดสอบการกระจายของข้อมูลใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Simonov one sample test การกระจายของข้อมูลของทั้งสองกลุ่มเป็นแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก โดยใช้สถิติ dependent t- test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก โดยใช้สถิติ independent t- test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 50.0 และเป็นหญิงร้อยละ 50.0 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.27 ± 4.89 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 65.47 ± 4.42 ปี ทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 94.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.70 และ 50.00 ตามลำดับ เป็นหม้ายร้อยละ 11.10 และ 16.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ยังประกอบอาชีพมีสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน ร้อยละ 55.60 และ 61.10 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.80 และ 66.70 ตามลำดับ และโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความทนทานของปอดและหัวใจ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ และสัดส่วนของร่างกาย ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก

ค่าเฉลี่ยความทนทานของปอดและหัวใจประเมินโดยวิธีการเดินบนทางราบในระยะทาง 1 ไมล์ (1.6 กิโลเมตร) ของร็อกพอร์ด ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อประเมินโดยเครื่องวัดแรงบีบมือ และค่าเฉลี่ยความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อประเมินโดยวิธีการนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า ภายหลังการวิจัยมีค่าสูงกว่าก่อนการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในด้านค่าเฉลี่ยสัดส่วนของร่างกายภายหลังการวิจัยมีค่าไม่แตกต่างจากก่อนการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความทนทานของปอดและหัวใจ ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ค่าเฉลี่ยความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ และค่าเฉลี่ยสัดส่วนของร่างกาย ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง (n = 18)		หลังการทดลอง (n = 18)		t	p-value
	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)		
ความทนทานของปอดและหัวใจ	3.27	1.07	4.61	1.09	-8.246	.0005**
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	24.8	8.59	26.10	8.41	-6.610	.0005**
ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ	11.9	83.75	13.9	84.21	-5.764	.0005**
สัดส่วนของร่างกาย 1. BMI	22.1	23.29	22.0	32.83	0.648	0.26 ^{ns}
เส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก	0.87	0.09	0.86	0.08	1.494	0.08 ^{ns}

**p < .001, ^{ns}p > 0.05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความทนทานของปอดและหัวใจ,ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ, ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ, สัดส่วนของร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก

ค่าเฉลี่ยความทนทานของปอดและหัวใจและค่าเฉลี่ยความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ภายหลังการวิจัยการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก มีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ ในด้านค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ, ค่าเฉลี่ยสัดส่วนของร่างกาย ภายหลังการวิจัยการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกมีค่าไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความทนทานของปอดและหัวใจ,ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ สัดส่วนของร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก และกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		t	p-value
	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)		
ความทนทานของปอดและหัวใจ	4.61	1.09	3.00	1.14	4.334	.0005**
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	26.14	8.41	26.00	5.08	0.060	0.48 ^{ns}
ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ	13.99	4.21	11.07	4.84	1.929	0.03*
สัดส่วนของร่างกาย 1.BMI	22.03	2.83	21.68	2.10	0.423	0.34 ^{ns}
เส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก	0.86	0.08	0.87	0.05	-0.695	0.25 ^{ns}

**p < .001, *p < .05, ^{ns}p > .05



การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความทนทานของปอดและหัวใจประเมินโดยวิธีการเดินบนทางราบในระยะทาง 1 ไมล์ (1.6 กิโลเมตร) ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อประเมินโดยเครื่องวัดแรงบีบมือ และค่าเฉลี่ยความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อประเมินโดยวิธีการนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า ภายหลังจากการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกมีค่าสูงกว่าก่อนการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก สามารถช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ในด้านความทนทานของปอดและหัวใจ, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ, ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เมื่อมีการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ส่งผลดีต่อสมรรถภาพทางกายได้มากขึ้น จากการติดตามอัตราการเต้นของหัวใจใน 2 สัปดาห์แรก พบว่าอัตราการเต้นหัวใจเป้าหมายของผู้สูงอายุ อยู่ระหว่างร้อยละ 55-65 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด การออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกด้วยความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์และใช้ระยะเวลา 55 นาที ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ เมื่อคำนวณพบมีการเพิ่มขึ้นของค่าความสามารถการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย (VO_{2max}) ผู้สูงอายุสามารถเดินใช้เวลาน้อยลง ส่งผลต่อร่างกายให้มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีความทนทานในการทำกิจกรรมมากขึ้น ประสิทธิภาพของใยกล้ามเนื้อทั้งชนิดหดตัวช้าและหดตัวเร็วเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อจึงมีความแข็งแรงมากขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ผลจากแรงบีบมือมีค่าเพิ่มมากขึ้น และจากการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อ ส่งผลทำให้มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณข้อต่อ เอ็นหุ้มข้อ และกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อมากขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ รอบข้อมีความยืดหยุ่นและอ่อนตัวมากขึ้น รวมทั้งมีท่าที่ใช้ในช่วงการอบอุ่นร่างกาย 9 ท่า และช่วงผ่อนคลายร่างกายทั้งหมด 6 ท่า มีท่าที่บริหารข้อสะโพก กล้ามเนื้อหลังส่วนหลัง และกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง น่อง ลำตัว หลังและคอ อยู่ 5 ท่า จึงทำให้ค่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อของผู้สูงอายุมีค่าสูงขึ้น ประกอบกับการมีความถี่ของการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความเพียงพอที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อการออกกำลังกาย (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006) ตามที่การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดไว้ ซึ่งผลการทดลองครั้งนี้สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ซอง มิน ซุน และคณะ (Song et al., 2013) ที่ทำการศึกษา ผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสัดส่วนของร่างกายในผู้สูงอายุ เพศหญิง จำนวน 67 ราย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จากการใช้ เครื่องวัดแรงบีบมือมีค่าเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ ทากะชิมะ และคณะ (Takeshima et al., 2013) ที่ศึกษาผลของการเดินแบบนอร์ดิกเปรียบเทียบกับเดินและการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ จำนวน 65 ราย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าในกลุ่มที่ทดลองด้วยการเดินแบบนอร์ดิกมีค่าความทนทานของปอดและหัวใจเพิ่มขึ้นจากการทดสอบการเดิน 12 นาทีแล้ววัดอัตราของการรับรู้การออกแรง (rating of perceived exertion) ซึ่งมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และความยืดหยุ่นของร่างกายวัดโดยวิธีการนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า (Sit and Reach Test) มีค่าเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$

อย่างไรก็ตามพบว่า คะแนนสมรรถภาพทางกายด้านค่าสัดส่วนของร่างกายในกลุ่มทดลองภายหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก ไม่แตกต่างจากก่อนการได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก โดยพบมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 22.34 เป็น 23.17 และในส่วนของค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพกลดลงจากก่อนการทดลอง 0.87 เป็น 0.85 อภิปรายได้ว่า จากการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการสูงอายุส่งผลต่อค่าสัดส่วนของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้า ๆ และไม่ชัดเจน โดยในผู้สูงอายุมีเปอร์เซ็นต์ของไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นในขณะที่มวลกระดูกลดลง ทำให้น้ำหนักร่างกายอาจลดลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงในเวลาอันรวดเร็ว ในผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นของมวลไขมันซึ่งพบว่าการกระจายที่ในส่วนหน้าท้องและ

สะโพกเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นน้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกายและสัดส่วนของร่างกายจึงมีเปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่พร้อมกัน (St-Onge & Gallagher, 2010) นอกจากนี้แล้วการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของร่างกายที่เกิดจากการมีการเปลี่ยนแปลงสมดุลพลังงานของร่างกาย และการหลั่งฮอร์โมนเร่งการเจริญเติบโต (growth hormone) ยังเป็นการเปลี่ยนแปลงเฉพาะบุคคล และอาศัยระยะเวลาจนถึงจะเห็นถึงการเปลี่ยนแปลง (Kuo, Han, Hsiao, Yates, & Waterman, 2011) ดังนั้นในระยะเวลา 12 สัปดาห์จึงเห็นผลการเปลี่ยนแปลงด้านสัดส่วนร่างกายในผู้สูงอายุได้น้อย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ตอบรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 ที่เสนอไว้บางส่วน

การเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกในด้านความทนทานของปอดและหัวใจ และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ คะแนนสมรรถภาพทางกายสูงขึ้นจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่ 0.001 และในระดับที่ 0.05 (ตารางที่ 2) ตามลำดับ และในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและค่าสัดส่วนของร่างกายไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก อธิบายได้ว่าการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก สามารถช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ในด้านความทนทานของปอดและหัวใจ, ความความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวและสามารถเข้าร่วมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกได้ตามที่กำหนด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 55 นาที เป็นเวลานาน 12 สัปดาห์ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และตามหลักฟิตต์ (FITTE) พบว่าค่าความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายเมื่อคำนวณแล้ว สูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก สมรรถภาพทางกายด้านความทนทานของปอดและหัวใจจึงเพิ่มมากขึ้น สามารถเดินในระยะทางที่กำหนดใช้เวลาที่ลดลง อัตราการเต้นของหัวใจภายหลังการเดินครบระยะทางทันทีที่มีค่าลดลง เมื่อค่าความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดของการร่างกาย เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ในร่างกายได้ดียิ่งขึ้น ผู้สูงอายุสามารถเดินได้คล่องแคล่วและเร็วมากขึ้น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สมรรถภาพทางกายด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อในผู้สูงอายุที่ได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกจึงเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษา ทาเกชิมะ และคณะ (Takeshima et al., 2013) ที่ศึกษาผลของการเดินแบบนอร์ดิกเปรียบเทียบกับ การเดินปกติและการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ จำนวน 65 ราย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในด้านความทนทานของปอดและหัวใจและด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อพบว่าค่าความทนทานของปอดและหัวใจของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่เดินปกติ กลุ่มออกกำลังกายด้วยยางยืดและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ทดสอบจากการเดิน 12 นาทีแล้ววัดอัตราของการรับรู้การออกแรง (rating of perceived exertion) และยังพบว่าค่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่เดินปกติ กลุ่มออกกำลังกายด้วยยางยืดและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ จากการทดสอบโดยวิธีการนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า

อย่างไรก็ตามพบว่าด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและด้านค่าสัดส่วนของร่างกาย ภายหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก เปรียบเทียบกลับกลุ่มควบคุม ผลไม่แตกต่างจากก่อนการได้รับการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก (ดังตารางที่ 2) อธิบายได้ว่าจากกระบวนการสูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสัดส่วนของร่างกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป และอาจพิจารณาได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างในรายบุคคล ซึ่งมีการศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสัดส่วนของร่างกายใช้ความถี่และระยะเวลาที่แตกต่างกันไป การศึกษาของ ซอง มิน ซุน และคณะ (Song et al., 2013) เรื่องผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อสัดส่วนของร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระดับไขมัน ในผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 67 ราย พบว่าด้านสัดส่วนของร่างกาย ค่าดัชนีมวลกาย น้ำในร่างกาย มวลกระดูกและเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ภายหลังการทดลองผลไม่แตกต่างกัน โดยใช้ระยะเวลาในการ



ทำการทดลอง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที นาน 12 สัปดาห์ และในการศึกษาของ ไวรัก และคณะ (Virág et al., 2014) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกแบบระยะสั้นและระยะยาวต่อความสมดุล การเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความทนทานทางแอโรบิก ในกลุ่มผู้สูงอายุฮังการี จำนวน 41 ราย โดยระยะสั้นใช้เวลา 10 สัปดาห์ และระยะยาวใช้เวลา 25 สัปดาห์ พบว่าค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันในทั้งสองระยะเวลา ดังนั้นสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสัดส่วนของร่างกายในการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกอาจต้องมียุทธศาสตร์การทดลองยาวนานเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

นอกจากผลการทดลองตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้แล้ว ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จากการที่ผู้วิจัยได้ติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีและยังประกอบอาชีพ ซึ่งมีความสนใจและมีความคาดหวังในการมีสุขภาพที่ดี จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้พฤติกรรม การออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกมีความสม่ำเสมอ การได้เข้าร่วมออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกแบบเป็นกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้พฤติกรรม การออกกำลังกายจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและเห็นประสบการณ์จากผู้อื่น ทำให้เกิดความมั่นใจในการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกกว่ามีความเหมาะสมกับตนเองและสามารถปฏิบัติได้ และมีแบบในการฝึกสอนจากการที่ผู้วิจัยเป็นต้นแบบและสื่อการสอนจากคู่มือการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกในผู้สูงอายุ นอกจากนั้นความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลจะขึ้นกับปัจจัยอีกประการหนึ่งคือ การที่ผู้วิจัยได้ให้คำชี้แนะชมยกย่องเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้รวมถึงให้คำแนะนำอธิบายเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาหรือมีข้อสงสัยตลอดระยะเวลาการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก มีการตรวจร่างกายก่อนการฝึกเดิน เป็นการให้แรงสนับสนุนทางสังคม 3 ชนิด ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าและการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จึงเป็นความสำคัญยิ่งที่ผู้สนใจจะศึกษาหรือใช้โปรแกรมปรับปรุงพฤติกรรมจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ได้เรียนรู้และนำเสนอ ดังกล่าวข้างต้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยนำวิธีการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกไปใช้ในการสอนและแนะนำผู้สูงอายุและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นทางเลือกตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลในระยะยาวของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุอยู่ในระยะพัฒนา (improvement stage) และระยะคงที่ (maintenance stage) โดยใช้เวลามากกว่า 12 สัปดาห์ เพื่อแสดงผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสัดส่วนของร่างกายได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษสมรรถภาพทางกายระหว่างเพศ เพื่อแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายในระหว่างเพศที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 75 ปีมากขึ้น เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 75 ปี กับกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 75 ปี เพื่อแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายระหว่างช่วงอายุของผู้สูงอายุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น



References

- American College of Sports Medicine. (2006). *ACSM's guideline for exercise testing and prescription* (7th ed.). Baltimor: Lippincott Williams & Wilkins.
- American College of Sports Medicine. (2011). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bellew, J. W., Symons, T. B., & Vandervoort, A. A. (2005). Geriatric fitness: Effects of aging and recommendations for exercise in older adults. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 16, 21-32.
- Church, T. S., Earnest, C. P., & Morss, G. M. (2002). Field testing of physiological responses associated with Nordic Walking. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73(3), 296-300.
- Kocur, P., & Wilk, M. (2006). Nordic walking—a new form of exercise in rehabilitation. *Medical Rehabilitation*, 10(2), 1-8.
- Kuo, J. C., Han, X., Hsiao, C. T., Yates, J. R., & Waterman, C. M. (2011). Analysis of the myosin-II-responsive focal adhesion proteome reveals a role for β -Pix in negative regulation of focal adhesion maturation. *Nature Cell Biology*, 13(4), 383–393. doi: 10.1038/ncb2216
- Lasuka, D., Khampolsiri, T., Sucamvang, K., Chintanawat, R., & Riyakad, A. (2014). *The Nordic walking exercise guidelines for older persons*. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiangmai University.
- Song, M. S., Yoo, Y. K., Choi, C. H., & Kim, N. C. (2013). Effects of Nordic walking on body composition, muscle strength, and lipid profile in elderly women. *Asian Nursing Research*, 7(1), 1–7. doi: 10.1016/j.anr.2012.11.001
- St-Onge, M. P., & Gallagher, D. (2010). Body composition changes with aging: The cause or the result of alterations in metabolic rate and macronutrient oxidation? *Nutrition*, 26(2), 152–155. doi: 10.1016/j.nut.2009.07.004
- Takeshima, N., Islam, M. M., Rogers, M. E., Rogers, N. L., Sengoku, N., Koizumi, D., ... Naruse, A. (2013). Effects of Nordic walking compared to conventional walking and band-based resistance exercise on fitness in older adults. *Journal of Sports Science and Medicine*, 12(3), 422-430.
- Virág, A., Karóczy, C. K., Jakab, A., Vass, Z., Kovács, É., & Gondos, T. (2014). Short-term and long-term effects of Nordic walking training on balance, functional mobility, muscle strength and aerobic endurance among Hungarian community-living older people: A feasibility study. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 55(11), 1285-1292.



The Health Literacy and Health Behavior of the 45–59-Year-old Working Age Group in Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province*

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี
ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์*

วิชุดา	นพเสริฐ**	Wichuda	Nopasert**
นิศาชล	บุบผา***	Nisachon	Bubpa***
อรุณณี	ใจเที่ยง****	Arunnee	Jaitieng****

Abstract

The purpose of this research was to study the relationship between health literacy levels and health behavior levels of 164 working age people, aged 45-59 years old, in Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province. The samples were selected by multi-stage random sampling according to specified criteria. The tool used was the health literacy and health behavior questionnaire adapted from 1) a health literacy survey for Thai people aged 15 years and over, 2020, by the Department of Health; 2) a health literacy assessment form and health behaviors according to the revised version of 3E 2S in 2018, by the Division of Health Education; and 3) a health behavior questionnaire, on knowledge and environmental factors affecting working-aged people's health, 2021, by the Department of Health. The assessment form had a content consistency index of 0.86 and the Cronbach's alpha coefficient of confidence was 0.79. Data were analyzed using descriptive statistics and tested for correlation with Pearson's correlation coefficient.

The results showed that; the total sample of 161 people had a good level of health literacy as the percentage of the mean score of 76.84 showed a moderate level of health behaviors. The percentage of mean scores was 67.23, and the results of the analysis of the relationship between health literacy levels and health behavior levels found a low to moderate correlation with statistical significance ($r = .208-.35$, $p < 0.05$).

The results of this study can be used as database information for health care professionals who look after people in working-age groups to support their health behavior through enhancing health literacy.

Keywords: Health literacy; Health behavior; Working age group

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; e-mail: wichuda.nop@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**** Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received 16 August 2022; Revised 26 September 2022; Accepted 5 October 2022



บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี จำนวน 164 คน ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดัดแปลงมาจาก 1) แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2563 ของกรมอนามัย 2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2561 ของกองสุขศึกษา และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพวัยทำงาน (สำหรับประชาชน) ปี พ.ศ.2564 ของกรมอนามัย แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.86 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 161 คน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 76.84 จากคะแนนเต็ม 100 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีคะแนนเฉลี่ย 67.23 จากคะแนนเต็ม 100 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .208 - .35, p < 0.05$)

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลกลุ่มวัยทำงานในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพผ่านความรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มวัยทำงาน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น e-mail: wichuda.nop@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้เพิ่มอายุคาดเฉลี่ย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานเน้นพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา (3อ.2ส.) มาจนถึงปัจจุบัน กรมอนามัยได้ขับเคลื่อนนโยบายการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในทุกกลุ่มวัย เนื่องจากในปัจจุบันประชาชนเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases; NCDs) สูงขึ้น เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม

จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลกในปี พ.ศ.2555 เป็น 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี พ.ศ.2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน 9.0 ล้านคน, 3.8 ล้านคน และ 1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22, 9 และ 4 ตามลำดับ ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหารหวานมันเค็ม และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง (Ministry of Health Department of Disease Control, 2020)

จากการศึกษาปรากฏการณ์ในพื้นที่ อำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ.2563 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.12 ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดนครสวรรค์ ตามด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.42 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 0.39 ตามลำดับ (Ministry of Health Department of Disease Control, 2020) จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562 พบว่า เมื่อประชากรมีอายุมากขึ้น ส่งผลทำให้ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ลดลง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การซักถามข้อมูล การตัดสินใจ และการเปลี่ยนพฤติกรรม จึงมีความสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต (Roma & Kloyiam, 2019)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการมีทักษะด้านปัญญาและสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการชักจูงให้บุคคลตัดสินใจในการเลือกวิถีทางในการดูแลและจัดการตนเอง ป้องกันและคงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพจัดเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรม ซึ่งจะเป็แรงจูงใจในตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ การที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความรู้ลึกซึ้งตระหนักจากภายในตนเองก่อน จนรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยบุคคลนั้นต้องรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ตนเองจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมาย วางแผนและกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา) ปัจจุบันการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพได้ให้



ความสำคัญกับการพัฒนา “ความรู้ด้านสุขภาพ” (health literacy) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องในชีวิต และการพัฒนาความสามารถในระดับบุคคล เพื่อการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน เนื่องจากการพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ จะส่งผลต่อความสามารถของประชาชนที่เพิ่มขึ้น เกี่ยวข้องกับการใช้บริการ การสื่อสารระหว่างการใช้บริการ การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และการนำข้อมูลไปใช้เมื่อต้องตัดสินใจในชีวิต สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นได้ และกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ อันจะส่งผลต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ที่เป็นกำลังหลักสำคัญของประเทศในการสร้างงาน สร้างรายได้ให้แก่รัฐ ถ้าประชาชนวัยทำงานมีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้สุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ทำให้มีศักยภาพในการสร้างงาน สร้างรายได้ และสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจให้กับประเทศอย่างต่อเนื่อง (Roma & Kloyiam, 2019)

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ได้ร่วมขับเคลื่อนนโยบายการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 3 และได้ร่วมดำเนินการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในทุกกลุ่มวัย ปัจจุบันพื้นที่อำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ มีการดำเนินงานสร้างความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่ชุมชน ได้แก่ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิญชวนประชาชนเข้าร่วมโครงการสืบล้านครอบครัวไทย ได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 จนถึงปัจจุบัน เป็นโครงการส่งเสริมความรู้ด้านการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนผ่านดิจิทัลแพลตฟอร์ม จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำ กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วย ในการป้องกันการเกิดโรค NCDs และภาวะแทรกซ้อนจากโรค NCDs ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง และไตวายเรื้อรัง ในสถานประกอบการมีการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานโดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในองค์กร โดยใช้โครงการก้าวท้าใจเป็นเครื่องมือในการแข่งขันการออกกำลังกายในองค์กร รณรงค์ประชาสัมพันธ์การงดสูบบุหรี่ประชาสัมพันธ์การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs ในองค์กร และมีสถานที่สำหรับออกกำลังกายให้กับประชาชนทั้งในชุมชน และสถานประกอบการ แต่ยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ มีการตรวจสุขภาพพนักงานเป็นประจำทุกปี และมีการประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองด้านอารมณ์ด้วยตนเอง การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้องยังไม่ครอบคลุม และยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนในพื้นที่อำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ รวมถึงในปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (aging society) และจากผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562 ยังพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง (Roma & Kloyiam, 2019) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45–59 ปี เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรค NCDs นำมาซึ่งการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น และเพื่อนำชุดข้อมูลที่ได้ไปนำสู่การวางแผนออกแบบบริการเพื่อพัฒนาศักยภาพของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่ ส่งเสริมสุขภาพเตรียมตัวก่อนสูงอายุ และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้สู่บุคคลอื่นได้ อันจะนำไปสู่ชุมชนสังคมสุขภาพดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ V-Shape ของ นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ พ.ศ. 2560 ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และความสามารถของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพนี้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. 5 ประเด็น ดังนี้ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การไม่ สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ และ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอยะหริ่ง เนื่องจากสาเหตุปัจจัยเริ่มต้นของปัญหาด้านสุขภาพแท้จริงที่ยังไม่ไปถึงผลลัพธ์ของ การมีสุขภาพที่ดี ได้เป็นเพราะประชาชนขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Ministry of Health Department of Disease Control, 2018) และพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเกิดขึ้นได้ เพราะคนเราต้องมีความรู้ หรือรอบรู้ ในเรื่อง การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การซักถามข้อมูลด้านสุขภาพ การตัดสินใจข้อมูลด้าน สุขภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อที่บุคคลจะนำมา ประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) ดำเนิน การศึกษาในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ทั้งหมดจำนวน 15,006 คน (Ministry of Health, 2020)

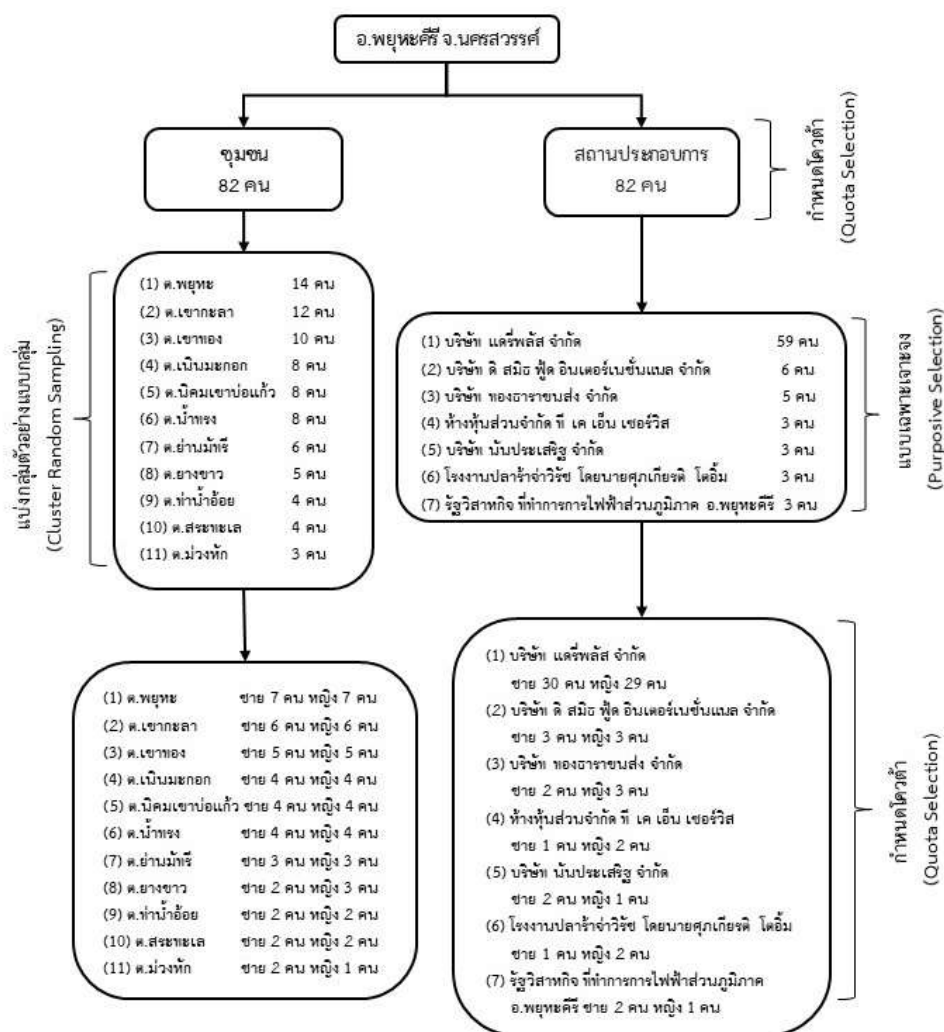
กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ประชาชนวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 164 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 (Cohen, 1992) กำหนดความมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.95 และค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง $r = .508$ (Singhasem, Krinara, & Tiparat, 2019) ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 138 คน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นไป ร้อยละ 18.8 คิดเป็นจำนวน 26 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 164 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 วิธีการคัดเลือก แบบกำหนดโควตา (Quota Selection) จำแนกตามลักษณะการประกอบอาชีพ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่มีการ ประกอบอาชีพที่หลากหลายทั้งในชุมชน และสถานประกอบการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการวิจัยใน 2 พื้นที่ ดังนี้ ชุมชนจำนวน 82 คน และสถานประกอบการ จำนวน 82 คน ขั้นตอนที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ 1) ชุมชน แบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จำแนกตามสภาพภูมิศาสตร์ทั้งหมด 11 ตำบล และทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนจำนวนประชากร 2) สถานประกอบการ วิธีการคัดเลือก สถานประกอบการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) เลือกสถานประกอบการที่มีจำนวนพนักงาน 40 คนขึ้นไป จำนวน 7 แห่ง ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ และทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถาน ประกอบการตามสัดส่วนจำนวนพนักงาน ขั้นตอนที่ 3 วิธีการคัดเลือกแบบกำหนดโควตา (Quota Selection)



แยกตามเพศ ชายและหญิง ตามจำนวนที่กำหนด โดยวิธีการสุ่มดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดัดแปลงมาจาก 1) แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2563 ของกรมอนามัย 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2561 ของกองสุศึกษา และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพวัยทำงาน (สำหรับประชาชน) ปี พ.ศ. 2564 ของกรมอนามัย เพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) เท่ากับ 0.86 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย อายุ 45-59 ปี จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (10 ข้อ) ได้แก่ ประเภ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษาสูงสุด อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว ข้อมูลด้านสุขภาพ สิทธิและสวัสดิการการรักษาพยาบาล ตัวแปร



ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ประเภท เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว ข้อมูลด้านสุขภาพ สิทธิและสวัสดิการการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ (29 ข้อ) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูล 5 ข้อ การเข้าใจข้อมูล 3 ข้อ การซักถาม 6 ข้อ การตัดสินใจ 5 ข้อ การเปลี่ยนพฤติกรรม 7 ข้อ และการบอกต่อ 3 ข้อ ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การซักถามข้อมูล การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความคิดเห็น 5 ระดับ โดยการแปลผลแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ อ้างอิงจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2561 (Ministry of Health, 2018)

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ (11 ข้อ) ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย คือ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความคิดเห็น 5 ระดับ โดยการแปลผลแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ อ้างอิงจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2561 (Ministry of Health, 2018)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ HE642189 พร้อมทำหนังสือขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลต่อคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยทำการไปพบอาสาสมัครที่บ้านหรือที่ทำงาน อธิบายเอกสารชี้แจงการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจ และในสถานการณ์การเกิดโรคระบาดผู้วิจัยไม่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ได้เก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ Google form โดยให้บุคคลแสดงความยินยอมด้วยวาจาหรือการกระทำได้ การใช้รหัสสำหรับอาสาสมัคร ในชุมชน หรือในสถานประกอบการ การไม่ถ่ายภาพหรือบันทึกวิดีโอ การเก็บรักษาข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากอาสาสมัครทั้งที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ และกระดาษไว้ในที่ปลอดภัย มีการใส่รหัสคอมพิวเตอร์และไฟล์ข้อมูล เก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อกอย่างแน่นหนา การจำกัดจำนวนบุคคลที่เข้าถึงข้อมูล และทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานงานผ่านสาธารณสุขอำเภอพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลในสถานประกอบการ

2. จัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัยให้แก่สาธารณสุขอำเภอพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 11 ตำบล และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลในสถานประกอบการจำนวน 7 แห่ง ในพื้นที่วิจัย โดยมีผู้ประสานงานวิจัยจำนวน 19 คน ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองในพื้นที่ชุมชน และใช้แบบสอบถามออนไลน์ในพื้นที่สถานประกอบการโดยผ่านผู้ประสานงานวิจัย

3. ดำเนินการคัดเลือกผู้ประสานงานวิจัยในแต่ละพื้นที่

4. จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายวัตถุประสงค์ของข้อคำถามในแต่ละข้อแก่ผู้ประสานงานวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจกับแบบสอบถามให้แก่ผู้ประสานงานวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการ ดำเนินการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยลงเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ด้วยตนเอง พร้อมทั้งผู้ประสานงานวิจัย หลังจากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลคำตอบให้ถูกต้องครบถ้วน ก่อนเก็บแบบสอบถามคืนทุกครั้ง



2. สถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 กรณีผู้วิจัยไม่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ได้เก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ Google form โดยผู้วิจัยดำเนินการส่งลิงค์แบบสอบถามให้ผู้ประสานงานวิจัยในสถานประกอบการแต่ละแห่ง จากนั้นผู้ประสานงานวิจัยดำเนินการส่งลิงค์แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ผู้วิจัยทำการควบคุมความคลาดเคลื่อนของข้อมูลในแบบสอบถามออนไลน์ โดยการตั้งระบบ Google form แบบตอบรับให้ตอบทุกข้อ จึงสามารถกดส่งคำตอบได้

3. ผู้วิจัยเปิดช่องทางการติดต่อไว้ตลอด ผ่านทางโทรศัพท์ ถ้าหากผู้ตอบแบบสอบถามมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถาม สามารถสอบถามจากผู้ประสานงานวิจัยหรือโทรศัพท์สอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และใช้สถิติ Pearson Correlation เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบบสอบถามคืน จำนวน 161 คน จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ 164 คน คิดเป็นร้อยละ 98.17 ซึ่งขาดกลุ่มตัวอย่าง 3 คน เนื่องจากสถานประกอบการปิดกิจการ 1 แห่ง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพในชุมชน ร้อยละ 50.9 และในสถานประกอบการ ร้อยละ 49.1 โดยรวมกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น ชาย ร้อยละ 46.0 และหญิง ร้อยละ 54.0 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 50.32 ปี สถานภาพสมรส สมรส/ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.4 สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 31.7 ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน ร้อยละ 31.7 มีรายได้พอใช้บางเดือน ร้อยละ 50.3 จำค่าน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และความดันโลหิตของตนเองได้ ร้อยละ 83.9 84.5 61.5 และ 46.0 ตามลำดับ เคยตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แต่ไม่พบโรค ร้อยละ 56.5 และมีสิทธิและสวัสดิการการรักษาพยาบาลประเภทประกันสังคม ร้อยละ 43.5

2. ร้อยละของค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์

ตารางที่ 1 ร้อยละของค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แยกรายด้าน และโดยรวม ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ชุมชน (N = 82)		สถานประกอบการ (N = 79)		รวม (N = 161)	
	ร้อยละของ		ร้อยละของ		ร้อยละของ	
	ค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม	ระดับ	ค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม	ระดับ	ค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม	ระดับ
เข้าถึงข้อมูล	74.39	ดี	74.03	ดี	74.21	ดี
ความเข้าใจ	78.29	ดี	79.66	ดี	78.96	ดี
ซักถาม	79.80	ดี	74.22	ดี	77.06	ดี
ตัดสินใจ	79.46	ดี	79.04	ดี	79.25	ดี



ตารางที่ 1 ร้อยละของค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แยกรายด้าน และโดยรวม ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ชุมชน (N = 82)		สถานประกอบการ (N = 79)		รวม (N = 161)	
	ร้อยละของ		ร้อยละของ		ร้อยละของ	
	ค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม	ระดับ	ค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม	ระดับ	ค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม	ระดับ
เปลี่ยนพฤติกรรม	75.33	ดี	76.13	ดี	75.72	ดี
บอกต่อ	79.27	ดี	75.19	ดี	77.27	ดี
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	77.52	ดี	76.14	ดี	76.84	ดี

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 76.84 เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ด้านการตัดสินใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละสูงสุด 79.25 อยู่ในระดับดี

ตารางที่ 2 ร้อยละของค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.	ชุมชน (N = 82)		สถานประกอบการ (N = 79)		รวม (N = 161)	
	ร้อยละของค่า		ร้อยละของค่า		ร้อยละของค่า	
	คะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม	ระดับ	คะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม	ระดับ	คะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม	ระดับ
1. ควบคุมปริมาณอาหารทุกมื้อ	65.85	พอใช้	63.04	พอใช้	64.47	พอใช้
2. ควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ	63.90	พอใช้	66.58	พอใช้	65.22	พอใช้
3. กินผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อย 4-6 ทัพพี หรือมากกว่าครึ่งกิโลกรัม	68.78	พอใช้	62.28	พอใช้	65.59	พอใช้
4. กินอาหารแต่ละมื้อ เติมน้ำตาลเพิ่ม	70.24	ดี	60.00	พอใช้	65.22	พอใช้
5. กินอาหารแต่ละมื้อ เติมน้ำปลา เกลือซีอิ๊วซอสสมะเขือเทศ และซอสอื่น ๆ เพิ่ม	61.22	พอใช้	54.43	ไม่ดี	57.89	ไม่ดี
6. ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก	62.44	พอใช้	64.56	พอใช้	63.48	พอใช้



ตารางที่ 2 ร้อยละของค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.	ชุมชน (N = 82)		สถานประกอบการ (N = 79)		รวม (N = 161)	
	ร้อยละของค่า คะแนนเฉลี่ย เมื่อเทียบกับ คะแนนเต็ม	ระดับ	ร้อยละของค่า คะแนนเฉลี่ย เมื่อเทียบกับ คะแนนเต็ม	ระดับ	ร้อยละของค่า คะแนนเฉลี่ย เมื่อเทียบกับ คะแนนเต็ม	ระดับ
7. ในแต่ละวัน ช่วงกลางวันใช้เวลานั่งๆ นอนๆ ต่อเนื่องกันนานเกินครึ่งละ 2 ชั่วโมง	62.20	พอใช้	61.27	พอใช้	61.74	พอใช้
8. มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดี	67.80	พอใช้	71.90	ดี	69.81	พอใช้
9. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความกังวลใจ เปื่อ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง จนทำให้นอนไม่หลับ	77.32	ดี	65.32	พอใช้	71.43	ดี
10. ไม่สูบบุหรี่/ยาสูบ ยาเส้น หรือสูดควันบุหรี่	87.32	ดีมาก	72.66	ดี	80.12	ดีมาก
11. ไม่ดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์ ยาตอง สาโท	79.51	พอใช้	69.37	พอใช้	74.53	ดี
พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.	69.69	พอใช้	64.67	พอใช้	67.23	พอใช้

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 67.23 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ไม่สูบบุหรี่ หรือสูดควันบุหรี่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละมากที่สุด อยู่ในระดับดีมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.12

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ด้วยสถิติทดสอบหาค่า Pearson's correlation coefficient

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.					
	ชุมชน (N = 82)		สถานประกอบการ (N = 79)		รวม (N = 161)	
	r	P-value	r	P-value	r	P-value
เข้าถึงข้อมูล	0.146	0.191	.286*	0.010	.208**	0.008
ความเข้าใจ	0.159	0.152	.351**	0.002	.223**	0.004



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ด้วยสถิติทดสอบหาค่า Pearson's correlation coefficient (ต่อ)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.					
	ชุมชน		สถานประกอบการ		รวม	
	(N = 82)		(N = 79)		(N = 161)	
	r	P-value	r	P-value	r	P-value
ซักถาม	.231*	0.037	.251*	0.026	.292**	<0.001
ตัดสินใจ	.224*	0.043	.301**	0.007	.252**	0.001
เปลี่ยนพฤติกรรม	.357**	0.001	.356**	0.001	.336**	<0.001
บอกต่อ	0.177	0.112	.427**	<0.001	.310**	<0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.271*	0.014	.475**	<0.001	.353**	<0.001

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2-tailed). * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2-tailed).

จากตารางที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .353$, $p < 0.001$) และเมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. มากที่สุด คือ การเปลี่ยนพฤติกรรม ($r = .336$, $p < 0.001$)

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 76.84 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนและสถานประกอบการ อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.52 และ 76.14 ตามลำดับ เนื่องจากในอำเภอพยุหะคีรีได้มีการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่ชุมชนมากกว่าในสถานประกอบการ ดังนี้ 1) การรณรงค์เชิญชวนประชาชนเข้าร่วมโครงการสืบล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน เป็นโครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนผ่านดิจิทัลแพลตฟอร์ม 2) มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 3) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) มีสถานที่สำหรับออกกำลังกายให้กับประชาชน และ 5) มีการตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และส่งตัวเข้าสู่กระบวนการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ ส่วนในสถานประกอบการมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงาน ดังนี้ 1) จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในองค์กร โดยใช้โครงการก้าวท้าใจเป็นเครื่องมือในการแข่งขันการออกกำลังกาย 2) ประชาสัมพันธ์การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในองค์กร 3) มีการตรวจสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการเป็นประจำทุกปี และ 4) มีการประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองด้านอารมณ์ด้วยตนเอง รวมถึงมีการรณรงค์ดูแลสุขภาพใจ และงดดื่มสุรา ทั้งในชุมชน และสถานประกอบการ



เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการตัดสินใจสูงสุด อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 79.25 สามารถนำความรู้ทางด้านสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ค่อนข้างง่าย และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละต่ำสุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 74.21 เข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพได้ค่อนข้างง่าย หรือมีอุปสรรคในการเข้าถึงน้อย ด้านการตัดสินใจมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละสูงสุด เนื่องจากประชาชนอายุ 45-59 ปี มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ มีการพิจารณาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ ก่อนการตัดสินใจในการนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มาใช้เป็นทางเลือกที่ลงมือปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง ส่วนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพนั้นมีหลากหลายวิธี เช่น การค้นหาข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต หนังสือ หนังสือพิมพ์ และการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งในอำเภอยะหริ่งบางพื้นที่ ประชาชนอายุ 45-59 ปี ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ เนื่องจากขาดอุปกรณ์ในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต จึงทำให้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมีค่าคะแนนต่ำสุดเมื่อเทียบกับความสามารถด้านอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กังมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และ วิชวีรงค์ หวังมัน (Sookpool, Kingmala, Pangasuk, Yeanyoun, & Wongmun, 2019) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก ค่าคะแนนร้อยละ 46.7 และร้อยละ 63.3 ซึ่งสูงกว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก ค่าคะแนนร้อยละ 33.3 และร้อยละ 56.7 ตามลำดับ

การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเลือก และปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และชีวิตความเป็นอยู่ หากประชาชนสามารถแสวงหา เพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้ที่นั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่ม สามารถต้านทานหรือจัดการควบคุมอิทธิพลจาก สิ่งเร้าต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ซึ่งการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพนั้นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เพราะสถานการณ์ของสังคมเปลี่ยนแปลงไป ความรอบรู้ ความเท่าทัน ก็จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเช่นกัน ในที่สุดแล้วประชาชนจะมีภูมิต้านทานด้านสุขภาพ ที่สร้างขึ้นมาจากความรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง จนกระทั่งเกิดพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัวและวิถีชีวิตที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การเจ็บป่วย และพึ่งพาระบบบริการสุขภาพน้อยลง (Matsee & Waratwichit, 2017)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 67.23 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในชุมชนและสถานประกอบการ อยู่ในระดับพอใช้ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 69.69 และ 64.67 ตามลำดับ เนื่องจากในอำเภอยะหริ่งได้มีการดำเนินงานสร้างความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่ชุมชนมากกว่าในสถานประกอบการ จึงส่งผลทำให้ประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารรสหวาน รสเค็ม ไขมันสูง น้อยกว่าประชาชนในสถานประกอบการ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ไม่สูบบุหรี่/ยาสูบ ยาเส้น หรือสูดควันบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ มากที่สุด อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.12 และข้อที่คะแนนเฉลี่ยร้อยละต่ำสุด คือข้อการกินอาหารแต่ละมื้อ เติมน้ำปลา/เกลือ/ซีอิ๊ว/ซอสมะเขือเทศ และซอสอื่น ๆ เพิ่ม อยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 57.89 เนื่องจากในพื้นที่อำเภอยะหริ่งทั้งในชุมชน และสถานประกอบการมีการณรงค์งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา เช่น การติดป้ายรณรงค์งดสูบบุหรี่ ดื่มสุราในสถานประกอบการ สถานที่พักราชการ และวัด การเดินรณรงค์ของนักเรียนในพื้นที่ ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวในวันงดสูบบุหรี่โลก งดเหล้าเข้าพรรษา งานศพปลอดเหล้า จึงทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เกิดการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่และดื่มสุรา จึงทำให้พฤติกรรมไม่การสูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา อยู่ในระดับดีมาก



การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การกินอาหารที่มีรสเค็ม อยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากประชาชนขาดความตระหนักในการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ซึ่งส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตามมาได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พาณิ จิตรีพิทย์ และ นิภา กิมสูงเนิน (Jittreepit & Kimsungnoen, 2017) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วยการละเว้นการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรารอยู่ในระดับดี โดยพบว่าพฤติกรรมที่มีผู้ปฏิบัติมากที่สุดคือ ไม่เคยสูบบุหรี่หรือยาเส้นเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดหรือวิตกกังวล และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มงคล การุณงามพรรณ, สุดารัตน์ สุวารี และ นันทนา น้ำฝน (Karoonngamphan, Suvaree, & Numfone, 2012) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 83.9 โดยการมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มีรสหวานมากเกินไป การรับประทานอาหารประเภทผัก และผลไม้ไม่เพียงพอ ฯลฯ พฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ส่งผลถึงสถานะสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Matsee & Waratwichit, 2017)

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย อายุ 45-59 ปี ในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .353, p < 0.001$) คือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในทางที่ดีขึ้น การมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางนั้น หมายความว่า ความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ 3อ.2ส. ในระดับปานกลาง โดยความรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยด้านการรู้คิด ได้แก่ กระบวนการทางปัญญา ทำให้เกิดความคิด ความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรม ซึ่งจะเป็แรงจูงใจภายในตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเอง

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. สามารถเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ การเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ การบอกต่อหลักการ 3อ.2ส. การซักถามด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ ความเข้าใจด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การที่ระดับความรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในระดับที่ต่างกันนั้น กล่าวได้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มากขึ้น ส่งผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของบุคคลนั้นดีเพิ่มมากขึ้นด้วย บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อุปกรณ์ การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า

จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ดี แต่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพพอใช้ ความรู้สุขภาพนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ หมายถึง สภาวะแวดล้อมของบุคคล ตั้งแต่เกิด เติบโต ทำงาน และชราภาพ ซึ่งสภาวะนั้นถูกกำหนดโดยระบบเศรษฐกิจการเมือง และการกระจายทรัพยากรในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก ปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเชิงสังคมและทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ ประกอบด้วย อายุ เพศ ปัจจัยส่วนบุคคล ที่กำหนดมาแต่เกิด ปัจจัยเกี่ยวกับรูปแบบการใช้ชีวิตส่วนบุคคล ปัจจัยเครือข่ายทางสังคม และชุมชน การเกษตร ผลิตอาหาร การศึกษา สิ่งแวดล้อมในการทำงาน สภาพความเป็นอยู่และการทำงาน การว่างงาน น้ำ สุขอนามัย การบริการสุขภาพ ที่อยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (Urwannachotima, 2016) ซึ่งก็จะเห็นได้จากระดับความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ



มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำถึงปานกลาง ($r = .208 - .35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีรายงานการศึกษาของขวัญเมือง แก้วดำเกิง พบว่าผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Kaeodumkoeng, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนตรี นรสิงห์ และ สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ (Norasing & Thanomphan, 2019) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพดีมาก ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ผลการศึกษาของ อารีย์ แร่ทอง (Raethong, 2019) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 302ส อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = .539$) ผลการศึกษาของ นพมาศ โกศล (Kosol, 2019) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 302ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนำมาสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ซึ่งในแต่ละด้านของความรู้ด้านสุขภาพล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 302ส หากบุคลากรสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ในสถานประกอบการ มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จะส่งผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น เพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตามมาได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น นโยบายภาครัฐ ระบบสุขภาพในพื้นที่ การแพร่ระบาดของโรค สถานบริการสุขภาพ ความแตกต่างของพื้นที่ ศึกษาความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานในชุมชนชนบท ชุมชนเมือง สถานประกอบการ หน่วยงานภาครัฐ เป็นต้น
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และนำรูปแบบที่ได้มาใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมา

References

- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Jittreepit, P., & Kimsungnoen, N. (2017). Health promoting behaviors of industrial labours with overweight and obesity in Chiangrai Municipality. *The 12th RSU National Graduate Research Conference*, 12(1), 1630-1640. (in Thai)
- Kaeodumkoeng, K. (2018). *Health Literacy: Access, understand and application*. Bangkok: Amarin. (in Thai)
- Karoonngamphan, M., Suvaree, S., & Numfong, N. (2012). Health behaviors and health status of workers: A case study of workplaces in Sathorn District, Bangkok Metropolitan. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 32(3), 51-66. (in Thai)



- Kosol, N. (2019). The working age group's health literacy and health behavior 3e 2s for health management village: A Case Study of Baan Wanghin, Thungyai District, Nakhon Si Thammarat Province. *The 10th Hatyai National and International Conference*, 10(10), 1600-1611. (in Thai)
- Matsee, M., & Waratwichit, C. (2017). Promotion of health literacy: From concept to practice. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 9(2), 96-111. (in Thai)
- Ministry of Health. (2018). *Criteria for scoring Classification of health literacy and health behaviors according to 3Or. 2Sor. of people aged 15 years and over, revised edition 2018*. Retrieved from <http://www.hed.go.th/linkHed/333> (in Thai)
- Ministry of Health. (2020). *Number of population registered in the past 3 years*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/midyearpop.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=09cf07164c9b7cfbf724bee8c6b20c3 (in Thai)
- Ministry of Health Department of Disease Control. (2018). *Concepts and principles of health literacy organizations*. Nonthaburi: Office of the Department of Health 4.0 Propulsion Project for Public Health Knowledge. (in Thai)
- Ministry of Health Department of Disease Control. (2020). *NCDs Situation Report: Diabetes, Hypertension and related risk factors 2019*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Norasing, M., & Thanomphan, S. (2019). Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: A case study of Nakornping Hospital, Chiang Mai. *Journal of Nakornping Hospital*, 10(1), 35-50. (in Thai)
- Raethong, A. (2019). Health literacy and health behaviour, 3aor 2sor, for the village health volunteers (VHVs): Case study of Hintok Sub-district, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Department of Health Service Support*, 15(3), 62-70. (in Thai)
- Roma, W., & Kloyiam, S. (2019). *The Thai health literacy survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above, 2019*. Nonthaburi: Health system research institute. (in Thai)
- Singhasem, P., Krinara, P., & Tiparat, W. (2019). Correlation between health literacy and health behaviors in older people: A survey research in a community, Trang Province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 37-51. (in Thai)
- Sookpool, A., Kingmala, C., Pangsuk, P., Yeanyoun, T., & Wongmun, W. (2019). *The effects of health literacy and health behavior development program of working people*. Surin: Boromarajonani College of Nursing Surin. (in Thai)
- Urwannachotima, N. (2016). Social Determinants of Health and Health Promotion in Population. *Journal of Health Science*, 25(1), 147-156. (in Thai)



The Effects of a Board Game Exercise Program on Cognitive Function in Older People*

ผลของโปรแกรมเกมกระดานบริหารสมองต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ*

อธิชา มุลเทียนทอง**

Athicha Moonthienthong**

นิศาชล บุปผา***

Nisachon Bubpa***

อรุณณี ใจเที่ยง****

Arunnee Jaitieng****

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of a board game exercise program on cognitive function. The participants consisted of 48 older people who resided in Yang Talat District, Kalasin Province. Simple random sampling was used, and participants were divided into 2 groups, an experimental group and a control group, with 24 participants in each. The experimental group participated in the program for a duration of 6 weeks. The research tools consisted of a general information questionnaire; Barthel Activities of Daily Living; the Thai Geriatric Depression Scale; the Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002; the Montreal Cognitive Assessment (MoCA); and the tool used in the experiment which was a brain exercise program with a board game. Data were analyzed using descriptive statistics to calculate mean and percentage, and mean cognitive scores were compared using a paired t-test.

The experimental group who participated in the program had a statistically significantly higher mean cognitive score than those of the control group ($p < 0.05$) and higher than before participating in the program ($p < 0.05$).

The results show that the board game exercise program could improve cognitive scores in older people. Therefore, this program could be useful to health personnel for enhancing cognitive function in the elderly in communities, sub-district senior citizens' clubs, senior schools, and cooperatives with network partners in communities to have better cognitive function.

Keywords: Older people; Cognition; A board game exercise program

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; e-mail: athicha.mo@kkumail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**** Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 48 คน อาศัยในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน นาน 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินพุทธรูปปัญหา และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรู้คิด ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดานสามารถเพิ่มคะแนนการรู้คิดในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นโปรแกรมจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ในตำบล โรงเรียนผู้สูงอายุ ร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้มีการรู้คิดที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การรู้คิด โปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น e-mail: athicha.mo@kkumail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการเติบโตทั้งขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ ใน 3 ปีที่ผ่านมา ปี 2560 ถึง ปี 2562 ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 929, 962, และ 990 ล้านคน ตามลำดับข้อมูลจาก สหประชาชาติ ประชากรผู้สูงอายุ (United Nations, 2019) โดยในปี 2593 คาดว่าประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีทั้งหมด 2 พันล้านคน ร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด (United Nations, 2019) และแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ในปี 2560 ถึง 2562 นั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10.2 10.6 และ 11 ของประชากรทั้งประเทศตามลำดับ สำนักสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office, 2019) จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สำนักสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office, 2019) เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบประสาทและประสาทสัมผัส คือ เซลล์สมองมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ทำให้น้ำหนักสมองลดลงร้อยละ 10 มีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาทอัตโนมัติลดลง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุจะมีภาวะความจำเสื่อมได้ (Tunta et al., 2015)

อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นทุก ๆ 3 วินาที มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกกว่า 50 ล้านคน ในปี 2563 พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมรายใหม่มากกว่า 9.9 ล้านรายในแต่ละปี ตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าในทุก ๆ 20 ปี โดยจะเป็น 82 ล้านคน ในปี 2573 และ 152 ล้านคน ในปี 2593 โรคอัลไซเมอร์นานาชาติ (Alzheimer's Disease International, 2019) สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย จากการสำรวจอุบัติการณ์ความชุก ในปี พ.ศ. 2561 พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 229,100 ราย และนักวิชาการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในขั้นต่ำจำนวน 450,200 รายในปี พ.ศ. 2563 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าใน พ.ศ. 2593 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2016)

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลลิ้นจี่ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ในเขตพื้นที่มีการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้มีการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุมาดำเนินการในพื้นที่ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแกให้บริการทางสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข มีการคัดกรองสุขภาพ โดยในปี 2563 มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 1,580 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด พบว่าการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT) มีผู้สูงอายุคะแนนการรู้คติน้อยกว่า 7 คะแนน 17 คน ส่งต่อแล้วได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.1 มีการจัดโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง มีการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุตำบลลิ้นจี่ โดยมีกิจกรรมการเรียนการสอนขึ้น ผู้สูงอายุที่มาร่วมทำกิจกรรมของชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุจะได้รับความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม แต่ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนในพื้นที่ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าถึงบริการดังกล่าวที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแกและภาคีเครือข่ายในชุมชนจัดทำได้ และกิจกรรมการกระตุ้นสมองที่ช่วยบริหารสมองเพื่อชะลอหรือป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุอยากฝึกฝนมีความน่าสนใจไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพนำไปสู่การมีภาวะความสับสน หลงลืมและกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษารายงานของ วรากร เกรียงไกรศักดิ์ และ เสรี ชัดแฉ่ม (Kriengkaisakda & Chadcham, 2012) เรื่องการประยุกต์ทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองสำหรับฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น อธิบายว่าแนวคิดทฤษฎีที่เรียกว่านิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ (Neurobics Exercise) ของ ลอว์เรนซ์ ซี คาทซ์ (Lawrence, 2010) คือ การบริหารสมองหรือการออกกำลังกายสมองเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการรู้คิดเพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการบริหารสมองใช้



ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ไปกระตุ้นเนื้อเยื่อประสาทให้ยับยั้งและตื่นตัว ทำให้แขนงเซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์ประสาทสื่อสารกันมากขึ้นและมีการเชื่อมโยงเซลล์ประสาทของสมองทุกส่วน และทำให้สมองเพิ่มการผลิตสารนิวโรโทรฟินส์ (Neurotrophins) ซึ่งทำให้เซลล์สมองแข็งแรงขึ้น เมื่อเซลล์สมองส่วนใหญ่แข็งแรง จะทำให้หน้าที่ด้านการรู้คิดดีขึ้น (Cognitive Function) จากการทบทวนวรรณกรรมการบริหารสมองกระตุ้นการรู้คิดมีหลายรูปแบบหลายกิจกรรม โดยกิจกรรมที่นิยมนำมาจัดได้แก่ กิจกรรมใบคำ (Chaiwong, 2015) กิจกรรมเกี่ยวกับอาหาร (Trakulsithichoke & Suwan, 2016) กิจกรรมจดจำสิ่งของหรือวัตถุที่เห็นการบอกตำแหน่งของวัตถุ กิจกรรมคิดคำนวณตัวเลข (Trakulsithichoke & Suwan, 2016) การนับนิ้วโดยใช้นิ้วมือ โดมิโนรูปภาพ (Trakulsithichoke & Suwan, 2016) เกมซูโดกุ คำศัพท์ จับคู่ (Suwanmosi, 2014) เกมฝึกสมอง เช่น เล่นไพ่ เกมกระดาน เช่น หมากรุกหมากล้อม เกมคอร์สเวิร์ด เกมบิงโก เกมจับคู่สิ่งของ ตาราง 9 ช่อง กิจกรรมเพลง ประกอบท่าทาง การทำท่าบริหารสมอง เช่น ท่าจับซ้ายขวา ท่าโป่งก้อย ท่าจับแอล ท่าจับจุมจับหู (Department of Health, Ministry of Public Health, 2020)

รูปแบบกิจกรรมที่กล่าวข้างต้นเป็นกิจกรรมที่สามารถบริหารสมองกระตุ้นการรู้คิด แต่ยังไม่เหมาะกับผู้สูงอายุพื้นที่และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ ทำให้ยากต่อการทำกิจกรรมบริหารสมองที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแบบสำรวจกิจกรรมบริหารสมอง ในผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่า และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเลือกสูงสุด ได้แก่ เกมกระดาน ร้อยละ 80 ที่ในกระดานเกมจะมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุฝึกทบทวนเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยใช้ชีต 12 และสถานที่สำคัญในชุมชนมาเป็นองค์ประกอบในเกม ผู้วิจัยมีการประยุกต์ทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ (Neurobics Exercise) ที่พัฒนามาจาก นันทิกา ทวิชาชาติ (Thavichachart, 2008) มาเป็นโปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน ชื่อเกมกระดาน 3 ม. หมูดี ม่วนดี สมองดี โดยพัฒนาเกมกระดานให้มีกิจกรรมการเล่นที่มีการกระตุ้นการรู้คิด ผ่านการรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้านได้แก่ การมองเห็น การลิ้มรส การได้ยิน และการสัมผัสทางกาย ที่ทำงานเชื่อมโยงรวมกับการคิดและจิตวิญญาณ ผ่านเข้าสมองส่วนต่าง ๆ ส่งผลให้มีความคิด ช่วยเพิ่มการทำงานของสมองในด้านการรู้คิดแก่ผู้สูงอายุ ทำให้การทำงานของสมองยังคงประสิทธิภาพดี แข็งแรง และชะลอความเสื่อมได้ (Kriengkaisakda & Chadcham, 2012)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุม

ควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

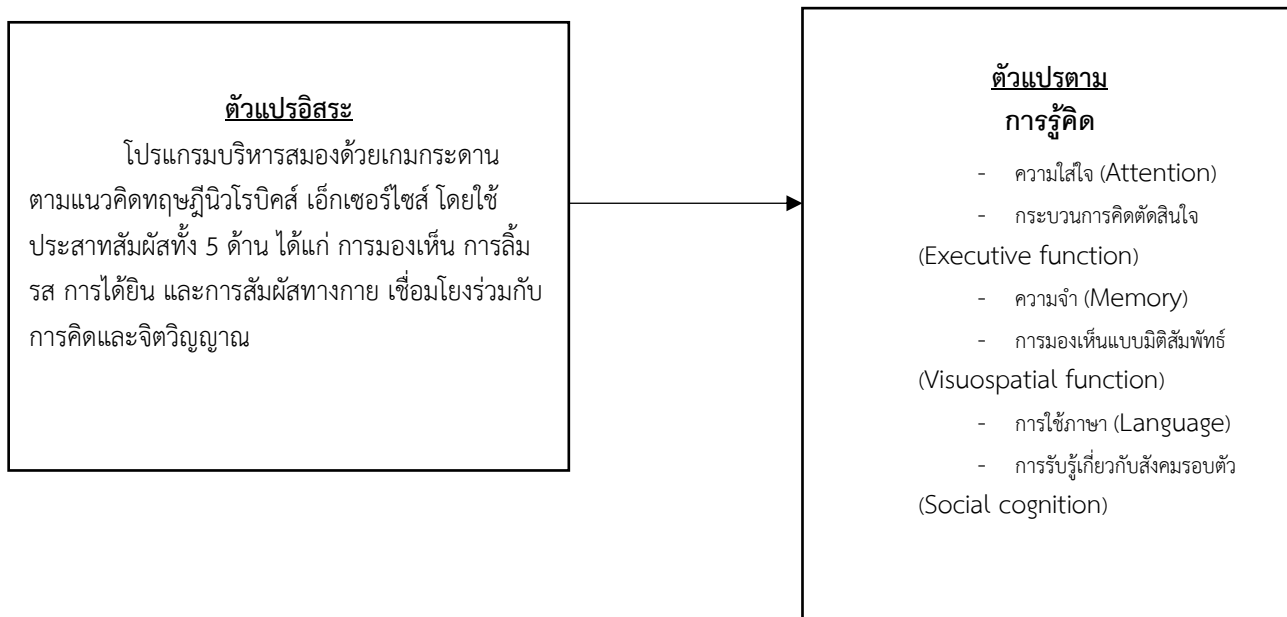
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้บูรณาการแนวคิดทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ของ ลอว์เรนซ์ ซี คาทซ์ (Lawrence, 2010) พัฒนาเป็นโปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน รูปแบบกิจกรรมการเล่นเกมกระดาน คือ ผู้เล่นเดินไปตามช่องบนกระดาน แล้วไปหยุดตามจำนวนที่สุ่มลูกเต๋าได้ ถ้าพบคำสั่งที่เขียนไว้ในช่องบนกระดานให้ปฏิบัติตามคำสั่ง 3 แบบ ซึ่งเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การมองเห็น การลิ้มรส การได้ยิน และการสัมผัสทางกาย ที่ทำงานเชื่อมโยงรวมกับการคิดและจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการรู้คิดในด้านความใส่ใจ (Attention) การคิดตัดสินใจ (Executive function) ความจำ (Memory) การมองเห็นแบบมิติสัมพันธ์ (Visuospatial function)



การใช้ภาษา (Language) และการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (Social cognition) ซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในเขต อำเภอ
ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 1,580 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในเขต อำเภอ
ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการสุ่มตามรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive
sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 24 คน และผู้วิจัยสุ่มตามรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่ม
ควบคุมจาก รพ.สต.โคกสี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion
criteria) จำนวน 24 คน มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน ที่ไม่ต้องการศึกษาหรืออาจจะมีผลต่อการทดลอง
โดยการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่คุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) อายุที่มีความแตกต่างไม่
เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน มีการศึกษาในระดับเดียวกัน และใช้สถิติ chi-square test ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิด
ก่อนการทดลอง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ภูมิลำเนาอยู่ในภาคอีสานเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป
2. ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป สามารถสื่อสาร และอ่านออกเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่มีความพิการที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมตามโปรแกรมในการทดลอง ได้แก่ ตาบอด หูหนวก นิ้วผิดรูป
หรือไม่มีนิ้วมือ และการนั่ง
4. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมตามโปรแกรมในการทดลอง
5. คัดกรองด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) มีคะแนน 12 คะแนน
ขึ้นไป

6. คัดกรองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-
Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002) ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนมากกว่า 17 คะแนน แปลผลว่า



ไม่มีภาวะ Cognitive impairment และผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถม ได้คะแนนมากกว่า 22 คะแนน แปลผลว่าไม่มีภาวะ Cognitive impairment

7. คัดกรองด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) ได้คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน แปลผลว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า

8. มีความสนใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองตลอดระยะเวลาที่ศึกษาได้

2. เกิดภาวะเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองตลอดระยะเวลาที่ศึกษาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองเป็นสมรรถภาพหนึ่งที่บ่งชี้ถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือตนเอง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้กลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มติดบ้าน มีผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน กลุ่มติดเตียง มีผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

2.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) แปลเป็นภาษาไทย โดย ณหทัย วงศ์ปาริณธ์ ใช้ประเมินความรู้สึของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน การแปลผล 6 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้า

2.3 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002) จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย การรับรู้สภาวะรอบตัว ความจำ ความจดจ่อใส่ใจ การใช้ภาษา และมิติสัมพันธ์ คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึงปกติ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมได้แก่ แบบประเมินพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA) แปลไทยโดยโสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ ประเมินการรู้คิด 7 ด้าน คือ ด้านมิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการ ด้านการเรียกชื่อ ด้านความจดจ่อใส่ใจ ด้านการใช้ภาษา ด้านความคิดเชิงนามธรรม ด้านการทวนซ้ำ และด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากคะแนนมากกว่าเท่ากับ 25 คะแนนถือว่าการรู้คิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน เป็นกิจกรรมบริหารสมองด้วยการเล่นเกมกระดาน (เกมกระดาน 3 ม. หมูดี ม่วนดี สมองดี) ซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นก่อนดำเนินกิจกรรม

ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมฯ สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยกับกลุ่มทดลองและเตรียมความพร้อม ใช้เวลาในการดำเนินการ 20 นาที



ขั้นตอนกิจกรรม

ดำเนินการเล่นเกมกระดานในกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการ 60 นาที มีอุปกรณ์ดังนี้

อุปกรณ์ในการเล่น

1. กระดานเกม สีเหลี่ยมจัตุรัส มีช่องด้านละ 12 ช่อง แต่ละช่องมีคำสั่ง 3 แบบ ดังนี้

1.1 สะสมแต้มบุญ เมื่อผู้เล่นขยับตัวเดินมาหยุดช่องนี้ต้องเล่นหมากเก็บให้ได้ 2 ใน 5 หมาก จึงจะได้แต้มบุญตามจำนวนที่ระบุไว้ในช่องนั้น โดยหมากเก็บจะสีที่แตกต่างกันและมีเสียงกระดิ่งด้านใน

1.2 เสียงโครัรับบุญ เมื่อผู้เล่นขยับตัวเดินมาหยุดช่องนี้จะต้องจับบัตรเสียงโครัรับบุญมาตอบคำถาม ถ้าตอบถูกจะได้แต้มบุญตามจำนวนที่ระบุไว้ในบัตรเสียงโครั ถ้าตอบผิดจะได้จ่ายแต้มบุญตามจำนวนที่ระบุไว้ในบัตรเสียงโครั ถ้าผู้เล่นคนนั้นมีจำนวนแต้มบุญไม่พอจ่ายหรือไม่มีแต้มบุญ จะต้องหยุดเล่น 1 ตา บัตรเสียงโครัรับบุญ มีทั้งหมด 15 ใบ เพื่อฝึกบริหารสมองให้ผู้เล่นได้ฝึกคิด ฝึกฝนความจำ และทบทวนเหตุการณ์ในอดีต โดยเล่าเหตุการณ์นั้น ลักษณะบัตรเสียงโครัจะเกี่ยวข้องกับสถานที่สำคัญในชุมชน จำนวน 3 ใบและรูปสัตว์ 12 จำนวน 12 ใบ

1.3 เจ้าภาพกฐิน เมื่อผู้เล่นขยับตัวเดินมาหยุดช่องนี้จะสามารถเป็นเจ้าภาพกฐินโดยจ่ายแต้มบุญตามที่ระบุไว้ในช่อง เมื่อผู้เล่นอื่นขยับตัวเดินมาหยุดช่องนี้จะต้องจ่ายแต้มบุญให้แก่เจ้าของกฐินตามจำนวนที่ระบุในช่อง ถ้าผู้เล่นคนนั้นมีจำนวนเงินไม่พอจ่ายหรือไม่มีเงิน จะต้องหยุดเล่น 1 ตา

2. บัตรเสียงโครัรับบุญ มีทั้งหมด 15 ใบ มีคำถามเพื่อฝึกบริหารสมองให้ผู้เล่นได้คิด ฝึกฝนความจำ และทบทวนเหตุการณ์ ในบัตรมีคำถามเกี่ยวกับ สถานที่สำคัญในชุมชน จำนวน 3 ใบ สัตว์ 12 จำนวน 12 ใบ

3. หมากเก็บ 5 หมาก จะมีสีที่แตกต่างกันและมีเสียงกระดิ่งด้านใน

4. ลูกเต๋า 2 ลูก ใช้สุ่มจำนวนเพื่อเดินตามช่องในกระดานเกม

5. ตัวเดิน 8 ตัว มีสีแตกต่างกันใช้แทนผู้เล่น

6. บ้านขนาดเล็ก 25 หลัง มีสีต่าง ๆ ใช้แทนเจ้าภาพกฐิน

7. ธนบัตรปลอม 1,000 จำนวน 10 ใบ 500 จำนวน 20 ใบ 100 จำนวน 25 ใบ

วิธีการเล่น

การเล่นเกมกระดาน ชื่อเกมกระดาน 3 ม หมู่ดี ม่วนดี สมองดี ให้ผู้เล่นโยนลูกเต๋า 2 ลูก นับจำนวนบนลูกเต๋า 2 ลูกบวกกันแล้วเดินไปตามช่องบนกระดาน หยุดบนช่องตามจำนวนที่โยนลูกเต๋าได้ ถ้าพบคำสั่งใดคำสั่งหนึ่งที่เขียนไว้ในช่องบนกระดานให้ปฏิบัติตาม มี คำสั่ง 3 แบบ ตามด้วยผู้เล่นลำดับต่อไปจนหมดทุกคน ครบคนละ 10 รอบ นับแต้ม ผู้เล่นคนใดมีจำนวนแต้มมากที่สุดเป็นผู้ชนะ

หลังการดำเนินกิจกรรม

บันทึกจำนวนแต้มจากการเล่นเกมและสรุปกิจกรรมครั้งนี้พร้อมนัดแนะกลุ่มทดลองในกิจกรรมครั้งต่อไป ใช้เวลาในการดำเนินการ 10 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลชำนาญการด้านชุมชน 1 คน และพยาบาลชำนาญการด้านจิตเวช 1 คน โดยยึดหลักเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องกัน 3 ใน 5 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับตามข้อเสนอแนะและนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) แบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-



Thai 2002) และ แบบประเมินพุทธรปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA) เป็นแบบประเมินที่มาตรฐาน มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แต่นำไปหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุจำนวน 3 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ 1, 0.89, และ 0.87 ตามลำดับ

โปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลชำนาญการด้านชุมชน 1 คน และพยาบาลชำนาญการด้านจิตเวช 1 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 แล้วทำการปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญคือการใช้ภาษาที่ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย นำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการวิจัยในมนุษย์ หลักสูตร Social Science and Behavioral Science Research เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2562 และโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองการทำโครงการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ HE642198 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2564 การวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย 3 หลักการที่สำคัญ คือ

1. ให้ความเคารพอาสาศาสมัครในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้ตัดสินใจอย่างอิสระ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัว รายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

2. ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้มีการเตรียมพร้อมรับเมื่อมีสถานการณ์ฉุกเฉินก่อนการดำเนินกิจกรรมประเมินภาวะสุขภาพทุกครั้ง

3. มีเกณฑ์การคัดเข้าและออกชัดเจน โดยผู้วิจัยได้มีการดำเนินการขอรับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เมื่อได้รับการพิจารณาแล้ว จึงดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

หมายเหตุ ในสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ผู้วิจัยจะทำการวิจัยตามแนวทางการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2563 โดยมีมาตรการดังนี้ ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงความปลอดภัย และสวัสดิภาพของอาสาสมัคร และมีมาตรการการป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) โดยการคัดกรองโรคตามแนวทางการมาตรฐาน เว้นระยะห่างทางสังคม สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนทดลอง

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยผู้ประสานงานวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก บุคลากรของ รพ.สต. ดำเนินการ

2. ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อจากฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุของ รพ.สต. ทำการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ

3. ผู้วิจัยดำเนินการทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน ADL แบบประเมิน TGDS-15 และแบบประเมิน MMSE Thai 2002

4. หลังจากทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบสัมภาษณ์แล้วพบว่าอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม หากพบว่า มีภาวะความรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) หรือมีภาวะซึมเศร้า จะส่งต่อไปให้พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อรับการวินิจฉัยต่อไป ในช่วงที่มีการคัดกรองพบว่าไม่มีอาสาสมัครคนใดมีความรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) หรือมีภาวะซึมเศร้า



ขั้นตอนที่ 2 ระยะทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการประเมินผลก่อนการทดลอง (Pre-test) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมิน MoCA จำนวน 11 ข้อ เมื่อดำเนินการประเมินผลก่อนการทดลอง (Pre-test) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แล้วเสร็จได้ให้กลุ่มควบคุมกลับบ้านได้

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบริหารสมอง ในกลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เล่นเกมกระดานเป็นกลุ่มๆละ 8 คน ทั้งหมด 3 กลุ่ม เล่นคนละ 10 รอบ ในแต่ละสัปดาห์การเล่นสามารถหมุนเวียนไปได้ทุกกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมครั้งนี้พร้อมนัดแนะกลุ่มทดลองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบประเมิน MoCA จำนวน 11 ข้อ ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบทุกครั้ง ตลอดจนสิ้นสุดโปรแกรมไม่มีกลุ่มตัวอย่างหายไป (drop out)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 48 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 79.1 และ 66.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.58 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 68.04 ปี ทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.7 กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อาชีพก่อนอายุ 60 ปี ที่พบมากที่สุด คือ เกษตรกร อาชีพหลังอายุ 60 ปี ที่พบมากที่สุด คือ เกษตรกร รองลงมาคือทำงานบ้านและว่างงาน วุฒิการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา 6 รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 2,000 – 5,000 บาท ไม่เพียงพอ แหล่งที่มาของรายได้จากตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพพอใช้ กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50 พบว่าเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.8 พบว่าเป็นโรคเบาหวานมากที่สุดเช่นกัน ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ กลุ่มทดลองมีประวัติเคยหกล้ม ร้อยละ 12.5 กลุ่มทดลองต้องใส่แว่นตาขณะอ่านหนังสือ ร้อยละ 33.3 และกลุ่มควบคุมต้องใส่แว่นตาขณะอ่านหนังสือ ร้อยละ 8.3 และกลุ่มทดลองเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมมากกว่ากลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ร้อยละ 91.7 ส่วนกลุ่มควบคุมเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ร้อยละ 58.3

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ กลุ่มทดลองมีคะแนน ADL ต่ำสุด 19 คะแนน คะแนน ADL สูงสุด 20 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน ร้อยละ 19.92 กลุ่มควบคุมมีคะแนน ADL ต่ำสุด 18 คะแนน คะแนน ADL สูงสุด 20 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน ร้อยละ 19.67



การประเมินด้วยแบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีภาวะ Cognitive impairment โดยค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองร้อยละ 18.87 คะแนนสูงสุด 24 คะแนน คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มควบคุมร้อยละ 18.46 คะแนนสูงสุด 23 คะแนน คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนการทดลองเท่ากับ 23.37 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองเท่ากับ 27.46 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ค่าคะแนนการรู้คิด	จำนวน(คน)	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	24	23.37	.550	-4.349	<.001
หลังทดลอง	24	27.46	1.021		

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 27.47 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 25.38 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	จำนวน(คน)	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	24	27.47	1.021	-5.645	<.001
กลุ่มควบคุม	24	25.38	.576		

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการทดลองบริหารสมองที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ของ นันทิกา ทวิชาชาติ (Thavichachart, 2008) เมื่อได้ทำกิจกรรมตามโปรแกรมจนสิ้นสุด เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดเพิ่มขึ้น ซึ่งในโปรแกรมบริหารสมองมีกิจกรรมการเล่นเกมกระดานจะมีลักษณะกระตุ้นการรู้คิด ผ่านการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การลิ้มรส การได้ยิน และการสัมผัสทางกาย ที่ทำงานเชื่อมโยงร่วมกับการคิดและจิตวิญญาณ และการกระตุ้นให้เกิด ความสนใจ ใส่ใจ การคิดตัดสินใจ ทบทวนความจำ และมิติสัมพันธ์ตามโปรแกรมบริหารสมอง ส่งผลให้สมองมีการเจริญเติบโต โดยการกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทที่เรียกว่า นิวโรโทรฟินส์ (Neurotrophins) ซึ่งเป็นอาหารสมองทำให้เซลล์ประสาทโดยเฉพาะเดนไดรต์ (Dendrite) ทำหน้าที่เชื่อม



เซลล์ประสาทให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สมองเจริญเติบโตและแข็งแรง จะส่งผลให้การรู้คิดดีขึ้น หลังจากการเข้าร่วมการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิด สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าโปรแกรมบริหารสมองที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ของ นันทิกา ทวิชาชาติ (Thavichachart, 2008) ทำให้การรู้คิดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น กิจกรรมที่บริหารสมองช่วยส่งเสริมกระตุ้นการรู้คิด ผ่านการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 การมองเห็น การลิ้มรส การได้ยิน และการสัมผัสทางกาย ที่ทำงานเชื่อมโยงรวมกับการคิดและจิตวิญญาณ โดยกิจกรรมในโปรแกรมจะกระตุ้นการรู้คิดที่กระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาทให้เชื่อมสมองทั้ง 2 ข้างและทุก ๆ ส่วนเพื่อให้สมองมีการเจริญเติบโต ส่งผลให้การรู้คิดดีขึ้น

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมบริหารสมอง มีผลให้สมองได้ทำงานทุกส่วนเกิดการตื่นตัว ทำให้แขนงเซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์สมองสื่อสารกันมากขึ้น มีการเชื่อมโยงเซลล์ประสาทสมองทุกส่วนและทำให้สมองเพิ่มการหลั่งสาร นิวโทรฟินส์ (Neurotrophins) ซึ่งเป็นอาหารสมอง เซลล์สมองแข็งแรงขึ้น และเมื่อเซลล์สมองแข็งแรงขึ้น ก็จะทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการฟื้นฟูการรู้คิด (Thavichachart, 2008) สอดคล้องกับผลวิจัยของ เดลกาโด (Delgado, 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีของโปรแกรมฝึกสมองที่ทำให้การรู้คิดดีขึ้นในผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกกิจกรรม พบว่า การใช้กิจกรรมที่มีความหลากหลายของการใช้ประสาทสัมผัสจะทำให้สมองมีการพัฒนาและทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้คิดดีขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โรบิน และ โทมัส (Robin & Thomas, 2006) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้กิจกรรมที่มีทำให้ร่างกายใช้ประสาทสัมผัสทุกด้านจะส่งผลต่อความจำที่ดีในผู้สูงอายุ ช่วยทำให้การรู้คิดดีขึ้นไปด้วย สำหรับโปรแกรมการบริหารสมองที่ประยุกต์จากแนวคิดนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ที่พัฒนาขึ้นได้กำหนดให้มีการใช้ประสาทสัมผัสทุกด้าน ทำให้สมองสร้างเครือข่ายประสาท (Nerve plexus) ส่งต่อสมองให้มีการรู้คิดดีขึ้น (Lawrence, 2010) และยังทำให้สมองหลั่งสารเคมีที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูความจำระยะสั้นได้ เมื่อความจำดีขึ้นการรู้คิดจึงดีขึ้น (Lara, Kennerley, & Wallis, 2009) จึงทำให้การรู้คิดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าเดิม และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

จากการศึกษาของผู้วิจัยถึงผลของการใช้โปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน มีผลต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุตำบลอติ้อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จะสรุปได้ว่าโปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดาน 3 ม. หมูดี ม่วนดี สมองดี มีผลต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำเอาโปรแกรมบริหารสมองด้วยเกมกระดานไปใช้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ขยายผลไปใช้กับโรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และประยุกต์ใช้กับประชาชนกลุ่มอื่น เพื่อส่งเสริมให้ได้บริหารสมองกระตุ้นการรู้คิด และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อรักษา ชะลอและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในสถานพยาบาลอื่น ๆ

2. นำไปวางแผนหรือเป็นทางเลือกในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุในตำบล โรงเรียนผู้สูงอายุ ร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยขอความร่วมมือให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ โดยบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นวิทยากรจัดทำโครงการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรทางสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่ยื่น ๆ และเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมนี้ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ควรมีการศึกษาแบบติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่อไปอีกในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินการคงไว้ของการบริหารสมองในผู้สูงอายุให้อย่างต่อเนื่อง



2. ควรมีการศึกษาโดยการนำโปรแกรมไปใช้กับประชาชนกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เพื่อชะลอความรุนแรง

References

- Alzheimer's Disease International. (2019). *Alzheimer's disease*. Retrieved from <https://www.alzint.org/>
- Chaiwong, P. (2015). *Effects of cognitive comprehension training program on ability cognitive aspects and quality of life of elderly people with suspected dementia* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Delgado, M. L. (2005). Training program in strategies to improve memory. *Revista de Neurologia*, 33(4), 365-372. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Elderly health promotion and dementia prevention handbook*. Retrieved from <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/lcdata/files/14.pdf>
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2016). *Current situation in dementia syndrome in Thailand*. Retrieved from <https://thaitgri.org/>
- Kriengkaisakda, W., & Chadcham, S. (2012). Development of a brain-training rehabilitation program based on neurobics exercise theory for patients with mild dementia. *Research Methodology & Cognitive Science*, 10(1), 11-25. (in Thai)
- Lara, A. H., Kennerley, S. W., & Wallis, J. D. (2009). Encoding of gustatory working memory by orbitofrontal neurons. *Journal of Neuroscience*, 29(3), 756-774. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4637-08.2009
- Lawrence, C. K. (2010). *Neurobic exercise to help prevent memory loss and increase mental fitness*. Carolina: Mental Center Durham, North Carolina University.
- National Statistical Office. (2019). *Trends of the elderly population in Thailand*. Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites/2014> (in Thai)
- Robin, L. W., & Thomas, H. C. (2006). Video training of imagery for mature adults. *Applied Cognitive Psychology*, 6(4), 307-320.
- Suwanmosi, P. (2014). *The effect of using a cognitive stimulation program on the memory of the elderly in community with cognitive impairment* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Thavichachart, N. (2008). Exercise before dementia. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 32(1), 1-15. (in Thai)
- Trakulsithichoke, S., & Suwan, A. (2016). Effects of a cognitive stimulation program on cognitive abilities and the ability to perform activities of daily living in the elderly at risk or have dementia. *Journal of Thai Red Cross Nursing*, 9(2), 145-158. (in Thai)
- Tunta, K., Saengpanya, B., Phakhawatwattana, P., Chanwitakorn, P., Amarinpornchai, P., Kerdchantrong, P., ... Ao-Charoen, P. (2015). Nursing student innovation: Brain training box. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 8(1), 113-121. (in Thai)



United Nations. (2019). *World population ageing*. Retrieved from
<https://www.un.org/development/desa/pd/sites>



The Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and Health Behaviors Among Uncontrolled Hypertensive Patients

in Muang District, Chiang Mai Province

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ภทพร	บวรทิพย์*	Pataporn	Bawornthip*
ศิวพร	อึ้งวัฒนา**	Sivaporn	Aungwattana**
นพมาศ	ศรีเพชรวรรณดี**	Noppamas	Sripetchwandee**

Abstract

Uncontrolled hypertension leads to serious complications resulting in either disability or subsequent death. The objective of this study was to examine the relationship between personal factors, health literacy, and health behaviors among uncontrolled hypertensive patients attending a primary care unit in Muang district, Chiang Mai province. The sample consisted of 400 patients selected by two-stage sampling and simple random sampling. Data were collected using questionnaires which included data about personal information, health literacy, and health behaviors. The quality of the questionnaires was confirmed with content validity indices of 0.96, 0.80, and 0.82, respectively, and the reliability of both the health literacy and health behaviors' questionnaires was at an acceptable level (0.85 and 0.88, respectively). Data were analyzed using descriptive statistics, point biserial correlation, and Pearson's correlation.

The results revealed that the health literacy and health behaviors of the sample were at a poor level (63.0 % and 45.8%, respectively). Personal factors like gender and financial status were positively related to health literacy at a low level ($r = .113, 114, p < 0.05$), but income was negatively related to health literacy at a low level ($r = -.116, p < 0.05$). Furthermore, educational level, gender, and age were positively related to health behaviors at a low level ($r = .198, p < .01, r = .104$ and $.119, p < .05$). In addition, overall health literacy and each separate aspect of health literacy were positively related to health behaviors at a low level ($r = 1.23 -.403, p < 0.05$).

This study, therefore, points out that health literacy should be promoted among uncontrolled hypertensive patients to be a driving force for health behavior initiation leading to control of high blood pressure. In addition, gender, age, educational level, and financial status should be taken into consideration since those factors are significantly associated with both health literacy and health behaviors.

Keywords: Health literacy; Health behaviors; Uncontrolled hypertensive patients

* Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: umbhorn.nurse@gmail.com

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

Received 6 May 2022; Revised 4 November 2022; Accepted 30 January 2023



บทคัดย่อ

ภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นำมาซึ่ง ความพิการ และการสูญเสียชีวิต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับการรักษาในระดับปฐมภูมิในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 400 ราย โดยสุ่มตัวอย่างสองขั้นตอนและสุ่มแบบง่าย เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96, 0.80, 0.82 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (0.85 และ 0.88) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Point biserial correlation, และสถิติ Pearson's correlation.

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ระดับไม่ดี ร้อยละ 63.0 และ 45.8 ตามลำดับ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เชิงบวกระดับต่ำ ($r = .113, 114, p < 0.05$) แต่รายได้ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงลบระดับต่ำ ($r = -.116, p < 0.05$) นอกจากนี้ ระดับการศึกษา เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ ($r = .198, p < 0.01, r = .104$ และ $.119, p < 0.05$) ทั้งพบความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม และรายด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .123 - .403, p < 0.05$)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ควรส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนต่อการริเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพ สู่การควบคุมความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ควรคำนึงถึง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: umbhorn.nurse@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่พบในประเทศที่รายได้ระดับต่ำ และระดับปานกลาง (World Health Organization[WHO], 2021) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบร้อยละ 80 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization[WHO], 2021) สำหรับประเทศที่มีรายได้สูง เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกายังพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 45 (Centers for Disease Control and Prevention[CDC], 2023) ในประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบอัตราการป่วยสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง ปี พ.ศ. 2559 พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จาก 2,008 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 2,245 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2561 นอกจากนั้นยังพบอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2559 และ 2563 พบอัตราตาย 12.05 และ 14.22 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (Division of Non-Communicable Disease, Ministry of Health, 2022) จังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศไทย จัดเป็นเขตเมืองใหญ่อันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร พบประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.95 ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีร้อยละ 57.06 โดยอำเภอเมืองเชียงใหม่พบสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 38.78 (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2022) หากจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และประเทศชาติ

การควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้จะก่อให้เกิดภาวะทางสุขภาพและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจ สมอง ไต และตา ทำให้เกิดภาวะหัวใจโต หัวใจวาย หลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบ ภาวะไตเสื่อม หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม อาจทำให้เสียชีวิตหรือเกิดความพิการ (Hypertension Association of Thailand, 2019) ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจของประเทศที่ชัดเจนคือ รายจ่ายสุขภาพระดับประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า ในปี พ.ศ. 2537 จำนวน 127,655 ล้านบาท เป็น 513,213 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2555 และในปีงบประมาณ 2561 มีรายงานค่าใช้จ่ายประมาณ 48 ล้านบาทเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง (Division of Non-Communicable Disease, 2018) ผลกระทบหรือภาระดังกล่าวจะลดลงหาก สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิต แต่ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยสำคัญ คือพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้อให้เกิดการควบคุมความดันโลหิต กล่าวคือ หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน (Health Education Division, Ministry of Health, 2018) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตัดตอบซักถาม ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และสามารถบอกต่อเรื่องสุขภาพแก่ผู้อื่นทั้งสมาชิกในครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี นอกจากนั้นแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) มุ่งเน้นสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องและพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดี การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับไม่ดี การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และการจัดการตัวเอง อยู่ในระดับพอใช้ (Norasing & Thanomphan, 2019) จากการศึกษาดังกล่าวจะสะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่มีความ



รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ จะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกล่าวคือควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ดาร์วิส, รัสเซง, และ อมิริตดิน ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลต่อการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (Darwis, Russeng, & Amiruddin, 2021) นอกจากนั้นมีการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Ginggeaw & Prasertsri, 2016; Kareesun, Malathum, & Sutti, 2019; Ghaffari-fam et al., 2020) กล่าวได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่อไป

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาแบบอหิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (Khumthong, Potisiri, & Kaedumkoeng, 2016) และจากการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, กิรณา แต่อารักษ์, สายันท์ ปัญญาทรง, และ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ (Chotchai, Seedaket, Tearak, Panyasong, & Buajun, 2019) พบว่าระดับการศึกษา รายได้ อายุ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ในต่างประเทศพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และระดับความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (McNaughton, Jacobson, & Kripalani, 2014; Selcuk, Mercan, & Aydin, 2018) แต่มีบางงานวิจัยพบว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ แต่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Paibulsiri, 2018) ดังนั้นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ภาวะแทรกซ้อน อาจจะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ศึกษาประเด็นปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ยังเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบที่ยังไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความรอบรู้ในระดับที่สูงขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

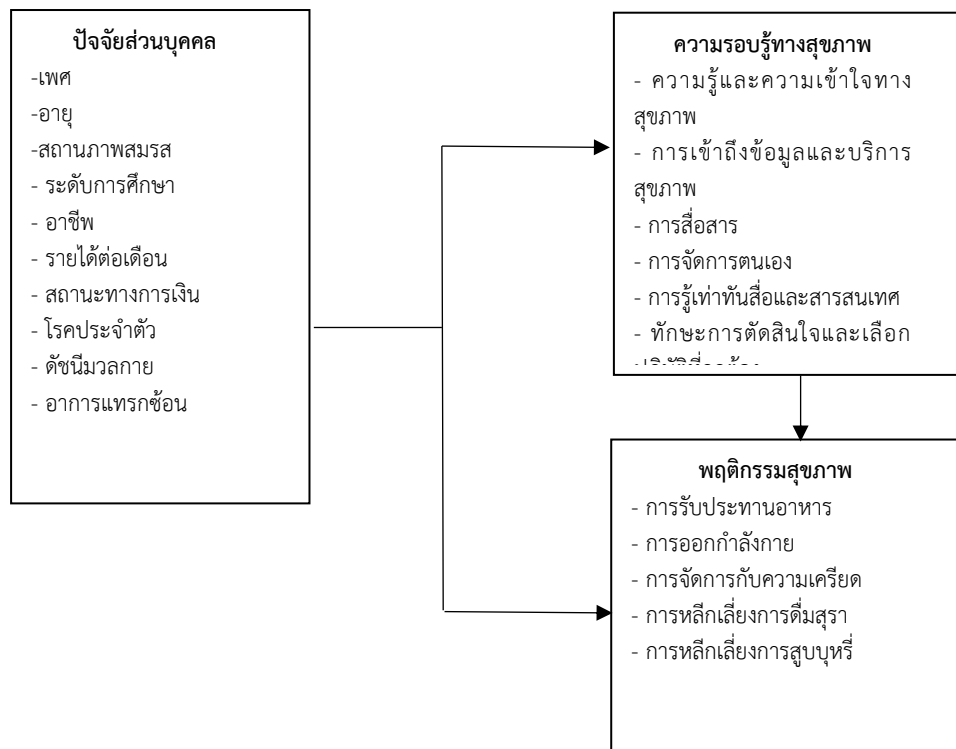
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม กล่าวคือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานะทางการเงิน โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย อาการแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพประเมิน



ตามแนวคิดของ กองสุกศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินตามหลัก 3อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ดื่มน้ำสะอาด และสูบบุหรี่) ตามแนวคิดของ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562 และความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังแผนผังที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ รวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ – กันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และเข้ารับการรักษาระดับปฐมภูมิในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 แห่ง ประชากรจำนวน 6,990 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และเข้ารับการรักษาระดับปฐมภูมิในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เปิดตารางสำเร็จรูปของเครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 364 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามหรืออาจจะไม่ได้รับการตอบกลับคืนจึงทำการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Two stage sampling) ขั้นแรกสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากเลือกสถานบริการระดับปฐมภูมิในเขตพื้นที่เมือง จำนวน 5 แห่ง จาก 10 แห่ง ได้ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลสุเทพ รพ.สต.ป่าซ่อยเหนือ รพ.สต.บ้านเจ็ดยอด รพ.สต.บ้านชะจาว และศูนย์สุขภาพตำบลหนองป่าครั่ง ขั้นที่สองจับฉลากอย่างง่าย ตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณตามสัดส่วน



คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังต่อไปนี้

1. อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
2. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท กรณีมีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งใช้เกณฑ์ของ The Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7) (United States Department of health and human services, National Institutes of Health, & National Heart, Lung and Blood Institute, 2003)

3. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานะทางการเงิน โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และอาการแทรกซ้อน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของคนไทยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 39 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูงตาม 3อ. 2ส. เป็นคำถามแบบถูก-ผิด การให้คะแนนถ้าตอบถูกให้ 2 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับแบบอิงเกณฑ์

2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็มเท่ากับ 28 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับแบบอิงเกณฑ์

3) การสื่อสารสุขภาพ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็มเท่ากับ 24 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับแบบอิงเกณฑ์

4) การจัดการตนเอง เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็มเท่ากับ 24 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับแบบอิงเกณฑ์

5) การรู้เท่าทันสื่อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับแบบอิงเกณฑ์

6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับแบบอิงเกณฑ์

การแปลผลระดับของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หรือทั้ง 6 องค์ประกอบใช้เกณฑ์ ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับ	ความหมาย
0 - 74	ไม่ดี	ผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส.
75 - 87	พอใช้	ผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจมีการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.ได้ถูกต้องบ้าง



(ต่อ)

ช่วงคะแนน	ระดับ	ความหมาย
88 - 99	ดี	ผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง
100 - 126	ดีมาก	ผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็นพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สดชื่นหรือดื่มสุรา) โดยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของคนไทยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนเต็มเท่ากับ 60 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับแบบอิงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้แก่แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.96, 0.80, 0.82 ตามลำดับ และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 20 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยรวม เท่ากับ 0.85 รายด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เท่ากับ 0.83, 0.82, 0.75, 0.85, 0.84 ตามลำดับ และพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.88 สำหรับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูง ใช้สูตร Kuder-Richardson 20 เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่รับรอง 2563-Exp 100 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และสอบถามความสมัครใจซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในขณะเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ นามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 30 - 40 นาทีเพื่อป้องกันการรบกวนกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยให้สอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดการทำแบบสอบถาม กรณีที่เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ หลังทำแบบสอบถามเสร็จแล้วนำมาส่งคืนให้ผู้วิจัยและรับของที่ระลึก ระหว่างการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และกลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด คือสวมหน้ากาก ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ และรักษาระยะห่าง



การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่า ความถี่ ร้อยละ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ กรณีตัวแปรต้นเป็นข้อมูลระดับมาตรบัญญัติ ตัวแปรตามเป็นข้อมูลระดับมาตรวัดแบบช่วงขึ้นไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Point biserial correlation กรณีทั้งตัวแปรต้นและตามเป็นตัวแปรระดับอันดับขึ้นไป ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's correlation กำหนดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ (Thato, 2008)

>.70	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
.30 - .70	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
<.30	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 เพศชาย ร้อยละ 42.7 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 64.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.3 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.5 สถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 55.5 อาชีพหลัก เป็นแม่บ้านหรือผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.7 รายได้เฉลี่ย 6,245.2 บาทต่อเดือน สถานะทางการเงินต้องใช้จ่ายอย่างประหยัดและอดออม ร้อยละ 78.5 ดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 36.3 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 33.5 อาการแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย และหน้ามืดหรือเวียนศีรษะเท่ากัน ร้อยละ 8.8

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (n = 400)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูงตาม 3อ. 2ส.		
< ร้อยละ 60 (0 – 11 คะแนน)	73	18.3
≥ ร้อยละ 60- < 70 (12 – 13 คะแนน)	83	20.8
≥ ร้อยละ 70- < 80 (14 – 15 คะแนน)	178	44.5
≥ ร้อยละ 80 (16 – 20 คะแนน)	66	16.5
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
< ร้อยละ 60 (0 – 15 คะแนน)	210	52.5
≥ ร้อยละ 60- < 70 (16 – 18 คะแนน)	74	18.5
≥ ร้อยละ 70- < 80 (19 – 21 คะแนน)	54	13.5
≥ ร้อยละ 80 (22 – 28 คะแนน)	62	15.5



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ
ความดันโลหิตไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (n = 400) (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การสื่อสารสุขภาพ		
< ร้อยละ 60 (0 – 13 คะแนน)	261	65.3
≥ ร้อยละ 60- < 70 (14 – 15 คะแนน)	53	13.3
≥ ร้อยละ 70- < 80 (16 – 18 คะแนน)	55	13.8
≥ ร้อยละ 80 (19 – 24 คะแนน)	31	7.8
การจัดการตนเอง		
< ร้อยละ 60 (0 – 13 คะแนน)	247	61.8
≥ ร้อยละ 60- < 70 (14 – 15 คะแนน)	45	11.3
≥ ร้อยละ 70- < 80 (16 – 18 คะแนน)	56	14.0
≥ ร้อยละ 80 (19 – 24 คะแนน)	52	13.0
การรู้เท่าทันสื่อ		
< ร้อยละ 60 (0 – 11 คะแนน)	261	65.3
≥ ร้อยละ 60- < 70 (12 – 13 คะแนน)	44	11.0
≥ ร้อยละ 70- < 80 (14 – 15 คะแนน)	41	10.3
≥ ร้อยละ 80 (16 – 20 คะแนน)	54	13.5
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง		
< ร้อยละ 60 (0 – 11 คะแนน)	59	14.8
≥ ร้อยละ 60- < 70 (12 – 13 คะแนน)	73	18.3
≥ ร้อยละ 70- < 80 (14 – 15 คะแนน)	123	30.8
≥ ร้อยละ 80 (16 – 20 คะแนน)	145	36.3
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม		
ไม่ดี (0 – 74 คะแนน)	252	63.0
พอใช้ (75 – 87 คะแนน)	85	21.3
ดี (88 – 99 คะแนน)	42	10.5
ดีมาก (100 – 126 คะแนน)	21	5.3

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูงตาม 3อ. 2ส. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.5 มีความรู้และเข้าใจหลักการ 3อ.2ส. อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 52.5 มียังปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ร้อยละ 65.3 ยังมีปัญหาในทางทักษะการฟัง อ่าน เขียนและเล่าเรื่อง/ โน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพตนเองได้ ด้านการจัดการตนเอง ร้อยละ 61.8 มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งทางอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 65.3 ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 36.3 มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ที่เกิดผลดีเฉพาะสุขภาพ



ของตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับไม่ดี มากที่สุด ร้อยละ 63.0 รองลงมา มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 21.3

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (n = 400)

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี (0 – 35 คะแนน)	183	45.8
พอใช้ (36 – 41 คะแนน)	113	28.2
ดี (42 – 47 คะแนน)	56	14.0
ดีมาก (48 – 60 คะแนน)	48	12.0

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับไม่ดี มากที่สุด ร้อยละ 45.8 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 28.2

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (n = 400)

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพ
เพศ	.113*	.104*
อายุ	-.014	.119*
สถานภาพสมรส	.067	.023
ระดับการศึกษา	-.072	.198**
อาชีพ	.063	-.074
รายได้	-.116*	.033
สถานะทางการเงิน	.114*	-.021
โรคประจำตัว	.085	-.050
อาการแทรกซ้อน	.059	-.036
ดัชนีมวลกาย	-.024	-.002

*มีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05, **p < 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า เพศ และสถานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .113$, $r = .114$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนรายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.116$, $p < 0.05$) นอกจากนั้น เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .104$, $r = .119$, $p < 0.05$, $r = .198$, $p < 0.01$ ตามลำดับ)



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม รายด้านและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (n =400)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.252**
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูง	.151**
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.158**
การสื่อสารสุขภาพ	.182**
การจัดการตนเอง	.403**
การรู้เท่าทันสื่อ	.125*
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ	.123*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05, **p < 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และแต่ละด้าน คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .252, p < 0.01, r = .151, p < 0.01, r = .158, p < 0.01, r = .182, p < 0.01, r = .125, p < 0.05, r = .123, p < 0.05$ ตามลำดับ) สำหรับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .403, p < 0.01$)

การอภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ทางสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ และสถานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ วัชร จันทรกระจ่าง และ ธนัช กนกเทศ (Chankrachang & Kanokthet, 2022) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงจะมีการแสวงหาความรู้ ข้อมูลด้านสุขภาพต่าง ๆ สนใจการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย สำหรับสถานะทางการเงิน พบว่าเกือบร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานะทางการเงินต้องใช้จ่ายอย่างประหยัดและอดออม ซึ่งสถานะทางการเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีอุปสรรคต่อการเข้าถึง การรับบริการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากสถานบริการสุขภาพ (Aljassim & Ostini, 2020) กล่าวได้ว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีสถานะทางการเงินที่เพียงพอจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึง และได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนั้น สถานะทางการเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดสุขภาพของประชาชน หากมีสถานะทางการเงินที่ดี จะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีด้วย ซึ่งกรมพัฒนาชุมชนระบุว่าความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน หมวดที่ 4 ตัวชี้วัดที่ 30 ระบุว่าครัวเรือนต้องมีการออมเงิน เพื่อนำมาใช้จ่ายยามเจ็บป่วย ยามชราหรือเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกิดขึ้น (Tundai, Rodkeaw, Suphapan, & Photibut, 2021)

สำหรับปัจจัยด้านรายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กล่าวคือบุคคลที่มีรายได้น้อยจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี สำหรับการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีอาชีพหลัก รายได้ส่วนใหญ่ที่แน่นอนมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ สำหรับรายได้ที่มาจากบุตรหลาน หรือญาติ ซึ่งแต่ละเดือนไม่สามารถระบุจำนวนได้ ประกอบกับช่วงที่ทำการศึกษามีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จึงทำให้รายได้ของกลุ่มตัวอย่างลดลง อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังได้รับความรู้ จากการแนะนำของเจ้าหน้าที่ทุกครั้งที่มา



ตรวจตามนัด จึงอธิบายได้ว่าแม้รายได้จะน้อยแต่ยังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น แตกต่างจากการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย และคณะ (Chotchai et al., 2020) พบว่า รายได้ต่อเดือนที่สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีข้อสังเกตจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ สถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบซึ่งเป็นทิศทางที่ตรงข้ามกัน เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับรายได้ต่อเดือนมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ เฉลี่ยเดือนละ 600-800 บาท จากรายได้ที่น้อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้เงินอย่างประหยัด ไม่ใช้จ่ายสุรุ่ยสุร่าย เพื่อให้เพียงพอในการดำรงชีพ ประกอบกับได้รับการสนับสนุนทางด้านการสังคมจากครอบครัว และญาติ จึงทำให้รายได้ที่น้อยไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทางบวกระดับต่ำ กล่าวได้ว่าเพศส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพศหญิงจะมีความดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย และเพศชายจะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์-แฟน และคณะ (Cherfan et al., 2020) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อาจเนื่องมาจากประสบการณ์ของการเจ็บป่วย การมารับการรักษา และการได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคนอทตัน และคณะ (McNaughton et al., 2014) พบว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากจากพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน การรับประทานยาและการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เหมาะสม และการศึกษาของ เซลคุก และคณะ (Selcuk et al., 2018) พบว่า ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากพฤติกรรมสูบบุหรี่และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง กล่าวได้ว่านอกจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นอาจต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ด้วย เช่น การสูบบุหรี่ และการรับประทานยา ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการศึกษาจะสามารถเข้าใจเนื้อหาต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการศึกษา เนื่องจากขณะที่มารับบริการผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือจากช่องทางสื่อต่าง ๆ ผ่านการฟัง พูด อ่าน และเขียน แตกต่างจากการศึกษาของ เซลคุก และคณะ (Selcuk et al., 2018) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ ระดับการศึกษา ประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา อาจเนื่องจากข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เจ้าหน้าที่ได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถนำไปปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ง่าย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ สำหรับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กล่าวได้ว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะช่วยการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน (Health Education Division, Ministry of Health, 2018) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัย



ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หากพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพคือความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำหรือไม่เพียงพอ จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ (Ghaffari-fam et al., 2020; Thongma, 2020; Darwis et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี (Ginggeaw & Prasertsri, 2016) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบย่อยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทางบวกระดับปานกลางเนื่องจากการจัดการตนเองเป็นทักษะของบุคคลในการกำกับความคิด ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองกำหนดไว้ให้บรรลุเป้าหมาย กล่าวว่าการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังการศึกษาของ เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล, สุปริดา มั่นคง, สิริรัตน์ ลีลาจรัส, อรพิชญา ไกรฤทธิ์, และ ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม (Sukpattanasrikul, Monkong, Leelacharas, Krairit, & Viwatwongkasem, 2021) พบว่าหลังจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองด้านสุขภาพ จำนวน 16 สัปดาห์ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและระดับความดันโลหิตลดลง

ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทางบวกระดับต่ำ อธิบายได้ว่าความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขณะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ ศูนย์บริการสาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพตำบลจากแพทย์หรือพยาบาล หรือจากการสืบค้นเองจากสื่อต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ หรือวิทยุ จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่ำ และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมด้วยเช่นกัน (Du et al., 2018) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทางบวกระดับต่ำ อธิบายว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและนำมาปรับใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการสื่อสาร บุคคลนั้นจะสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้ผู้อื่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ บุคคลที่มีการรู้เท่าทันสื่อจะมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อแนะแนวทางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ตนเอง บุคคลในครอบครัว หรือชุมชน ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ บุคคลนั้นจะสามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และเลือกวิธีปฏิบัติที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูล และบริการทางสุขภาพ เนื่องจากแหล่งบริการสุขภาพเป็นระดับปฐมภูมิ อยู่ใกล้แหล่งอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง การคมนาคมสะดวก มีการสื่อสารสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นต้น สามารถสอบถามข้อมูลเรื่องโรค การปฏิบัติตัว พฤติกรรมที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังมีการสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชันไลน์ เฟสบุ๊กในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และติดตามข่าวสารด้านสุขภาพผ่านโทรทัศน์ วิทยุ เพื่อแสวงหาความรู้ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปบอกต่อและปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี นรสิงห์ และ สุทธิพันธ์ ธนอมพันธ์ (Norasing & Sutthiphan, 2019) พบว่า ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลและสถานบริการสุขภาพได้จำกัด ความรู้เท่าทันสื่อระดับไม่ดี ไม่มีการวิเคราะห์ ตรวจสอบข้อมูลก่อนการนำไปปฏิบัติส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางให้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้านที่เพียงพอ เพิ่มกลยุทธ์การให้ความรู้ สื่อการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย ช่องทางการสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ข่าวสาร ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพ ความดันโลหิตที่เหมาะสม และการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน เนื่องจากเป็นปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ และสถานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หรือไม่
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
3. ควรศึกษาพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่คำนึงถึงความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วย

References

- Aljassim, N., & Ostini, R. (2020). Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(10), 2142-2154.
doi: 10.1016/j.pec.2020.06.007
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Facts about hypertension in the United States*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>
- Chankrachang, W., & Kanokthet, T. (2022). *Factors influencing health literacy among people at risk group of hypertension in One District of Phichit Province* (Master's thesis). Naresuan University, Thailand). Retrieved from <http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5171/3/62062679.pdf> (in Thai)
- Cherfan, M., Vallée, A., Kab, S., Salameh, P., Goldberg, M., Zins, M., ... Blacher, J. (2020). Unhealthy behaviors and risk of uncontrolled hypertension among treated individuals- The CONSTANCES population-based study. *Scientific Reports*, 10(1), 1910-1925.
doi: 10.1038/s41598-020-58685-1
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2022). *Health information reporting system: SMART NCD*. Retrieved from <https://smart-ncd.chiangmaihealth.go.th/web/index.php?r=site/index> (in Thai)



- Chotchai, T., Seedaket, S., Taearak, K., Panyasong, S., & Buajun, A. (2020). Factors related to health literacy in prevention of hypertension among group at risk in Samran Sub-District, Muang District, Khon Kaen Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 45-56. (in Thai)
- Darwis, S., Russeng, S. S., & Amiruddin, R. (2021). Intervention based on integration health literacy and health outcomes in hypertension “A systematic review”. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9, 486-491. doi: 10.3889/oamjms.2021.6489
- Division of Non-Communicable Disease. (2018). *Annual report 2018*. Bangkok: Aksorn graphic and design. (in Thai)
- Division of Non-Communicable Disease, Ministry of Health. (2022). *Number and mortality rate with 5 non-communicable diseases in 2016 – 2020*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., & Xie, R. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 301-309. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.06.001
- Ghaffari-fam, S., Sarbazi, E., Ardabili, F., Babazadeh, T., Darghahi, G., & Jafaralilou, H. (2020). The role of health literacy in hypertension control: A cross-sectional study in Iran. *Annali Di Lgiene*, 32(3), 263-273. doi: 10.7416/ai.2020.2349
- Ginggeaw, S., & Prasertsri, P. (2016). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54. (in Thai)
- Health Education Division, Ministry of Health. (2018). *Enhancing and assessing health literacy and health behaviors Children and youth aged 7-14 years and people aged 15 years and over*. Retrieved from <http://hed.go.th/linkHed/index/366> (in Thai)
- Hypertension Association of Thailand. (2019). *Guidelines for the treatment of hypertension in general practice 2019*. Bangkok: Author. (in Thai)
- Kareesun, K., Malathum, P., & Sutti, N. (2019). Relationships among health literacy, knowledge about hypertension control, and health behavior in older persons with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(3), 180-195. (in Thai)
- Khumthong, T., Potisiri, W., & Kaedumkoeng, K. (2016). Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities*. Retrieved from https://home.kku.ac.th/sompong/guest_speaker/KrejcieandMorgan_article.pdf



The Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and Health Behaviors
Among Uncontrolled Hypertensive Patients in Muang District, Chiang Mai Province
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

- McNaughton, C. D., Jacobson, T. A., & Kripalani, S. (2014). Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 165–170.
doi: 10.1016/j.pec.2014.05.007
- Norasing, M., & Thanomphan, S. (2019). Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: A case study of Nakornping Hospital, Chiang Mai. *Journal of Nakornping Hospital*, 10(1), 35-50. (in Thai)
- Paibulsiri, P. (2018). Health literacy and health behaviors 3E 2S of public sector executives, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 8(1), 97-107. (in Thai)
- Selcuk, K. T., Mercan, Y., & Aydin, T. (2018). Uncontrolled blood pressure in patients with hypertension and associated factors: The role of low health literacy. *Erciyes Medical Journal*, 40, 222-227. doi: 10.5152/etd.2018.18102
- Sukpattanasrikul, S., Monkong, S., Leelacharas, S., Krairit, O., & Viwatwongkasem, C. (2021). Comparison of hypertensive outcomes after the implementation of self-management program for older adults with uncontrolled hypertension in Krabi, Thailand: A quasi-experimental study. *Journal of Health Research*, 36(4), 641-651.
doi: 10.1108/JHR-12-2020-0626
- Thato, R. (2008). *Nursing research: Concept to application*. Bangkok: Chulalongkorn. (in Thai)
- Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 50-62. (in Thai)
- Tundai, R., Rodkeaw, K., Suphopan, K., & Photibut, W. (2021). *Final report: A project to produce indicators and a questionnaire on basic necessities and basic information at the village level*. Retrieved from <https://anyflip.com/ikpdm/cazb>
- United States Department of health and human services, National Institutes of Health, & National Heart, Lung and Blood Institute. (2003). *The seventh report of the Joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*. Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/express.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
-



The Effect of the Health Belief Enhancing Program on Stroke Prevention Behaviors of At-Risk Persons in a Community*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน*

จารุวรรณ	จันดาหงษ์**	Jaruwan	Jandahong**
เดชา	ทำดี***	Decha	Tamdee***
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***

Abstract

The best prevention for stroke is the promotion of health behavior changes for controlling the risk factors that cause the disease. This study examined the effect of the health belief-enhancing program on stroke prevention behaviors of at-risk persons in a community using a two-group quasi-experimental study with a pretest-posttest design. The sample group included 44 persons at risk for stroke, aged 35 years and over, who were equally divided into an experimental group and a control group with 22 persons in each. The study was conducted in Ban Kho Subdistrict, Muang Pan District, Lampang Province. The research instruments included the 12-week health belief enhancing program, which included 5 steps: 1) promoting perceived risk of stroke, 2) promoting perceived severity of stroke, 3) promoting perceived benefits of stroke preventive behaviors, 4) promoting perceived barriers of stroke preventive behaviors, and 5) stroke preventive behaviors motivation. Data were collected using a demographic data questionnaire and a stroke-risk control behavior questionnaire with a reliability coefficient value of 0.81. The data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, independent t-test, and paired t-test.

The results showed that after participating in the health belief enhancing program for 12 weeks, the experimental group had average scores for stroke prevention behaviors which were higher than before participating in the program and more than those of the control group participants who received usual hospital services, with statistical significance ($p < .001$).

The outcome indicates that the health belief-enhancing programs could improve stroke prevention behavior of at-risk people.

Keywords: Health belief model; Stroke prevention behaviors; Persons at risk for stroke

* 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: jaruwan_ja@cmu.ac.th

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

Received 13 January 2023; Revised 26 March 2023; Accepted 28 March 2023



บทคัดย่อ

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด คือการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลบ้านขอ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) การชักนำ จูงใจ และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Fisher's exact test, independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงได้

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; e-mail: jaruwan_ja@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคสำคัญที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization (WSO), 2018) รายงานว่าในปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 80 ล้านคน และยังมีผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน และพบว่ามีผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน นอกจากนี้มีการคาดการณ์ในอนาคตว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมากขึ้นถึง 2 เท่า (WSO) ในประเทศไทยในปี 2561 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 331,086 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานข้อมูลทางสถิติพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 โดยร้อยละ 50 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Strategy and Planning Division, 2019)

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งชุมชน ซึ่งผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดคืออาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาจจะรอดชีวิตจากโรคนี้ แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 31 มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ร้อยละ 90 แม้เมื่อ พ้นหายผู้ป่วยมักจะมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ (Veldeman et al., 2016) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยองค์การอนามัยโลก (WSO) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ 8 ปัจจัย ได้แก่ 1) ภาวะความดันโลหิตสูง 2) โรคเบาหวาน 3) ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง 4) ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) ขาดการออกกำลังกาย 6) ดัชนีมวลกายและรอบเอวเกิน 7) สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 8) ภาวะโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation)

ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยดำเนินการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นรูปธรรมผ่านแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโลก โดยการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญในประชาชนที่มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสูง (WSO, 2018) มีการกำหนดนโยบายการดำเนินการในประชากรกลุ่มเสี่ยง การประชาสัมพันธ์เพื่อให้มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับส่งเสริมการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนัก มีการจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังคงพบอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Strategy and Planning Division, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองยังขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค และมีความเชื่อหรือการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ถูกต้อง โดยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่ามีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำมากถึงปานกลาง อีกทั้งพบว่าประชาชนยังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่น้อย และพบว่าพฤติกรรมการบริโภคและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (Saeko & Jitpanya, 2014)

ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพบว่า ถึงแม้ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจะให้ความเห็นว่าหากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะต้องเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตไปตลอดชีวิต หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่ก็ยังคงมองว่าเป็นโรคที่ค่อนข้างไกลตัวจึงให้ความสนใจกับโรคนี้ค่อนข้างน้อย (Chiangtong, 2011) ในด้านของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงของโรคนี้ยังไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหาร และยังพบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการบางอย่างที่สวนทางกับคำแนะนำของแพทย์ เช่น เชื่อว่าการลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นสิ่งที่ไม่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากรสชาติอร่อยกว่า (Chiangtong, 2011) และในการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีการรับรู้เพียงบางอาการเท่านั้น (Saeko & Jitpanya, 2014) ในด้านการรับรู้อุปสรรค พบว่า



ช่องทางในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีน้อยและการค้นคว้าข้อมูลเองเป็นเองที่ลำบาก ไม่มีเวลาว่างสำหรับการออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยากต้องใช้เวลานาน และโรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องไกลตัว (Chiangtong, 2011) ซึ่งผลกระทบจากการขาดความตระหนักรู้ ทำให้ขาดความใส่ใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กลวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ การส่งเสริมความเชื่อ ความกลัว กระตุ้นให้เกิดการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการและแนวคิดทฤษฎี โดยการเรียนรู้ความเชื่อด้านสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โดยการเรียนรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง (Klinsakorn & Saetan, 2020) แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ เบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maiman, 1975) เป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นเกี่ยวกับความกลัว โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคด้วยการสร้างการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) และความรุนแรงของโรค (perceived severity) ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ (perceived benefits) ว่ามีประโยชน์สูงสุดเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น (perceived barriers) และมีการชักนำ จูงใจ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมหรือปรับพฤติกรรมในเรื่องต่าง ๆ เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Kumpiriyapong & Sasat, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงขึ้น (Sanprakhon, Chusri, & Wongwisadkul, 2018) ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมือง จ.ตรัง โดยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Tiparat, Suwanweala, & Sumrit, 2017) และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อ.เมือง จ.พะเยา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Ngerndee, 2021) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาก่อนหน้านั้น มุ่งเน้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ยังขาดการศึกษาในบริบทของกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษารังนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่เหมาะสมตามกระบวนการทั้ง 5 ขั้นตอน เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่



เหมาะสม และยอมรับว่าการปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันจนสามารถเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมได้ในระยะยาว และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถลดโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีกระบวนการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ความตระหนัก และรับรู้ภาวะคุกคามที่จะมาถึงตน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง เปิดโอกาสในการซักถาม สรุปและพูดกระตุ้นให้เกิดความกลัวและความตระหนักต่อโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการดูจากสื่อโดยเน้นการใช้สื่อที่เป็นภาพและวิดีโอที่ทัศนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การเสนอตัวแบบผู้มีประสบการณ์ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปและพูดจูงใจ 3) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค โดยการพูดกระตุ้นและจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเห็นข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมออกแบบแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่นชมและให้กำลังใจ สรุปแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนการรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าเป็นอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ร่วมหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหา สรุปและสร้างความเชื่อมั่นว่าการปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ไม่ยากเกินไป และ 5) การชักนำ จูงใจ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยแจกคู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จัดทำกลุ่มไลน์เพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสาร รวมทั้งการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดการรับรู้ที่เหมาะสม ซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามคำแนะนำ และยอมรับว่าการปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน จนสามารถเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมได้ในระยะยาว และยังสามารถนำแนวทางไปพัฒนาในการให้บริการสุขภาพเกิดผลประโยชน์ที่ต่อเนื่องต่อไป



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง การทดลอง (two group pretest-posttest design) ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายได้พื้นที่ตำบลบ้าน ขอนั้นสุ่มอย่างง่ายได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กองป็นเป็นกลุ่มควบคุม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเหวเป็นกลุ่มทดลอง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ ปณวัตร สันประโคน, อรุณ ชูศรี, และศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล (Sanprakhon Chusri, & Wongwisadkul., 2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้าง ความเชื่อด้านสุขภาพใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน ได้ค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 2.37 จึงได้กำหนดขนาด อิทธิพลเท่ากับ 0.60 กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 19 คน และเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 ได้กลุ่ม ตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย รวม 44 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกจากผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความยินยอม โดยจับคู่ เพศและอายุเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ประเมินด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดเป็น โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 4) สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (BI-ADL index = 20 คะแนน) 5) ไม่ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว 6) เป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียน เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 7) มีโทรศัพท์ สมาร์ทโฟนและสามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้ 8) ยินดีและให้คำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว เช่น การมองเห็นลดลง มีข้อจำกัด ในการเคลื่อนไหว และการทำกิจกรรม 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และ 3) ไม่สามารถ ติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maiman, 1975) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรม ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริม รับรู้ความเชื่อเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค หลอดเลือดสมอง 3) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การส่งเสริมการรับรู้และ การจัดการอุปสรรค ข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) การชักนำ จูงใจ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง



2. คู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยครอบคลุมในเรื่องของการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ การรับประทานยาโรคประจำตัว และการเข้ารับการตรวจพบแพทย์ตามนัด อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3. สื่อ วิดีทัศน์ และวัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

4. ตัวแบบบุคคลที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ (Tiparat et al., 2017) ประกอบด้วยคำถามทางบวกและทางลบ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติถึงปฏิบัติบ่อยที่สุด เป็นคะแนน 1-4 ตามลำดับการแปลผลใช้คะแนนรวมในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ (คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20- 80 คะแนน) โดยคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดี ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้เท่ากับ 0.81

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และคู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาและความชัดเจนด้านภาษา จากนั้นนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา และนำข้อบกพร่องที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 2565-005 รหัสโครงการ: 2564-EXP097 กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อการนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพ.สต. แม่กองปิน เพื่อตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) จากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคำแนะนำทางด้านสุขภาพ จากพยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามปกติ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ รพ.สต. แม่กองปิน เพื่อทำ post-test จากนั้นแจ้งสิ้นสุดการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตลอดการวิจัย



กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 (2 ชั่วโมง) ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพ.สต. ป่าเหว เพื่อทำแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 คือ ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยง ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง โดยใช้ข้อมูลบ่งชี้ทางสุขภาพ สรุปลงและพูดกระตุ้นให้เกิดความกลัวและความตระหนักต่อโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 คือ ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อเน้นภาพและวีดิทัศน์ แสดงความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอตัวแบบผู้มีประสบการณ์ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และจัดกิจกรรมจำลองสถานการณ์หรือบทบาทสมมติในการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกิจกรรม จากนั้นสรุปลงและพูดจูงใจ

สัปดาห์ที่ 2 (2 ชั่วโมง) จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 คือ ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือน และการจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยบรรยาย พูดกระตุ้น และจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเห็นข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างออกแบบและนำเสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจัดกิจกรรมการประเมิน อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 คือ ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและการจัดการต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนการรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าเป็นอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ร่วมวางแผนในการหาแนวทางป้องกันและแก้ไขอุปสรรคที่เหมาะสม นำเสนอแหล่งประโยชน์ในชุมชน สรุปลงและพูดจูงใจให้เห็นว่าการปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ไม่ยากเกินไป และจัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 คือ การชักนำ จูงใจ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แจกคู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จัดทำกลุ่มไลน์เพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสาร พูดกระตุ้นและให้ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 3-4 กระตุ้นและติดตามปฏิบัติพฤติกรรม ผ่านทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 5-7 ติดตามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 8-11 เว้นระยะเวลาหลังดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ในการประเมินพฤติกรรม

เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพ.สต. ป่าเหว เพื่อทำ post-test จากนั้นแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมโดยสถิติ chi-square test หรือ Fisher's exact test และ t-test หรือ Mann Whithney U test ตามลักษณะข้อมูล

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติ independent t-test



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่คงอยู่ตลอดการวิจัย จำนวน 44 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 22 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลด้านเพศของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเท่ากัน ได้แก่ เพศหญิง ร้อยละ 72.7 และเพศชาย ร้อยละ 27.3 ด้านอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 46-59 ปี โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.73 ปี ($SD = 5.66$) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 46-59 ปี โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.41 ปี ($SD = 3.88$) กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยในกลุ่มทดลอง พบร้อยละ 81.8 และกลุ่มควบคุม พบร้อยละ 72.8 มีการรับประทานยาโรคประจำตัวเป็นประจำในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 72.8 กลุ่มควบคุมร้อยละ 50 การเข้ารับบริการตรวจตามนัดของกลุ่มทดลองร้อยละ 100 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 90.91 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 81.8 ไม่เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 59.1 ไม่เคยดื่มสุรา และกลุ่มควบคุมทุกรายไม่เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 72.8 ไม่เคยดื่มสุรา ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (ญาติสายตรง) กลุ่มทดลอง พบร้อยละ 4.6 และกลุ่มควบคุม พบร้อยละ 13.6 ในด้านการเคยได้รับข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 77.2 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 77.2 เคยได้รับข้อมูลมาก่อนมาก่อน และในการประเมินระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 40.9 ความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และความเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 9.1 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 45.4 ความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และความเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 4.6 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันในทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย มีดังนี้

1. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

คะแนนพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		p- value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
กลุ่มทดลอง	53.41	6.53	68.00	4.50	$< .001$
กลุ่มควบคุม	54.27	5.78	55.50	6.29	.060

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

คะแนนพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p- value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	53.41	6.53	54.27	5.78	.654
หลังได้รับโปรแกรมฯ	68.00	4.50	55.50	6.29	< .001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อ
ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมี
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < .001$) ตามสมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น เนื่องจากผลของโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maiman, 1975) เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ภายใต้งาน
ดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือด
สมอง เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง และนำการ
รับรู้ที่ได้มาประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก
และเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เกิดความกลัวและเห็นถึงโอกาสเสี่ยงที่ตนเองจะเกิดโรคหลอดเลือด
สมอง ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มทดลองหลังการทำการกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยงใน
การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ
เริ่มกลัวว่าตนเองจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีการสอบถามถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด
สมอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรณิการ์ เจนดี (Ngerndee, 2021) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการ
ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง อ.เมือง จ.พะเยา ที่ใช้การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้กลุ่มตัวอย่าง
ประเมิน วิเคราะห์ และบอกโอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม
ทดลองมีการรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง และ
สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยภายหลัง
จากการสร้างความตระหนัก และการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค
หลอดเลือดสมอง และเริ่มกลัวว่าตนเองจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความกลัว
และสร้างการรับรู้ภาวะคุกคามโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการใช้สื่อที่เน้นภาพและแสดงถึงความรุนแรงของโรค
หลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับสิ่งเร้า ผ่านประสาทสัมผัสทางตา และทางหูไปพร้อม ๆ กัน
นอกจากนี้มีการนำเสนอตัวแบบผู้มีประสบการณ์ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้บอกเล่าถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้
เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้จากผู้มีประสบการณ์
จริง รวมทั้งการให้กลุ่มตัวอย่างจำลองสถานการณ์หรือบทบาทสมมติในการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้
กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ด้วยตนเองถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และรับรู้ภาวะคุกคาม ซึ่งเห็นได้หลังจาก



กิจกรรมผู้วิจัยประเมินการรับรู้จากสีหน้าและการสะท้อนความรู้สึก ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างแสดงสีหน้าและสะท้อนความรู้สึกว่ากลัวที่จะต้องเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นต้องใส่ท่อช่วยหายใจเหมือนกับตัวแบบ กลัวที่จะต้องเป็นภาระของครอบครัว และกลัวพิการตลอดชีวิต มีความกระตือรือร้นที่จะปรับพฤติกรรม และกลุ่มตัวอย่างแสดงความต้องการที่จะหาแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการนำเสนอความคิดเห็นที่จะหาแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยม-สวัสดิกุล, และ มุกดา หนูยศรี (Kongvivat, Lemsawasdikul, & Nuysri, 2017) ที่ใช้ตัวแบบด้านลบเป็นผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย และการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งใช้สื่อแสดงความรู้ของโรคหลอดเลือดสมองในการดำเนินกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และผลดีของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการให้คำแนะนำแนวทางในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัว รับรู้ถึงความเสี่ยง และภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น จะมีความต้องการที่จะทำให้ตนเองปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดสมอง การพูดถึงข้อดีและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสนใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมตามคำแนะนำ ซึ่งการปฏิบัตินั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคนั้น ๆ (Becker & Maiman, 1975) รวมทั้งการให้กลุ่มตัวอย่างออกแบบและนำเสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีการปรับพฤติกรรม เพื่อการลด ละ เลิก หรือดเว้น การกระทำพฤติกรรมที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จนช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมมากขึ้น โดยจากกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีการวางแผนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ควบคุมการรับประทานอาหาร ไม่เพิ่มหรือเติมผงชูรสหรือเครื่องปรุงในอาหาร เพิ่มการออกกำลังกายพักผ่อนให้เพียงพอ ลดหรืองดการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงของ วรรัตน์ เหล่าสูง, วรณรัตน์ ลาวัณ, และ พรนภา หอมสินธุ์ (Loussug, Lawang, & Homsin, 2019) ที่พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้อาการและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้หลักการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองอย่างง่าย คือ FAST ได้แก่ F = Face คือเวลายิ้มพบว่ามุมปากข้างหนึ่งตก, A = Arms คือยกแขนหรือขาไม่ขึ้นข้างใดข้างหนึ่ง, S = Speech คือมีปัญหาด้านการพูดแม้ประโยคง่าย ๆ พูดแล้วคนฟังฟังไม่รู้เรื่อง และ T = time คือเมื่อมีอาการให้ทำการโทรแจ้ง 1669 ตามหลักการและขั้นตอน เพื่อนำส่งโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง จากกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการรับรู้อาการเตือนและการจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น รับรู้ข้อดีของการเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว คือการลดภาวะแทรกซ้อนและลดการเสียชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและการจัดการต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนถึงปัญหาหรือสิ่งที่คิดว่าเป็นอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมร่วมกัน รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางป้องกันอุปสรรคและการแก้ไขเพื่อลดปัญหาที่พบระหว่างการปรับหรือปฏิบัติตามพฤติกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามพฤติกรรม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวิวรกุล, และ พิชราพร เกิดมงคล (Sompol, Rawiworakul, & Kirdmongkol, 2017) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดัน



โลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรมหลังการเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และขั้นตอนที่ 5 การชักนำ จูงใจ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการพูดคุย สื่อสาร ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ การโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการแจกคู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนตนเองได้ตลอดเวลา และเพื่อให้ยังคงมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจนยอมรับว่าการปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน รวมทั้งการกระตุ้น ให้กำลังใจ ร่วมค้นหาปัญหา และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันกับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติ มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม จนสามารถมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงทอง ธีระทองคำ, ญัญจิรา ประสาทแก้ว, และ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (Terathongkum, Prasatkaew, & Maneesriwongul, 2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ซึ่งรวมถึงด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, ไพฑูรย์ วุฒิสโส, และ เมวดี ศรีมงคล (Hirungerd, Vutiso, & Srimongkol, 2021) ที่ใช้การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในการกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น โดยอาศัยการกระตุ้นความกลัวเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว ความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านกระบวนการรับรู้ทั้ง 5 ขั้นตอน อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการได้รับการชักนำ จูงใจ กระตุ้นและติดตามให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามคำแนะนำ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และยอมรับว่าการปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันจนสามารถเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมได้ในระยะยาว นำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและทีมสุขภาพนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้มีการปรับและติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง
2. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนักเกี่ยวกับโรค ส่งผลให้มีความสนใจในการที่จะหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เกิดการตระหนักรู้เรื่องสุขภาพด้วยตนเอง จึงส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในระยะยาวเพื่อให้เห็นความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกัน
2. ควรเพิ่มเติมการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ



3. ควรเพิ่มเติมการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือ
ผู้ดูแลหลักในการเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้ และการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

References

- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The health belief model: Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monography*, 2, 336-385.
- Chiangtong, K. (2011). *Relationships between the health belief model, warning signs perception and management of stroke behavior in the risk group of stroke, Doi Saket District, Chiang Mai Province*. (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Hirungerd, S., Vutiso, P., & Srimongkol, M. (2021). The effects of health belief model program on knowledge, stroke prevention behavior and blood pressure levels in hypertensive patients the responsibility area of Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(1), 478-487. (in Thai)
- Klinsakorn, C., & Saetan, S. (2020). Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who live in Danchang District. *Journal of Council of Community Public Health*, 2(2), 62-77. (in Thai)
- Kongvivat, K., Lemsawasdikul, W., & Nuysri, M. (2017). Effects of preventive behavior developing program for patients with cerebrovascular disease risk at Kanchanaburi Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(3), 129-137. (in Thai)
- Kumpiriyapong, N., & Sasat, S. (2017). The effect of health belief program on medicine used behavior in older persons with hypertension. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 67-83. (in Thai)
- Loussug, W., Lawang, W., & Homsin, P. (2019). The Effects of Application of the Health Belief Model with Family Support Program on Preventive Behaviors Against Cerebrovascular Disease among Individual at Risk. *Journal of Nursing and Education*, 12(4), 32-45.
- Ngerndee, K. (2021). *The effectiveness of health belief application program for stroke prevention behavior among hypertensive patients at Muang District, Phayao Province*. Phayao: University of Phayao. (in Thai)
- Saeko, U., & Jitpanya, C. (2014). A study of stroke awareness among patients at risk of stroke in Bangkok Metropolitan. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 6(2), 19-23. (in Thai)
- Sanprakhon, P., Chusri, O., & Wongwisadkul, S. (2018). The effects of health belief application program in older adults with risk of coronary artery disease in a community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 28(3), 87-100. (in Thai)
- Sompol, C., Rawiworakul, T., & Kirdmongkol, P. (2017). Effects of a stroke prevention program for older adults with hypertension. *Journal of Public Health Nursing*, 31, 57-73. (in Thai)



The Effect of the Health Belief Enhancing Program on Stroke Prevention Behaviors
of At-Risk Persons in a Community
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

- Strategy and Planning Division. (2019). *Public Health Statistics (2019)*. Retrieved from <http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php=13684&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Terathongkum, S., Prasatkaew, N., & Maneesriwongul, W. (2014). Effects of a home visit and telephone follow-up program on health behaviors and health status in persons with uncontrolled hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(3), 356-371. (in Thai)
- Tiparat, W., Suwanweala, S., & Sumrit, W. (2017). The effects of self-awareness development program on stroke prevention behaviors among hypertension patients in Muang District, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 94-107. (in Thai)
- Veldeman, M., Höllig, A., Clusmann, H., Stevanovic, A., Rossaint, R., & Coburn, M. (2016). Delayed cerebral ischaemia prevention and treatment after aneurysmal subarachnoid haemorrhage: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 117(1), 17-40.
- World Stroke Organization. (2018). *About world stroke day*. Retrieved from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/world-stroke-day/previous-world-stroke-days/world-stroke-day-2018>



Factors Influencing Self-Esteem Among Adolescents during the COVID-19 Pandemic ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโควิด-19

วันเพ็ญ	รักษปวงชน*	Wanphen	Rakpuangchon*
ณัฐยานันท์	วิสารพันธ์**	Nattaya	Wisarapun**
นุชรี	แสงสว่าง***	Nucharee	Sangsawang***
บุศรา	แสงสว่าง***	Bussara	Sangsawans***
ศิรินทร์ทิพย์	บุญด้วยลาน*	Sirinthip	Boondauylan*
ภารดี	บุญเพิ่ม*	Paradee	Boonperm*
ชฎาภรณ์	วัฒนวิไล***	Chadaporn	Vatanavilai***
บุศรินทร์	เล็กบำรุง****	Busarintr	Lekbamrung****

Abstract

Self-esteem has been important for adolescents during the COVID-19 pandemic. This predictive correlational study aimed to examine the predictive power of adolescent-parents attachment and child maltreatment on self-esteem among adolescents during the COVID-19 pandemic. Participants included 324 female and male adolescents, aged 10-19 years. Data were collected between February and June 2022. Research instruments included The Rosenberg General Self-Esteem Scale, The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA), and The Early Trauma Inventory Self Report-Short Form. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results of this study revealed that:

1. Most participants (51.9%) had a lower level of self-esteem. The mean score was 28.41 (SD = 4.38).
2. Adolescent-parents attachment had a positive correlation, and child maltreatment had a negative correlation, with self-esteem ($r = .347, p < .01$; $r = -.324, p < .01$; respectively).
3. Adolescent-parents attachment and child maltreatment were a significant predictor that accounted for 17.0 % of the variance in self-esteem ($R^2 = .170, p < .0001$).

This study showed the correlations between adolescent-parents attachment, child maltreatment, and self-esteem among adolescents during the COVID-19 pandemic. It can be utilized as basic information for self-esteem among adolescents and related factors to implement interventions for improvement of their self-esteem by providing adolescent-parents attachment and preventing child maltreatment.

Keywords: Adolescent; Self-esteem; Adolescent-parents attachment; Child maltreatment; COVID-19

* Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University;
e-mail: nattayawisarapun@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

**** Registered Nurse, Thammasat University Hospital

Received 6 July 2022; Revised 16 November 2022; Accepted 10 March 2023



บทคัดย่อ

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งสำคัญต่อวัยรุ่นในสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็ก ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงระบาดของโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นหญิงและชาย อายุ 10-19 ปี จำนวน 324 คน เก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์-มิถุนายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และแบบวัดการกระทำผิดต่อเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple regression analysis

ผลการศึกษาค้นพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (51.9%) มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.41 (SD = 4.38)

2. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางบวก และการกระทำผิดต่อเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .347, p < .01$; $r = -.324, p < .01$; ตามลำดับ)

3. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่และการกระทำผิดต่อเด็ก สามารถร่วมกันทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 17.0 ($R^2 = .170, p < .0001$)

ผลวิจัยนี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็กต่อการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างการระบาดของโควิด-19 ที่สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานของการเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้ต่อไป โดยส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และป้องกันการกระทำผิดต่อเด็ก

คำสำคัญ: วัยรุ่น การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ การกระทำผิดต่อเด็ก โควิด-19

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

e-mail: nattayawisarapun@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งเป็นเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ถูกค้นพบในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วโลก (World Health Organization, 2020) ที่เกิดขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สามารถส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ จึงทำให้รัฐบาลประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยได้นำมาตรการต่าง ๆ มาใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโควิด-19 เช่น การเว้นระยะห่าง การ lockdown หรือการปิดสถานศึกษาและพื้นที่สาธารณะ เป็นต้น (Lawson, Piel, & Simon, 2020; Pereda & Diaz-Faes, 2020) อย่างไรก็ตามการบังคับใช้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่เข้มงวดในทุกพื้นที่จะสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้อย่างต่อเนื่องทั่วโลก แต่กลับพบว่าบุคคลในทุกช่วงวัยได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากการใช้มาตรการป้องกันดังกล่าวด้วยเช่นกัน เช่น สูญเสียการใช้ชีวิตประจำวัน ถูกจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน สูญเสียบุคคลในครอบครัว เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจเพิ่มขึ้น หรือถูกเลิกจ้างงาน เป็นต้น (Lee, Lim, Allen, & Choi, 2021)

ในสถานการณ์ดังกล่าว วัยรุ่นเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบที่รุนแรง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ มีการพัฒนาด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พัฒนาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง รวมทั้งเป็นช่วงที่คาบเกี่ยวกับการรู้จักตนเองและการสืบค้นในบทบาทของตนเองอีกด้วย (Erikson, 1968; Wiguna et al., 2020) ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดและการบังคับใช้มาตรการเพื่อควบคุมการระบาดของโควิด-19 จึงทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลกระทบต่อ การเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ดังเช่นผลการวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าในช่วงการระบาดของโควิด-19 วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง และมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Lee et al., 2021; Pizarro-Ruiz & Ordonez-Cambor, 2021) เนื่องจากเป็นสถานการณ์รุนแรงที่ส่งผลให้วัยรุ่นถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ วิตกกังวลต่อการสูญเสียในครอบครัว สูญเสียการทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำ ลดการติดต่อทางสังคมกับกลุ่มเพื่อน รู้สึกโดดเดี่ยวถูกแยกออกจากสังคม มีการกระทำผิดต่อเด็กเพิ่มขึ้น จนมีแนวโน้มทำให้สูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเองได้ (Lee et al., 2021; Pizarro-Ruiz & Ordonez-Cambor, 2021; Rossi, Panzeri, Pietrabissa, Manzoni, Castelnuovo, & Mannarini, 2020)

การเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตนเองเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับและนับถือตนเอง การมีความเชื่อมั่นในตนเอง และทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งทางบวกและทางลบ (Coopersmith, 1981; Rosenberg, 1965) ซึ่งสามารถส่งผลต่อวัยรุ่นได้ทั้งผลเชิงบวกและผลเชิงลบ โดยในทางบวกวัยรุ่นที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง (high self-esteem) จะมีความสัมพันธ์กับความผาสุกและความยืดหยุ่นในตนเอง จึงส่งผลให้วัยรุ่นมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมและมีความรู้เรื่องเพศศึกษาที่ดี (Alshawi & Lafta, 2014; Ruiz-Palomino, Ballester-Arnal, Gil-Llario, & Giménez-García, 2017) ส่วนในทางลบวัยรุ่นที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (low self-esteem) มีแนวโน้มที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรือสุขภาพจิตเกิดขึ้นได้ เช่น มีพฤติกรรมเสี่ยงเกิดขึ้นได้สูง มีการตั้งครมในวัยรุ่นเกิดขึ้น รวมทั้งมีภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมใช้สารเสพติด หรือพฤติกรรมผิดกฎหมายร่วมด้วย (Alshawi & Lafta, 2014)

จากแนวคิดของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยรุ่น ได้อธิบายถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งจากองค์ประกอบภายในตนเองและองค์ประกอบภายนอกตนเอง สำหรับองค์ประกอบภายในตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองได้แตกต่างกัน เช่น ลักษณะทางกายภาพ เพศ บุคลิกภาพ สมรรถภาพ ความสามารถและผลงาน ภาวะทางอารมณ์ของบุคคล ความสุขของตนเอง ค่านิยมส่วนตัว



ความปรารถนา ภาวะทางอารมณ์ ปัญหาและความเจ็บป่วยของบุคคล เกรดเฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ตนเอง ส่วนองค์ประกอบภายนอกตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลให้แตกต่างกัน เช่น ความสัมพันธ์กับพ่อแม่และสมาชิกในครอบครัว สถานศึกษา สภาพสังคมและกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนและกลุ่มเพื่อน ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ การกระทำผิดต่อเด็ก และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เป็นต้น (Arslan, 2016; Boonsupa, Kaewchinda, & Somanandana, 2021; Chen & Qin, 2020)

ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ซึ่งเป็นองค์ประกอบภายนอกตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (attachment theory) สามารถกล่าวได้ว่าความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ เป็นสายสัมพันธ์หรือความผูกพันทางอารมณ์ที่ได้พัฒนาขึ้นตั้งแต่วัยเด็กกับพ่อแม่หรือผู้ดูแล (primary caregiver) ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการสร้างความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ในตนเอง ที่จะถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นรูปแบบความรักใคร่ผูกพันกับผู้อื่นในวัยผู้ใหญ่ เช่น ความรักใคร่ผูกพันกับเพื่อน หรือคู่รัก (Bowlby, 1969; Hazan & Zeifman, 1999) รวมทั้งมีความสำคัญต่อการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นเช่นเดียวกัน (Keizer, Helmerhorst, & van Rijn-van Gelderen, 2019; Thompson, 2016) โดยพบว่าความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคง (secure attachment) ส่งผลให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงได้ (Keizer et al., 2019; Thompson, 2016) เนื่องจากพ่อแม่มีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยเด็กและส่งผลต่อเนื่องจนเข้าสู่วัยรุ่น ความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคงเกิดขึ้นได้เมื่อวัยรุ่นได้รับการตอบสนองจากพ่อแม่ซึ่งถือเป็นตัวแทนความรักใคร่ผูกพันของตนเอง (attachment figure) วัยรุ่นที่มีความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคง จะรู้สึกว่าได้ได้รับความรักและมีความไว้วางใจพ่อแม่ของตนเอง รู้สึกปลอดภัย มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถพัฒนาความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นได้ดี จึงส่งผลให้รับรู้คุณค่าของตนเองเชิงบวก มีความมั่นใจและเห็นคุณค่าในตนเองได้ดี (Bowlby, 1969; Keizer et al., 2019; Thompson, 2016)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการกระทำผิดต่อเด็กจัดเป็นองค์ประกอบภายนอกตนเอง ซึ่งตามแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำผิดและความรุนแรงในเด็กและวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้เช่นกัน ทั้งนี้ การกระทำผิดต่อเด็ก (child maltreatment) เป็นการกระทำใดๆก็ตามจากพ่อแม่ หรือผู้ดูแลที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อเด็ก (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, & Arias, 2008) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขได้ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกเนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพัฒนาการของเด็กได้ (Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott, & Vos, 2012) การกระทำผิดต่อเด็กสามารถจำแนกได้ 4 ชนิด ได้แก่ การทารุณกรรมทางร่างกาย (physical abuse) การทารุณกรรมทางจิตใจ (emotional or psychological abuse) การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) และการทอดทิ้ง (neglect) (Norman et al., 2012) จากที่กล่าวมาพร้อมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้พ่อแม่ หรือผู้ดูแลของวัยรุ่นได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ เช่น ถูกเลิกจ้างงาน หรือถูกลดเงินเดือน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้มีการกระทำผิดต่อเด็กในครอบครัวได้เพิ่มขึ้น (Conrad-Hiebner & Byram, 2020) โดยพบว่าการกระทำผิดต่อเด็กในรูปแบบต่างๆสามารถส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้ เนื่องจากวัยรุ่นจะรู้สึกว่าตนเองหมดสิ้นความหวัง สูญเสียความศรัทธาและความเชื่อมั่นในตนเอง หรือหลีกเลี่ยงการพบบุคคลอื่น (Berber Çelik & Odacı, 2020; Mutavi, Obondo, Mathai, Kokonya, & Dako-Gyeke, 2018) วัยรุ่นที่เคยถูกกระทำผิดหรือถูกทำร้ายจะมีแนวโน้มมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ สูญเสียพลังอำนาจในตนเอง รวมทั้งประเมินศักยภาพของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง (Arslan, 2016; Chen & Qin, 2020)



จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตัวเองของวัยรุ่นในสถานการณ์ปกติ (Alshawhi & Lafta, 2014; Boonsupa et al., 2021) มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ศึกษาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นในประเทศไทย โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่วิกฤติยาวนานอย่างยิ่งทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก รวมทั้งยังมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้เมื่อเทียบกับสถานการณ์ปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัยนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เช่น ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็ก และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่นๆได้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็ก ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโควิด-19

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อนำมาอธิบายการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะอิทธิพลจากองค์ประกอบภายนอกตนเองเท่านั้น เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับวัยรุ่นในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยองค์ประกอบภายนอกตนเองที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง คือ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็ก-ซึ่งความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ สอดคล้องกับทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (Attachment theory) ตามแนวคิดของของโบลว์บี (Bowlby, 1969) และฮาร์ซาน และชาร์เวอร์ (Hazan & Shaver, 1987) ที่สามารถนำมาใช้อธิบายความรักใคร่ผูกพันที่มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองได้ ทั้งนี้เมื่อวัยรุ่นเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่ปลอดภัย หรือถูกคุกคาม จะแสวงหาความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากตัวแทนความรักใคร่ผูกพันของตนเอง (attachment figure) ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นพ่อแม่ เมื่อวัยรุ่นได้รับการตอบสนองดังกล่าวจะมีความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคงกับพ่อแม่เกิดขึ้น ทำให้ตนเองรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีความไว้วางใจกับตัวแทนความรักใคร่ผูกพัน จึงทำให้มีความมั่นใจและมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Bowlby, 1969; Keizer et al., 2019; Thompson, 2016) ในทางตรงข้ามหากวัยรุ่นไม่ได้รับการตอบสนองจากตัวแทนความรักใคร่ผูกพันของตนหรือมีความรักใคร่ผูกพันแบบไม่มั่นคงเกิดขึ้น จะทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ไม่มีความมั่นคง หรือรู้สึกไม่ปลอดภัย จึงส่งผลให้วัยรุ่นมีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงได้ (Suzuki & Tomoda, 2015)

ส่วนการกระทำผิดต่อเด็ก (child maltreatment) สอดคล้องกับทฤษฎีที่เกี่ยวกับการกระทำผิดต่อเด็ก ตามแนวคิดของลีบ และคณะ (Leeb et al., 2008) ร่วมกับแนวคิดของนอร์แมน และคณะ (Norman et al., 2012) ที่สามารถนำมาอธิบายการกระทำผิดต่อเด็กได้ ซึ่งการกระทำผิดต่อเด็กมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้ เนื่องจากวัยรุ่นที่ถูกกระทำผิดต่อเด็กในรูปแบบต่างๆ เช่น การทารุณกรรมทางจิตใจ หรือการล่วงละเมิด



ทางเพศ จะส่งผลให้ตนเองรู้สึกไม่ไว้วางใจผู้อื่น แยกตัวจากบุคคลอื่น มีปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb, & Janson, 2009) หรือสูญเสียความมั่นใจและพลังอำนาจในตนเอง จนส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองได้น้อยลงหรือมีการประเมินความสามารถของตนเองต่ำลงได้ (Berber Çelik & Odaci, 2020; Mutavi et al., 2018)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโควิด-19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงในประเทศไทย อายุ 10-19 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นเพศชายและหญิงที่อาศัยในจังหวัดอยุธยา ระยอง เพชรบุรี อุบลราชธานี เชียงราย และนครศรีธรรมราช กำหนดคุณสมบัติของเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นนักเรียนเพศหญิงและเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 10-19 ปี มีสุขภาพแข็งแรง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสุ่มเลือกจังหวัด จากทั่วทุกภูมิภาคในประเทศไทย โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับสลากภูมิภาคละ 1 จังหวัด คือ จังหวัดอยุธยา ระยอง เพชรบุรี อุบลราชธานี เชียงราย และนครศรีธรรมราช

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสุ่มเลือกอำเภอ จากจังหวัดอยุธยา ระยอง เพชรบุรี อุบลราชธานี เชียงราย และนครศรีธรรมราช ด้วยวิธีจับสลาก จังหวัดละ 1 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสุ่มเลือกโรงเรียน จากอำเภอละ 1 โรงเรียน ด้วยวิธีจับสลาก และสุดท้ายสุ่มจับสลากโรงเรียนละ 1 ห้องเรียน

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการอ้างอิงถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำสำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ คือจำนวน 200 ราย (Schumacker & Lomax, 2010) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ในครั้งนี้จึงมีจำนวนอย่างน้อย 200 คน และทีมผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 30% จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ทั้งสิ้น 260 ราย การเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามทางระบบออนไลน์ เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามและส่งกลับเข้าระบบออนไลน์มากกว่าจำนวนที่คำนวณได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีการตอบแบบสอบถามซ้ำ ซึ่งทีมผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลแล้วพบว่า ข้อมูลทั้ง 324 ราย มีความสมบูรณ์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 324 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ให้การดูแล สถานภาพสมรสของบิดามารดา ลักษณะของบิดามารดา และรายได้ครอบครัว

2. แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเอง (The Rosenberg General Self-Esteem Scale: RSES) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดยโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) สำหรับใช้ประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 ถึง 40 คะแนน การแปลผลคะแนนคือ คะแนนระหว่าง 10-28 คะแนน หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ และคะแนนระหว่าง 29-40 คะแนน หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง (Choi et al., 2019) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของทินกร วงศ์ปการันย์ และณัทย วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) ใน



การศึกษานี้แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองมีค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบด้วยการใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ.720

3. แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ (The Inventory of Parent and Peer Attachment: IPPA) เป็นแบบวัดที่ถูกพัฒนาโดยอาร์มสเดน และกรีนเบิร์ก (Armsden & Greenberg, 1987) ตามหลักการของทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (Bowlby, 1969) สำหรับใช้วัดสัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และเพื่อนสนิท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความไว้วางใจจำนวน 10 ข้อ ด้านการสื่อสารจำนวน 9 ข้อ และด้านความเห็นทางจำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 (เป็นความจริงเสมอ) ถึง 5 (ไม่เป็นความจริง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25 ถึง 125 คะแนน การแปลผลคะแนนคือ คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีความรักใคร่ผูกพันมาก แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ มีต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้วิธีแปลย้อนกลับ ใช้เฉพาะการวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่เท่านั้น และมีค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบด้วยการใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .899

4. แบบวัดการกระทำผิดต่อเด็ก (The Early Trauma Inventory Self Report-Short Form: ETISR-SF) เป็นแบบวัดที่ถูกพัฒนาโดยเบรมเนอร์ โบลัส และเมเยอร์ (Bremner, Bolus, & Mayer, 2007) สำหรับใช้วัดการกระทำผิดต่อเด็ก (child maltreatment) ในด้านร่างกาย จิตใจ การล่วงละเมิดทางเพศ และด้านประสบการณ์รุนแรงทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายจำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจจำนวน 5 ข้อ ด้านการล่วงละเมิดทางเพศจำนวน 6 ข้อ และด้านประสบการณ์รุนแรงทั่วไปจำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ (dichotomous scale) คือ 1 คะแนน หมายถึง เคยถูกกระทำผิดต่อตนเอง 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยถูกกระทำผิดต่อตนเอง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 27 คะแนน การแปลผลคะแนนคือ คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าถูกกระทำผิดต่อตนเองมาก แบบวัดการกระทำผิดต่อเด็กมีต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้วิธีแปลย้อนกลับ และมีค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบด้วยการใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .890

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 2 ชนิด ได้แก่ แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และแบบวัดการกระทำผิดต่อเด็ก มีต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 2 ชนิดมาแปลเป็นภาษาไทยโดยวิธีแปลย้อนกลับ (Brislin et al., 1973) และผ่านการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ เมื่อแปลแบบสอบถามทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นภาษาไทยแล้วผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากสถาบันภาษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้แปลย้อนกลับแบบสอบถามฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยให้กลับเป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามฉบับที่แปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษแล้วมาเปรียบเทียบกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ เมื่อเปรียบเทียบต้นฉบับภาษาอังกฤษทั้งสองส่วนแล้วพบว่ามีความสอดคล้องกัน แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนที่แปลเป็นภาษาไทยเรียบร้อยแล้วจะถูกนำไปตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย โดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์จำนวน 5 ท่าน ในสาขามารดาทารกและการผดุงครรภ์ สุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่น หากมีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะดังกล่าว ในขั้นสุดท้ายแบบสอบถามถูกนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ใบรับรองเลขที่ SWUEC-172/2563E) เนื่องจากช่วงดำเนินการวิจัยเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19



ทั่วประเทศไทยและทั่วโลก การรวบรวมข้อมูลจึงปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบออนไลน์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ดังนั้นแบบสอบถามทั้งหมดจึงถูกนำไปสร้างใน Google forms และนำไปสร้าง QR code สำหรับใช้ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code ส่วนของเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยที่ประกอบด้วย จุดประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ และการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จัดทำไว้ในรูปแบบเอกสารออนไลน์ เพื่อให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 18 ปี ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยอย่างครบถ้วนและมีส่วนร่วมตัดสินใจเพื่อให้ความยินยอมแก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง โดยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับหรือชักชวนให้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ให้ผู้วิจัยทราบ และการปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการประเมินผล การบริการ การศึกษา หรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับจากสถานศึกษาทั้งสิ้น ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่รับทราบรายละเอียดทั้งหมดของโครงการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ จะกดปุ่ม “ยอมรับเข้าร่วมวิจัย” ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยรายชื่อ-สกุล หรือข้อมูลใดๆที่สามารถอ้างอิงได้ถึงกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บในคอมพิวเตอร์มีเฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดเข้าคอมพิวเตอร์และเข้าถึงแฟ้มข้อมูลได้ด้วยการกำหนดรหัสผ่าน หลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัยในวารสารวิชาการเรียบร้อยแล้วไฟล์ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 6 ราย ซึ่งผ่านการชี้แจงรายละเอียดต่างๆของโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์แล้ว จึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากการติดต่อประกาศใบเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยจึงแนะนำตัวเองและให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code ส่วนของเอกสารชี้แจงรายละเอียดต่างๆของโครงการวิจัย รวมทั้งวิธีการตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์และวิธีให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code ของแบบสอบถาม เพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทาง Google form โดยใช้เวลาหลังเลิกเรียนเพื่อไม่ให้รบกวนเวลาเรียน ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกส่งเข้ามาในระบบ Google forms โดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือรหัสต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงถูกตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็กกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลแล้วพบว่า การกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็กต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นด้วยสถิติ Multiple linear regression analysis ด้วยวิธีการ Stepwise method



หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (KS) แล้วพบว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ และพบว่าตัวแปรอิสระมีความเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 324 ราย แยกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 เพศชาย ร้อยละ 40.7 อายุระหว่าง 13-18 ปี (อายุเฉลี่ย 15.26 ปี, S.D. = 1.30) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.5 ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 57.7 และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.3 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 58.3 และพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 42.0 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน ร้อยละ 34.2 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 24,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมารดาเป็นผู้ที่ให้การดูแล ร้อยละ 59.4 บิดามีอายุเฉลี่ย 45.4 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 25.3 และประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 25.3 มารดามีอายุเฉลี่ย 42.9 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 29.0 และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.8 บิดามารดาของมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.5 มีการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 31.5

ส่วนที่ 2 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็ก

กลุ่มตัวอย่างมี คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่าง 14-40 คะแนน โดยเป็นช่วงคะแนนระหว่าง 10-28 คะแนน จัดเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ร้อยละ 51.9 ช่วงคะแนนระหว่าง 29-40 คะแนน จัดเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง ร้อยละ 48.1 คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่อยู่ระหว่าง 42-125 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.57 มีค่าเฉลี่ยของความรักใคร่ผูกพันทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความไว้วางใจเท่ากับ 36.93 ด้านการสื่อสารเท่ากับ 30.96 และด้านความเห็นต่างเท่ากับ 19.68 ส่วนคะแนนการกระทำผิดต่อเด็กอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.03

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็กกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ($r = .347, p < .01$) ส่วนการกระทำผิดต่อเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ($r = -.324, p < .01$) (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ความรักใคร่ผูกพันในด้านความไว้วางใจ การสื่อสาร และความเห็นต่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ($r = .298, .269, .276 p < .01$; ตามลำดับ) ขณะที่การกระทำผิดต่อเด็กในด้านประสพการณ์รุนแรงทั่วไป ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการล่วงละเมิดทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ($r = -.245, -.221, -.363, -.219 p < .01$; ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ($n = 324$)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1	2	3
1. การเห็นคุณค่าในตนเอง	28.41	4.38	1	.347**	-.324**
2. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่	87.56	16.19		1	-.326**
3. การกระทำผิดต่อเด็ก	5.03	5.22			1

** $p < .01$



ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็กต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโควิด-19

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยวิธีนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นบันไดพร้อมกัน พบว่า ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .270, p = .000$) ส่วนการกระทำผิดต่อเด็กมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.236, p = .000$) โดยตัวแปรทั้งสองตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์การเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 17.0 ($R^2 = .170, F = 32.86, p < .0001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น (n= 324)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	23.01	1.38		16.623	.000
1. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่	.073	.015	.270	5.01***	.000
2. การกระทำผิดต่อเด็ก	-.198	.045	-.236	-4.38***	.000

$R = .412, R^2 = .170, \text{Adjusted } R^2 = .165, ** p < .01, *** p < .001$

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโควิด-19

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 51.9) โดยเฉพาะในส่วนของการให้ความนับถือตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.99) สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยพบว่า วัยรุ่นเกือบครึ่งหนึ่งมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำเช่นกัน (Azmi, Khan, Azmi, Yaswi, & Jakovljevic, 2022; Lee, et al., 2021) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประเทศต่างๆทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยได้มีการประกาศใช้มาตรการต่างๆที่เข้มงวดเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 เช่น การปิดสถานศึกษาและสถาบันบันเทิง การเว้นระยะห่าง จำกัดการทำกิจกรรมนอกบ้าน การจำกัดการเดินทาง หรือการทำงานที่บ้าน จึงทำให้วัยรุ่นได้รับผลกระทบจากการใช้มาตรการดังกล่าว อาทิเช่น วิตกกังวลต่อการติดเชื้อของตนเองและสมาชิกในครอบครัว มีข้อห้ามอย่างยิ่งในการรวมตัวกับกลุ่มเพื่อนของตนเอง มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน ปรับรูปแบบการเรียนเป็นเรียนออนไลน์ ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือมีการเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน จึงทำให้วัยรุ่นสูญเสียรูปแบบการใช้ชีวิตดั้งเดิม สูญเสียความมั่นใจและส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงได้ (Azmi et al., 2022; Pizarro-Ruiz & Ordonez-Cambolor, 2021; Rossi et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายซึ่งเป็นช่วงที่วัยรุ่นต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนและสังคมรอบข้างของตนเอง ทั้งยังมีการปรับเปลี่ยนเป็นการเรียนออนไลน์แทนการเรียนวิธีเดิมในห้องเรียนร่วมกับถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆกับกลุ่มเพื่อนเป็นเวลานาน จึงทำให้วัยรุ่นรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ สูญเสียความนับถือตนเองในการเรียนและการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนได้ ดังนั้นในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ซึ่งเป็นการระบาดของโควิด-19 ที่ยาวนานต่อเนื่อง จึงส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้ ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงจะส่งผลต่อความผาสุกของวัยรุ่น ช่วยให้วัยรุ่นมีความยืดหยุ่นในการดำรงชีวิตและมีสุขภาพจิตที่ดี (Alshawi & Lafta, 2014) ในทางตรงกันข้ามพบว่าวัยรุ่นที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำจะส่งผลต่อผลกระทบทางด้านจิตใจ หรือมีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า



(Alshawi & Lafta, 2014)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทำนายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็กต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโควิด-19

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็กถือเป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองตามการประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) ซึ่งปัจจัยด้านความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .347, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำเนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 แต่ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ก็เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น และเมื่อพิจารณาความรักใคร่ผูกพันทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความไว้วางใจ ด้านการสื่อสาร และด้านความเห็นห่าง พบว่าความรักใคร่ผูกพันด้านความไว้วางใจ (trust) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าของตนเองมากที่สุด ($r = .298, p < .01$) หมายความว่าวัยรุ่นที่มีความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคง หรือมีความไว้วางใจกับพ่อแม่จะส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นได้

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1987) ได้ว่าความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคง (secured attachment) เป็นรูปแบบความรักใคร่ผูกพันที่เกิดขึ้นเมื่อวัยรุ่นเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่รู้สึกไม่ปลอดภัย หรือคุกคามตนเอง แล้วได้รับการตอบสนองจากตัวแทนความรักใคร่ผูกพันของตนเองซึ่งส่วนใหญ่ในการศึกษานี้คือบิดามารดา เพื่อช่วยให้ตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นได้จึงส่งผลให้วัยรุ่นมีความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคงเกิดขึ้น (Hazan & Shaver, 1987) เช่นเดียวกับในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19 และการบังคับใช้มาตรการป้องกันโรคที่เข้มงวด (Lawson et al., 2020; Pereda & Diaz-Faes, 2020) ทำให้วัยรุ่นวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันและการทำกิจกรรมต่าง ๆ กับกลุ่มเพื่อน มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ปรับรูปแบบเป็นเรียนออนไลน์ เว้นระยะห่างหรืองดการพบปะสังสรรค์กับกลุ่มเพื่อน ถูกแยกออกจากสังคม หรือรู้สึกโดดเดี่ยว จึงทำให้วัยรุ่นรู้สึกสูญเสียความมั่นใจในการเรียน การแสดงออกทางอารมณ์ สูญเสียความมั่นใจในการสร้างปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร และการทำกิจกรรมกับผู้อื่นในสังคมเป็นเวลานาน จึงรับรู้สถานการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งคุกคามแก่ตนเองจึงจำเป็นต้องแสวงหาความช่วยเหลือและความปลอดภัยจากพ่อแม่ของตนเองเพื่อให้รู้สึกมั่นคงปลอดภัย โดยร้องขอความต้องการและความช่วยเหลือทั้งในด้านทรัพยากรที่จำเป็น อุปกรณ์ป้องกันโควิด-19 กำลังใจ หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากพ่อแม่ของตนเอง เมื่อวัยรุ่นได้รับการตอบสนองหรือความช่วยเหลือจากพ่อแม่แล้วจะรู้สึกว่าตนเองมั่นคงปลอดภัย มีความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคงเกิดขึ้น มีความมั่นใจ ไว้วางใจต่อผู้อื่น และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคามตนเองได้จึงส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Hazan & Shaver, 1987; Keizer et al., 2019; Pereda & Diaz-Faes, 2020; Rossi et al., 2020; Thompson 2016) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19 วัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคงจะมีความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อโควิด-19 น้อยลง มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและมีปัญหาทางสุขภาพจิตลดลง (Vismara, Lucarelli, Sechi, 2022) นอกจากนี้ความรักใคร่ผูกพันด้านความเห็นห่าง (Alienation) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดยังมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยที่ความรักใคร่ผูกพันด้านความไว้วางใจและด้านการสื่อสารระดับสูงร่วมกับมีความรักใคร่ผูกพันด้านความเห็นห่างระดับต่ำจะทำให้มีความสัมพันธ์ที่ดีหรือมีความรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคงกับพ่อแม่เกิดขึ้น จึงส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น (Armsden & Greenberg,



1987; Keizer et al., 2019; Thompson 2016)

ส่วนปัจจัยด้านการกระทำผิดต่อเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.324, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษานี้จะพบว่าวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยของการกระทำผิดต่อเด็กในระดับต่ำแต่ก็เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น และเมื่อพิจารณาถึงการทำผิดต่อเด็กทั้ง 4 ด้านพบว่ากระทำผิดต่อเด็กด้านจิตใจ (emotional or psychological abuse) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าของตนเองมากที่สุด ($r = -.363, p < .01$) หมายความว่าวัยรุ่นที่ได้รับการกระทำผิดต่อเด็กบ่อยครั้งจะส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงได้ เนื่องจากวัยรุ่นที่มีประสบการณ์เคยถูกรักรังแกในรูปแบบต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ยาก มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ขาดความไว้วางใจต่อผู้อื่น ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงส่งผลให้วัยรุ่นมีการเห็นคุณค่าในตนเองน้อยลงได้ (Mutavi et al., 2018) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำผิดต่อเด็ก (Leeb et al., 2008) ว่าการกระทำผิดต่อเด็กที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นโดยเฉพาะการกระทำผิดที่เกิดจากพ่อแม่มักทำให้วัยรุ่นไม่ได้รับความรัก ความอบอุ่น หรือการสนับสนุนจากพ่อแม่ของตนเองจนทำให้ขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ต่อกันมีจึงส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำได้ (Shaffer & Kipp, 2010) ผลการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ที่พบว่า การกระทำผิดต่อเด็กมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (low self-esteem) หรือสูญเสียความมั่นใจในตนเอง (Berber Çelik & Odacı, 2020; Chen & Qin, 2020; Malik & Kaiser 2016) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอาร์สแลน (Arslan, 2016) ที่พบว่า วัยรุ่นที่เคยได้รับการกระทำผิดต่อเด็กในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะการทารุณกรรมทางจิตใจและการล่วงละเมิดทางเพศ มีแนวโน้มที่จะมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำเช่นกัน เช่นเดียวกับช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 วัยรุ่นและครอบครัวได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของที่ยาวนานและการใช้มาตรการเข้มงวดเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างกว้างขวาง เช่น ถูกเลิกจ้างงาน บริษัทที่ทำงานปิดตัวหรือยกเลิกกิจการ มีรายได้ครอบครัวลดลง หรือมีคนในครอบครัวเสียชีวิตจากไวรัสโควิด-19 จึงทำให้พ่อแม่ต้องรับภาวะดูแลสมาชิกครอบครัวเพิ่มขึ้นจนเกิดความตึงเครียดและมีแนวโน้มที่กระทำผิดต่อเด็กในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการกระทำผิดต่อเด็กด้านจิตใจ ส่งผลให้วัยรุ่นที่ถูกกระทำผิดต่อเด็กรู้สึกไม่ได้รับความรัก ไม่ไว้วางใจพ่อแม่ ไม่มั่นใจในตนเองส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงได้ (Lee et al., 2021; Rossi et al., 2020; Pizarro-Ruiz & Ordonez-Cambolor, 2021)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ต่อบุคคลโดยไม่จำกัดเพศและอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษานี้พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ และพบว่าปัจจัยด้านความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่และการกระทำผิดต่อเด็กมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยรุ่นที่มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่สูงมีแนวโน้มที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงเช่นกัน อย่างไรก็ตามวัยรุ่นที่ถูกกระทำผิดต่อเด็กสูงมักมีแนวโน้มที่เห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ดังนั้นแนวทางการเพิ่มความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และลดการกระทำผิดต่อเด็กต่อสามารถส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการทางการพยาบาล

ผลการวิจัยสามารถนำไปบริหารจัดการทางการพยาบาล และนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น โดยนำมากำหนดแนวทางการคัดกรอง ติดตาม เฝ้าระวังกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาด้าน



สัมพันธ์ภาพกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู และกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงหรือเคยถูกระงับทำผิดต่อเด็ก โดยเฉพาะการกระทำผิดต่อเด็กด้านจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมให้วัยรุ่นและครอบครัวเห็นความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเองและความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่โดยเฉพาะด้านความไว้วางใจ โดยการจัดกิจกรรม เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้เห็นถึงความสำคัญ ประโยชน์ และวิธีการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นและความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่

ด้านการศึกษาพยาบาล

ปัจจัยทำนายต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และการกระทำผิดต่อเด็ก สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนิสิตพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว สร้างความไว้วางใจต่อพ่อแม่ของตนเอง และให้ความตระหนักต่อการกระทำผิดต่อเด็ก เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น เช่น รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธ์ภาพกับกลุ่มเพื่อน หรือลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ ครอบครัวที่เป็นพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว หรือครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยง เป็นต้น
2. ควรศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น โดยส่งเสริมด้านความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่และป้องกันการกระทำผิดต่อเด็กในกลุ่มวัยรุ่น

References

- AlShawi, A. F., & Lafta, R. K. (2014). Relation between childhood experiences and adults' self-esteem: A sample from Baghdad. *Qatar Medical Journal*, 2, 82-91. doi:10.5339/qmj.2014.14.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(1), 427-454. doi.org/10.1007/BF02202939
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200-209.
- Azmi, F. M., Khan, H. N., Azmi, A. M., Yaswi, A., & Jakovljevic, M. (2022). Prevalence of COVID-19 pandemic, self-esteem and its effect on depression among university students in Saudi Arabia. *Frontiers in Public Health*, 10, 836688. doi.org/10.3389/fpubh.2022.836688
- Berber Çelik, C., & Odacı, H. (2020). Does child abuse have an impact on self-esteem, depression, anxiety and stress conditions of individuals? *International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 171-178. doi.org/10.1177/0020764019894618.
- Boonsupa, C., Kaewchinda, M., & Somanandana, V. (2021). Self-esteem among students in a public university. *Kasem Bundit Journal*, 22(2), 43-53.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self-Report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 211-218.
- Brislin, R., Lonner, W., & Thorndike, R. (1973). *Cross-cultural research methods*. John Wiley & Sons.



- Chen, C., & Qin, J. (2020). Emotional abuse and adolescents' social anxiety: The roles of self-esteem and loneliness. *Journal of Family Violence*, 35(5), 497–507.
- Choi, Y., Choi, S. H., Yun, J. Y., Lim, J. A., Kwon, Y., Lee, H. Y., & Jang, J. H. (2019). The relationship between levels of self-esteem and the development of depression in young adults with mild depressive symptoms. *Medicine (Baltimore)*, 98(42), e17518.
- Coopersmith, S. (1981). *The Antecedents of Self-esteem*. (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 511–524.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 336–354). Washington DC: The Guilford Press.
- Keizer, R., Helmerhorst, K. O. W., & van Rijn-van Gelderen, L. (2019). Perceived quality of the mother–adolescent and father–adolescent attachment relationship and adolescents' self-esteem. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(6), 1203–1217.
- Lawson, M., Piel, M. H., & Simon, M. (2020). Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: Consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 2), 104709. doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104709
- Lee, J., Lim, H., Allen, J., & Choi, G. (2021). Multiple mediating effects of conflicts with parents and self-esteem on the relationship between economic status and depression among middle school students since COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12, 712219.
- Leeb, R. T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Mutavi, T., Obondo, A., Mathai, M., Kokonya, D., & Dako-Gyeke, M. (2018). Incidence of self-esteem among children exposed to sexual abuse in Kenya. *Global Social Welfare*, 5(1), 39–47.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.
- Pereda, N., & Díaz-Faes, D.A. (2020). Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: A review of current perspectives and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 40. doi.org/10.1186/s13034-020-00347-1
- Pizarro-Ruiz, J.P., & Ordóñez-Cambor, N. (2021). Effects of Covid-19 confinement on the mental health of children and adolescents in Spain. *Scientific Reports*, 11(1), 11713. doi: 10.1038/s41598-021-91299-9.



- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rossi, A., Panzeri, A., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., & Mannarini, S. (2020). The anxiety-buffer hypothesis in the time of COVID-19: When self-esteem protects from the impact of loneliness and fear on anxiety and depression. *Frontiers Psychology, 11*, 2177. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02177.
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., & Giménez-García, C. (2017). The role of self-esteem in HIV prevention among Spanish young people. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*, 15-21.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Routledge Academic.
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: Childhood and adolescence* (8th ed). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Suzuki, H., & Tomoda, A. (2015). Roles of attachment and self-Esteem: Impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *BMC Psychiatry, 15*, 8. doi.org/10.1186/s12888-015-0385-1
- Thompson, R. A. (2016). *Early attachment and later development: Reframing the questions*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 330–365). New York, NY: Guilford Press.
- Vismara, L., Lucarelli, L., & Sechi, C. (2022). Attachment style and mental health during the later stages of COVID-19 pandemic: The mediation role of loneliness and COVID-19 anxiety. *BMC Psychology, 10*(1), 62. doi: 10.1186/s40359-022-00767-y
- Wiguna, T., Anindyajati, G., Kaligis, F., Ismail, R. I., Minayati, K., Hanafi, E., ... Pradana, K. (2020). Brief research report on adolescent mental well-being and school closures during the COVID-19 pandemic in Indonesia. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 598756. doi: 10.3389/fpsyg.2020.598756.
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investigation, 9*(1), 54–58. doi: 10.4306/pi.2012.9.1.54
- World Health Organization. (2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19)*. Retrieved from <https://covid19.who.int/>.



A Needs Assessment for Literacy in Early Childhood Health Care
of Child Caregivers in Child Development Centers*
การประเมินความต้องการจำเป็นด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย
ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*

ภัทร์พิชชา ครุฑทางคะ**

Phatphitcha Kruthangka**

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the actual condition of caregiver perceptions of child health care literacy and prioritize child caregivers' needs related to child health care literacy. The sample consisted of 389 child caregivers who were working in child development centers under a local government organization. The research instrument consisted of the caregivers' child health care literacy questionnaire. The reliability of the questionnaire was 0.94 using Omega coefficient. Data was analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviation, and modified priority needs index (PNI_{modified}).

The findings showed that, regarding the reality of child caregiver perceptions of child health literacy, the overall mean score was high. Considering health literacy, it was found that caregivers had the most access to health information and services. As for nurturing care, it was found that caregivers had provided the most security and safety. The results of the prioritized needs assessment for health literacy found that health knowledge and understanding, communication skills, media-literacy, good health, and adequate nutrition care were the most important needs for literacy of child caregivers in providing early childhood health care.

The findings from this study provide basic information about literacy in early childhood health care of child caregivers in child development centers. These findings will benefit local government organizations in more effectively enhancing caregivers' child health care literacy.

Keywords: Needs assessment; Child health care literacy; Early childhood; Caregivers

* Research funding from the Faculty of Nursing, Pathumthani University

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Institute of Pathumthani University;
e-mail: Phatphitcha.kru@gmail.com

Received 14 November 2022; Revised 7 March 2023; Accepted 10 March 2023



บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจัดลำดับความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 389 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่า Omega coefficient ทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า modified priority needs index ($PNI_{modified}$)

ผลการวิจัยพบว่า สภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาด้านความรู้ด้านสุขภาพพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมากที่สุด ส่วนด้านการเลี้ยงดูพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีการดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัยมากที่สุด และผลการจัดลำดับประเมินความต้องการจำเป็นพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการดูแลให้มีสุขภาพดี และด้านการดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอที่ผู้ดูแลเด็กมีความต้องการจำเป็นที่สำคัญมากที่สุดเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การประเมินความต้องการจำเป็น ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก เด็กปฐมวัย ผู้ดูแล

* ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี e-mail: Phatphitcha.kru@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ 20 ปี ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กระดับปฐมวัย ในส่วนของการพัฒนาด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านหลักสูตร และด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์และแข็งแรง มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย (Royal Thai Government Gazette, 2018) ซึ่งการเสริมสร้างพัฒนาการและสุขภาพที่ดีให้กับเด็กปฐมวัยนั้น เป็นหนึ่งในการบริการสาธารณะที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชน และมีการจัดตั้งสถานพัฒนาเด็กเล็กขึ้น โดยมีครูหรือผู้ดูแลเด็กทำหน้าที่ในการจัดการศึกษา อบรม เลี้ยงดู และส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ และรัฐยังได้พัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแล เพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพการจัดบริการของสถานพัฒนาเด็กเล็ก และมั่นใจว่าสามารถดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน และตอบสนองพัฒนาการรอบด้านและสมวัย (Department of Local Administration, 2016)

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึง 6 ปี เป็นช่วงที่ร่างกายและสมองมีการเจริญเติบโตและเรียนรู้อย่างรวดเร็ว จึงมีความสำคัญที่เด็กวัยนี้ควรได้รับการสร้างรากฐานสำหรับสุขภาพที่ดี (The Royal College of Pediatricians of Thailand, 2017) ให้มีพัฒนาการที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (World Health Organization, 2020) จากการรายงานการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าเด็กมีปัญหาทางสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความไม่สมดุลด้านโภชนาการ คือ มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 10 และปัญหาด้านภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 5.4 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากว่าร้อยละ 25 และมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนนี้มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาที่สงสัยล่าช้า (Department of Health, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยบุคลากรผู้ดูแลเด็กที่เป็นส่วนสำคัญต่อการจัดการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ (Public Sector Audit and Evaluation Commission (PAEC), 2019) เนื่องจากพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในด้านสติปัญญาและการช่วยเหลือตนเองยังมีจำกัด จึงไม่สามารถเข้าใจหรือมีความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (Myers & Murray, 2019) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานเพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นรากฐานไปสู่พัฒนาการที่สมวัยทุกด้าน

ปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่ได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน ระบบทางเดินอาหาร และโรคมือเท้าปากมากกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (Prayoonmahisorn, Unahalekhaka, & Chitreecheur, 2013) เช่น อีกทั้งในปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้พ่อแม่ต้องออกไปทำงานนอกงานเพื่อหารายได้ให้ครอบครัว ทำให้เด็กต้องถูกส่งไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลเพื่อให้เด็กได้รับการดูแล และจากผลการวิจัยของนักวิชาการกล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพของเด็กส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากผู้ดูแลเด็กซึ่งมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพต่ำ (Morrison, Glick, & Yin, 2019) และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจที่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (Bootsri & Charakamud, 2022) ซึ่งส่งผลกระทบต่อไม่เพียงประสงค์แก่เด็ก และอาจมีผลกระทบไปจนถึงตอนโตได้ ผู้ดูแลเด็กจึงเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัย ที่ต้องมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กให้มีสุขภาพที่ดีและลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ



ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้กับผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ โดยต้องมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการตัดสินใจในการรับบริการสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสม (Sanders, Nandi, Labonte, Vance, & Damme, 2019) บุคคลที่มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ จะสามารถตัดสินใจเลือกและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพให้กับตนเองและบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม แต่หากบุคคลมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพต่ำ ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ที่ได้รับการดูแลแย่งส่งผลให้อัตราการตาย การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและการใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น (Lawrence, Feinberg, & Spratling, 2021) อีกทั้งสถานการณ์ของสุขภาพและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความรู้หรือรูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กอาจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กและผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ในการศึกษาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กในครั้งนี้ เป็นการบูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (accessing information and service) 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (health knowledge and understand) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และแนวคิดการเลี้ยงดู (nurturing care) ของ World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group (2018) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลให้มีสุขภาพดี (good health) 2) การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ (adequate nutrition) 3) การดูแลที่ตอบสนองกับเด็ก (responsive caregiving) 4) การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย (security and safety) และ 5) การให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (opportunities for early learning)

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า เด็กปฐมวัยยังมีปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการดูแลและแก้ไขให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กจึงมีความสำคัญและจำเป็น ควรมีการประเมินก่อนว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพในแต่ละมิติมากน้อยเพียงใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่เป็นอยู่ตามการรับรู้ของผู้ดูแลกับสภาพที่ควรจะเป็นของผู้ดูแล และจัดลำดับความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลที่ต้องได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุง นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายและดำเนินการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ผู้ดูแลมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

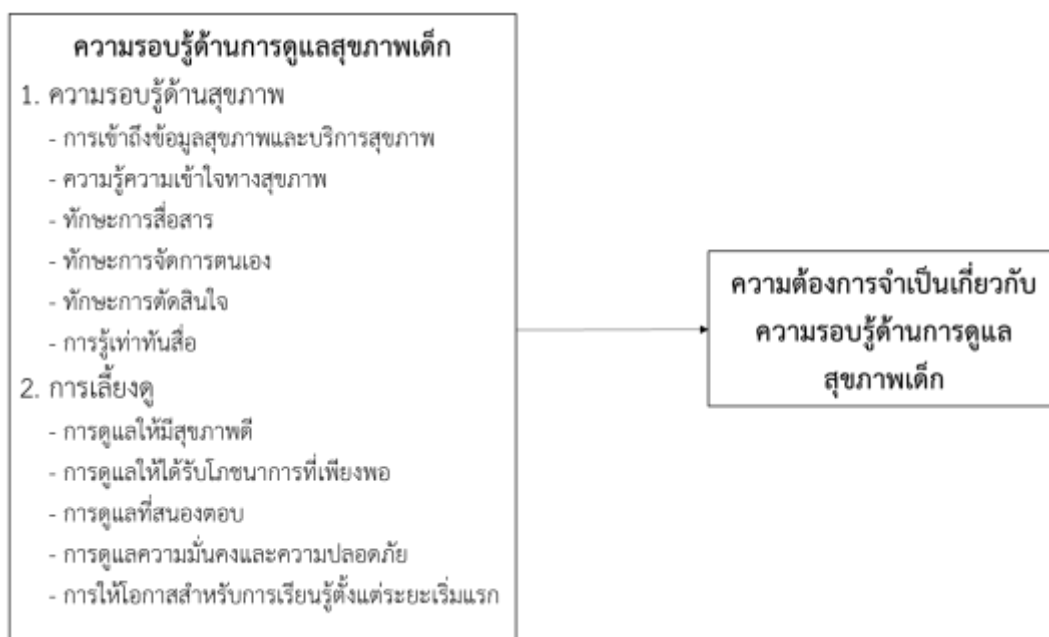
1. เพื่อศึกษาสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแล
2. เพื่อจัดลำดับความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ได้บูรณาการจาก 2 แนวคิด ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่มีองค์ประกอบการวัด 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ



บริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ และ 2) การเลี้ยงดู (nurturing care) ตามแนวคิดของ World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group (2018) ที่เสนอว่าเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กประกอบด้วย องค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การดูแลให้มีสุขภาพดี การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ การดูแลที่ตอบสนองกับเด็ก การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย และการให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 27,723 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ดูแลเด็กอายุมากกว่า 20 ปี ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 379 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 455 คน โดยทำการสุ่มตามวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรโดยกำหนดไว้ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) หน่วยการสุ่ม คือ จังหวัด



สุ่มจังหวัดแต่ละภาค จำนวน 4 จังหวัด รวมทั้งหมด 20 จังหวัด และขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) หน่วยการสุ่ม คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละจังหวัด จำนวน 5 ศูนย์ รวมทั้งหมด 100 ศูนย์ ศูนย์ละ 4-5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ภูมิหลังของตัวอย่างวิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงาน รวมจำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลของ ภัทร์พิชชา ครุทางคะ, ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ, และ สุวิมล ว่องวานิช (Kruthangka, Traiwichitkhun, & Wongwanich, 2022) มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามเป็นพหุมิติภายในข้อคำถาม (multidimensional within item) โดย 1 ข้อคำถามสามารถวัดได้ทั้ง 2 มิติ คือ

1) มิติความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ

2) มิติการเลี้ยงดู (Nurturing care) ของ องค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก (World Health Organization, United Nations Children's Fund, and World Bank Group, 2018) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การดูแลให้มีสุขภาพดี การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ การดูแลที่ตอบสนองกับเด็ก การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย และการให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นรูปแบบของการตอบข้อมูลชุดเดียวหรือการตอบสนองเดียว (Single-response format) ที่เป็นการเก็บข้อมูลในสภาพที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเพียงอย่างเดียว ในลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับน้อย และ 1.00 – 1.49 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในส่วนของความตรงเชิงเนื้อหา (validity) ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายในการวัด (item object congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์โอเมกา (Omega coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .943 และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่ามีมติพบว่า โมเดลการวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 / (343, N = 345) = 446.23, p = .0001, CFI = .979, TLI = .974, SRMR = .051, RMSEA = .030, AIC = 14556.473, BIC = 15140.692$) (Kruthangka et al., 2022) แสดงว่า เครื่องมือวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลมีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ดี



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับการรับรองโครงการวิจัย เลขที่ PTU-REC 009/2565 ภายหลังการรับรองผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการ ตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงเป็นเอกสารเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมถึงสิทธิในการให้ข้อมูลใน แบบสอบถาม พร้อมทั้งให้เซ็นใบยินยอมการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยข้อมูลของแบบสอบถามที่ได้จากตัวอย่าง วิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาไว้เพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น นำเสนอข้อมูลเป็นรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้บริหาร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผ่านการ อนุมัติผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัยทั้ง 5 ภูมิภาค นำแบบสอบถามไปให้ตามศูนย์พัฒนา เด็กเล็กที่เป็นเป้าหมาย แล้วรอเก็บแบบสอบถามกลับคืน โดยแจกแบบสอบถามจำนวนภูมิภาคละ 91 ฉบับ รวม เป็น 455 ฉบับ จากนั้นผู้ช่วยวิจัยทำการส่งแบบสอบถามทั้งหมดกลับให้ผู้วิจัยเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ได้แบบสอบถามกลับที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 389 คน คิดเป็นร้อยละ 85.49 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาสภาพที่เป็นจริงและจัดลำดับความต้องการจำเป็น เกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ดูแล ด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Modified Priority Needs Index: PNI_{modified}) เป็นวิธีที่หาผลต่างของสภาพที่คาดหวัง (Importance: I) กับ สภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน (Degree of success: D) และหารด้วยสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน โดยมีสูตรในการ คำนวณ คือ $PNI_{modified} = (I-D)/D$ (Wongwanich, 2015) โดยกำหนดคะแนนควรจะเป็น (Importance) เท่ากับ 5 เท่ากันทุกองค์ประกอบ

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างวิจัย

ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 389 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 373 คน (ร้อยละ 95.9) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด จำนวน 120 คน (ร้อยละ 30.8) รองลงมาคือ อายุ ระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 103 คน (ร้อยละ 26.5) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 254 คน (ร้อยละ 65.3) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 124 คน (ร้อยละ 31.9) และมากกว่า 15 ปี จำนวน 114 คน (ร้อยละ 29.3) ส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการ ปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก จำนวน 317 คน (ร้อยละ 81.5) ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติงานอยู่ในแต่ละภูมิภาคจำนวนใกล้เคียงกัน โดยอยู่ระหว่าง 72-90 คน (ร้อยละ 18.5-23.1)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามการรับรู้ ของผู้ดูแล

ผลการวิเคราะห์สภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแล



พบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $SD = 0.51$) เมื่อพิจารณาในส่วนของการรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.19 ถึง 4.35 (SD อยู่ระหว่าง 0.53 ถึง 0.61) และมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมากที่สุด ($M = 4.35$, $SD = 0.53$) แต่มีทักษะในการสื่อสารน้อยที่สุด ($M = 4.19$, $SD = 0.57$) เมื่อพิจารณาในส่วนของการเลี้ยงดู พบว่าผู้ดูแลเด็กมีการเลี้ยงดูอยู่ในระดับมากทุกด้านเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.19 ถึง 4.38 (SD อยู่ระหว่าง 0.49 ถึง 0.58) และเน้นการดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัยมากที่สุด ($M = 4.38$, $SD = 0.49$) แต่มีเรื่องของการดูแลให้มีสุขภาพดีและการดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอที่สุด ($M = 4.19$, $SD = 0.56$ และ 0.58 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 สภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตัวแปร	M	Mdn	SD	min	max	แปลผล
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)						
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	4.35	4.40	0.53	2.60	5.00	มาก
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	4.20	4.20	0.59	3.00	5.00	มาก
ทักษะการสื่อสาร	4.19	4.20	0.57	2.60	5.00	มาก
ทักษะการจัดการตนเอง	4.30	4.40	0.53	2.00	5.00	มาก
ทักษะการตัดสินใจ	4.30	4.20	0.55	2.00	5.00	มาก
การรู้เท่าทันสื่อ	4.21	4.20	0.61	1.80	5.00	มาก
การเลี้ยงดู (Nurturing care)						
การดูแลให้มีสุขภาพดี	4.19	4.17	0.56	2.50	5.00	มาก
การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ	4.19	4.17	0.58	2.17	5.00	มาก
การดูแลที่ตอบสนองกับเด็ก	4.25	4.17	0.55	2.00	5.00	มาก
การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย	4.38	4.33	0.49	2.50	5.00	มาก
การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก	4.28	4.17	0.52	2.33	5.00	มาก
ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวม	4.26	4.23	0.51	2.33	5.00	มาก

*คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ตอนที่ 3 ผลวิเคราะห์การจัดลำดับความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

ผลวิเคราะห์การจัดลำดับความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยการคำนวณค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เพื่อระบุความต้องการจำเป็น (Needs identification) โดยใช้สูตร $PNI_{modified} = (I-D)/D$ โดยกำหนดคะแนนความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่ควรจะเป็น (Importance: I) เท่ากับ 5 เท่ากันทุกองค์ประกอบ ผลการประเมินความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลโดยภาพรวมมีความจำเป็นทุกรายการ โดยมีค่าความต้องการจำเป็น ($PNI_{modified}$) อยู่ระหว่าง 0.14-0.19 เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นแต่ละมิติพบว่า

มิติความรู้ด้านสุขภาพ ด้านที่มีค่า $PNI_{modified}$ สูงที่สุดและมีความสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาหรือส่งเสริมให้มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลลำดับแรก คือ ในด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($PNI_{modified} = 0.19$) รองลงมา ได้แก่ ด้านทักษะการจัดการตนเอง



A Needs Assessment for Literacy in Early Childhood Health Care
of Child Caregivers in Child Development Centers
การประเมินความต้องการจำเป็นด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย
ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

และด้านทักษะการตัดสินใจ ($PNI_{modified} = 0.16$) ส่วนด้านที่มีค่า $PNI_{modified}$ ต่ำที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($PNI_{modified} = 0.15$) มิติการเลี้ยงดู ด้านที่มีค่า $PNI_{modified}$ สูงที่สุดและมีความสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาหรือส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแลลำดับแรก คือ ด้านการดูแลให้มีสุขภาพดี และด้านการดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ ($PNI_{modified} = 0.19$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการดูแลที่ตอบสนองกับเด็ก ($PNI_{modified} = 0.18$) และด้านการให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ($PNI_{modified} = 0.17$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่า $PNI_{modified}$ ต่ำที่สุด คือ ด้านการดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย ($PNI_{modified} = 0.14$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลวิเคราะห์การจัดลำดับความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

ตัวแปร	D	I	$PNI_{modified}$	ลำดับ ความสำคัญ
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)				
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	4.35	5	0.15	5
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	4.20	5	0.19	1
ทักษะการสื่อสาร	4.19	5	0.19	1
ทักษะการจัดการตนเอง	4.30	5	0.16	4
ทักษะการตัดสินใจ	4.30	5	0.16	4
การรู้เท่าทันสื่อ	4.21	5	0.19	1
การเลี้ยงดู (Nurturing care)				
การดูแลให้มีสุขภาพดี	4.19	5	0.19	1
การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ	4.19	5	0.19	1
การดูแลที่ตอบสนองกับเด็ก	4.25	5	0.18	2
การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย	4.38	5	0.14	6
การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก	4.28	5	0.17	3

การอภิปรายผล

1. สภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมาก สามารถอภิปรายในแต่ละมิติได้ดังนี้

1.1 สภาพที่เป็นจริงในมิติความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 50 สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป อีกทั้งผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 80 ได้ผ่านประสบการณ์ในการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานกับผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลที่มีวุฒิการศึกษาสูง มีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล การสืบค้นข้อมูล รู้เท่าทันสื่อได้มากกว่าผู้ที่มีวุฒิการศึกษาต่ำ ทำให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลได้ดี ร่วมกับเคยมีประสบการณ์ในการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานกับผู้ดูแลเด็ก ทำให้มีการพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กเพิ่มมากขึ้น (Protheroe et al., 2017; Yuen et al., 2018) นอกจากนี้ในปัจจุบันได้มีสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ทันสมัยมากขึ้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสมาร์ตโฟนหรืออินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีความทันสมัย



(Wongchaiudom-choke & Jaruchainiwat, 2018) จึงทำให้สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทร์พิชชา ครุทวงคะ และคณะ (Kruthangka et al., 2022) ที่พบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก

1.2 สภาพที่เป็นจริงในมิติการเลี้ยงดู พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความสามารถในการเลี้ยงดูอยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก อีกทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังมีมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลเด็กปฐมวัยที่ชัดเจน จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา มาฆะสวัสดิ์ และ กฤติญาดา เกื้อวงศ์ (Makassawas & Kuewong, 2021) ที่พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ดูแลในแต่ละด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

2. การจัดลำดับความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ด้านที่ผู้ดูแลมีความต้องการจำเป็นควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพก่อนด้านอื่น ๆ ทั้งในมิติความรู้ด้านสุขภาพ และมิติการเลี้ยงดู สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 มิติความรู้ด้านสุขภาพ มีความต้องการจำเป็นที่ควรได้รับการส่งเสริมก่อนด้านอื่น ๆ มี 3 ด้าน คือ

1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ในการทำความเข้าใจสาระความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในการดูแลเด็ก สามารถอธิบายและเข้าใจประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลให้ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า องค์ความรู้หรือข้อมูลที่เป็นแนวทางการดูแลทางด้านสุขภาพในปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งข้อมูลบางส่วนยังมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือวิธีการดูแลสุขภาพที่แตกต่างไปจากเดิม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้หรือข้อมูลสุขภาพอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ ผลสวัสดิ์ (Ponsawat, 2019) ที่กล่าวว่า ในยุคปัจจุบันการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นสิ่งเกิดมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ความรู้มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้ทุกคนในสังคมได้เกิดการพัฒนาตนเอง และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการดูแลสุขภาพหรือการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2) ด้านทักษะการสื่อสาร ในการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมทั้งสามารถพูดโน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าบุคคลใช้วิธีการติดต่อสื่อสารกันโดยใช้ทักษะการพูดและการฟังเพื่อที่สามารถสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในปัจจุบันมีการสื่อสารทั้งการพูด การฟัง การอ่าน และการเขียน อีกทั้งยังมีเรื่องของเทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้องในระบบการสื่อสาร ทำให้การสื่อสารมีความสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ซึ่งอาจมีความเสี่ยงเกิดผลกระทบทางลบต่อผู้ที่สื่อสารได้ง่ายมากขึ้น ดังนั้นทักษะการสื่อสารจึงเป็นทักษะที่ต้องมีการส่งเสริมหรือพัฒนาให้สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องสามารถสื่อสารได้ทั้งการพูด อ่าน เขียนข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลเพื่อให้มีสุขภาพดี (Manganello, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บัณฑิตา จารุมมา และ พะยอม ก้อนในเมือง (Jaruma & Konnamuang, 2020) ที่ว่าการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่สั้นโดยไม่ได้ขยายความให้ชัดเจนร่วมกับการนำเสนอของสื่อในปัจจุบันที่ขยายวงกว้างและรวดเร็ว อาจส่งผลกระทบต่อความสับสนที่ผิดพลาดและอาจเกิดความขัดแย้งได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ทุกคนควรมีการฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสาร และช่วยลดปัญหาความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้

3) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อ



นำเสนอ สามารถเลือกรับสื่อเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น และสามารถประเมินข้อมูลสื่อเพื่อให้คำแนะนำกับบุคคลอื่น ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในสื่อสังคมออนไลน์ปัจจุบันทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น ซึ่งมีทั้งสื่อที่เผยแพร่ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและไม่น่าเชื่อถือ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องรู้เท่าทันสื่อ พิจารณาไตร่ตรองและวิเคราะห์องค์ความรู้หรือข้อมูลเหล่านั้นว่าสื่อประเภทใด แบบใดที่มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษาและประยุกต์ความรู้หรือข้อมูลสุขภาพเหล่านั้นมาใช้ในการดูแลเด็กได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แมงกานัลโล (Manganello, 2008) ที่ว่า บุคคลที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นจะต้องมีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ และนอกจากนี้ วัชรพร เชยสุวรรณ (Choeisuwana, 2017) ยังกล่าวอีกว่า สื่อในปัจจุบันที่ให้ความรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพมีหลากหลาย ทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อสาธารณะ ผู้ที่นำข้อมูลสุขภาพมาใช้นี้จะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพสื่อและเปรียบเทียบสื่อจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นมาประกอบการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล โดยแหล่งที่มาของข้อมูลจะต้องมีการระบุหน่วยงานที่เผยแพร่ให้ชัดเจนและเชื่อถือได้

2.2 มิติการเลี้ยงดู มีความต้องการจำเป็นที่ควรได้รับการส่งเสริมก่อนด้านอื่น ๆ มี 2 ด้าน คือ

1) ด้านการดูแลให้มีสุขภาพดี ไม่ว่าจะเป็นการดูแลช่วยเหลือเด็กในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น แปรงฟัน นอน ติดตามการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามช่วงอายุ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และมีวิธีการจัดการกับเด็ก เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลจะต้องมีการดูแลสุขภาพเด็กให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย อีกทั้งการดูแลของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังเน้นในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเป็นส่วนใหญ่ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดีครบทุกมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ เชี่ยววัฒนา และ สุปรีดา มณีปนต์ (Chewwattana & Manipantee, 2016) ที่กล่าวว่า มาตรฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะต้องมีการส่งเสริมผู้ดูแลในส่วนของ การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้านร่างกาย รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้สะอาดและปลอดภัยอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์ได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้ดูแลจะต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลาเช่นกัน

2) ด้านการดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ ในการติดตามให้เด็กได้รับสารอาหารที่จำเป็นครบ 5 หมู่ตามหลักโภชนาการ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกมื้อที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแล สังเกตการเลือกรับประทานอาหารของเด็กและมีวิธีการดูแลเด็กที่ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าเด็กแต่ละคนนั้นมีพื้นฐานการได้รับโภชนาการหรือรูปแบบการเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน ทำให้การดูแลเด็กทุกคนภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความหลากหลายและเด็กทุกคนควรได้รับการดูแลให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาและสร้างเสริมทั้งทางด้านกายวิภาคและ พัฒนาการ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญหากเด็กได้รับโภชนาการในปริมาณที่มากหรือน้อยเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อ การเกิดโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศักดิ์ ปิ่นทอง, ภัทรภร เจริญบุตร, และ นพรัตน์ ส่งเสริม (Pinthong, Charoenbut, & Songserm, 2020) ที่กล่าวว่า หากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องของการดูแลโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัย และมีพฤติกรรมในการส่งเสริมโภชนาการเด็กที่มากขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ผู้ดูแลจะต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็ก

จากผลการศึกษาผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เด็กปฐมวัยใน



ปัจจุบันยังคงมีปัญหาสุขภาพอยู่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมหรือพัฒนาผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้สามารถดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ อันส่งผลดีต่อสุขภาพและช่วยลดปัญหาสุขภาพของเด็ก ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานแล้ว เด็กปฐมวัยยังมีความเสี่ยงอยู่ อาจต้องพิจารณาตามสภาพที่เป็นจริงของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็ก เช่น บิดามารดา ปู่ย่าตายาย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้รอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการดูแลให้มีสุขภาพดี และด้านการดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอมากที่สุด ดังนั้นเมื่อมีการจัดอบรมหรือพัฒนาหลักสูตรเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ผู้ที่เกี่ยวข้องควรเน้นในเรื่องของการจัดกิจกรรมหรือเสริมทักษะให้กับผู้ดูแลในด้านดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาผู้ดูแลให้มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารวบรวมข้อมูลแบบผสมวิธี (Mixed method research) โดยการนำรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามาร่วมใช้ในการศึกษาเพื่อศึกษาถึงสาเหตุที่แท้จริงเชิงลึกของผู้ดูแลว่ามีความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความรู้รอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง หรือสามารถทำวิจัยการประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ์ (complete needs assessment research) เพื่อให้ได้ปัจจัยเชิงสาเหตุและกลยุทธ์ในการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมมากที่สุด และตรงตามความต้องการของผู้ดูแลมากที่สุด

References

- Bootsri, S., & Charakamud, P. (2022). Development of training course to construct mastery of 4D of childhood teacher to promote child health for proper growth and development under the Social Development Department, Bangkok. *Academic Journal of Community Public Health*, 8(2), 144-156. (in Thai)
- Chewwattana, W., & Manipantee, S. (2016). Early childhood caring in the child care centers in the hospitals of Bangkok metropolitan administration. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2), 51-68. (in Thai)
- Choeisuwan, V. (2017). Health literacy: Concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-197. (in Thai)
- Department of Health. (2020). *Department of health annual report 2020*. Bangkok: Aksorn Graphic and design. (in Thai)
- Department of Local Administration. (2016). *The standard of child development centers of Department of Local Administration fiscal year 2016*. Bangkok: Author. (in Thai)
- Jaruma, B., & Konnamuang, P. (2020). Methods for developing effective communication. *Journal of MCU Humanities Review*, 6(1), 413-428. (in Thai)



- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kruthangka, P., Traiwichitkhun, D., & Wongwanich, S. (2022). Developing measurement of an instrument for caregivers' child healthcare literacy. *Journal of the Police Nurses*, 14(1), 24-36. (in Thai)
- Lawrence, P. R., Feinberg, I., & Spratling, R. (2021). The relationship of parental health literacy to health outcomes of children with medical complexity. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 65-70. doi: 10.1016/j.pedn.2021.02.014
- Makassawas, R., & Kuewong, G. (2021). A confirmation factor analysis of nurturing care style for child caregivers in child development centers. *Nursing Journal*, 48(4), 174-186. (in Thai)
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847. doi: 10.1093/her/cym069
- Morrison, A. K., Glick, A., & Yin, H. S. (2019). Health literacy: Implications for child health. *Pediatrics in Review*, 40(6), 263-277. doi: 10.1542/pir.2018-0027
- Myers, L., & Murray, R. K. (2019). Overcoming health literacy barriers to improve asthma inhaler therapy adherence. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(2), 182-186. doi: 10.1513/AnnalsATS.201805-338PS
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Pinthong, T., Charoenbut, P., & Songserm, N. (2020). The effect of a food and nutrition management program for preschool children at child development center in Tumbol Rai Noi, Ubon Ratchathani Province. *UBRU Journal for Public Health Research, Ubon Ratchathani Rajabhat University*, 9(2), 137-147. (in Thai)
- Ponsawat, R. (2019). Lifelong learning for promoting health literacy among the elderly in Thai society. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 20(3), 54-61. (in Thai)
- Prayoonmahisorn, S., Unahalekhaka, A., & Chitreecheur, J. (2013). Development of self learning package for infection prevention among child care providers in child development center. *Nursing Journal*, 40(4), 34-44. (in Thai)
- Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Estacio, E. V., Clark, L., & Kurth, J. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: A cross-sectional survey. *Health Expectations*, 20(1), 112-119. doi: 10.1111/hex.12440
- Public Sector Audit and Evaluation Commission (PAEC). (2019). *Early childhood development report*. Retrieved from https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=10104 (in Thai)
- Royal Thai Government Gazette. (2018). National strategy (2018-2037). *Royal Thai Government Gazette*, 135, 8. (in Thai)
-



- Sanders, D., Nandi, S., Labonte, R., Vance, C., & Damme, W. V. (2019). From primary health care to universal health coverage-one step forward and two steps back. *The Lancet*, 394(10199), 619-621. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31831-8
- The Royal College of Pediatricians of Thailand. (2017). *Handbook for parents to child care and development kindergarten 3-6 years old*. Bangkok: Author. (in Thai)
- Wongchaiudomchoke, A., & Jaruchainiwat, P. (2018). Parents' roles in using technology and interactive media with preschoolers under the Bangkok primary educational service area in Klong-Toei District. *An Online Journal of Education*, 13(1), 245-259.
- Wongwanich, S. (2015). *Needs assessment research* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*. Geneva: Author.
- World Health Organization, United Nations Children's Fund & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization.
- Yuen, E. Y., Knight, T., Dodson, S., Chirgwin, J., Busija, L., Ricciardelli, L. A., ... Livingston, P. M. (2018). Measuring cancer caregiver health literacy: Validation of the health literacy of care givers scale-cancer (HLCS-C) in an Australian population. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), 330-344. doi: 10.1111/hsc.12524



Relationships Among Knowledge, Self-efficacy, and Maternal Practice

for Promoting Language Development of Toddlers*

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติของมารดา

เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน*

อมรรัตน์ เขียวเปี่ยม**

Amornrat

Keawpiam**

พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น***

Pimpaporn

Klunklin***

อัจฉราพร ศรีภูษณาพรณ****

Acharaporn

Sripusanapan****

Abstract

Toddlers are at the stage of rapid language development; hence they have a higher risk of developmental problems than at other stages. Proper maternal practice for promoting language development is very important to establish normal development for a toddler. This research aimed to study maternal knowledge, maternal self-efficacy, and maternal practice for promoting toddlers' language development, and the correlation between maternal knowledge, maternal self-efficacy, and maternal practice for promoting toddlers' language development. The sample of this study included 194 mothers of toddlers aged 2-3 years old in child development centers in Uthai Thani province. The study instruments were comprised of the following: 1) the maternal knowledge for promoting language development questionnaire; 2) the maternal self-efficacy for promoting language development questionnaire; and 3) the maternal practice for promoting toddlers' language development questionnaire. All questionnaires were tested for content validity index (CVI), which was 1, and the reliability tests were 0.93, 0.95, and 0.92, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of this study revealed that the majority of the sample (90.72%) had a score for maternal knowledge for promoting language development of toddlers at a high level ($\bar{X} = 9.83$, $SD = 1.49$, $Range = 6-11$). Almost half of the sample (49.00%) had a score for maternal self-efficacy for promoting language development of toddlers at a high level, and a moderate level, equally ($\bar{X} = 41.17$, $SD = 6.25$, $Range = 24-56$). Approximately half of the sample (52.60%) had a score for maternal practice for promoting language development of toddlers at a low level ($\bar{X} = 51.72$, $SD = 9.25$, $Range = 32-78$). There was no correlation between maternal knowledge and maternal practice for promoting language development of toddlers. Maternal self-efficacy was significantly positively related to maternal practice for promoting language development of toddlers at a moderate level ($r_s = .434$, $p < .01$).

The findings of this study can be used as baseline data for promotion of maternal practice in promoting language development of toddlers by focusing on promoting the self-efficacy of mothers to encourage children to develop their language development at full capacity and suitable for their age.

Keywords: Knowledge; Self-efficacy; Practice; Promoting language development

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

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: amornrat.kp29@gmail.com

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

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

Received 30 August 2019; Revised 1 November 2019; Accepted 2 December 2019



บทคัดย่อ

เด็กวัยหัดเดินเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านภาษาอย่างรวดเร็ว ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพัฒนาการได้มากกว่าเด็กวัยอื่น การปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดินที่ถูกต้องเหมาะสมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการของเด็กวัยหัดเดิน การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน กลุ่มตัวอย่างคือมารดาของเด็กวัยหัดเดินที่มีอายุ 2-3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 194 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้ของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน 2) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน และ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถาม ทั้ง 3 ฉบับ ได้เท่ากับ 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ ได้เท่ากับ 0.93, 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยสถิติ Spearman rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า มารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.72 มีคะแนนความรู้ ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดินอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 9.83$, $SD = 1.49$ Range = 6-11) มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดินอยู่ในระดับสูงและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.00 เท่า ๆ กัน ($\bar{X} = 41.17$, $SD = 6.25$ Range = 24-56) มารดาร้อยละ 52.60 มีคะแนนการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 51.72$, $SD = 9.25$ Range = 32-78) ความรู้ของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดินไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน ($p > .05$) สำหรับสมรรถนะแห่งตนของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดินในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .434$, $p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการปฏิบัติของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน โดยเน้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของมารดา เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทางภาษาเพิ่มมากขึ้นอย่างเต็มศักยภาพและเหมาะสมกับวัย

คำสำคัญ: ความรู้ สมรรถนะแห่งตน การปฏิบัติ การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: amornrat.kp29@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยหัดเดิน (toddlers) หมายถึงเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 1-3 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญต่อเนื่องจากวัยทารกเพราะเป็นช่วงที่สมองของเด็กมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วต่อจากวัยทารก (Hockenberry & Wilson, 2009) วัยหัดเดินเป็นช่วงวัยที่พัฒนาการมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นวัยที่มีการแสดงออกถึงการสื่อสาร การกระทำและการสื่อความหมาย เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจพัฒนาการด้านภาษาและสื่อความหมาย จำเป็นต้องใช้ความสัมพันธ์ของการมองเห็น การได้ยิน การแปลความหมายที่สมองและแสดงออกโดยการพูดออกมา ดังนั้นภาษาจึงเป็นรากฐานแสดงความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กในอนาคต (Rungphiwat & Chitawet, 2004)

อุบัติการณ์ของพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าที่พบทั่วโลกในเด็กวัยหัดเดินถึงวัยก่อนเรียนสูงถึงประมาณร้อยละ 15 (Preston et al., 2010) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบเด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าในเด็กอายุ 2-3 ปี ร้อยละ 2.3-19 (McLaughlin, 2011) ในประเทศไทยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขสำรวจเด็กอายุ 1-3 ปี และ 4-5 ปี มีพัฒนาการทุกด้านสมวัยเพียงร้อยละ 70.3 และมีเด็กไม่ผ่านข้อทดสอบพัฒนาการด้านภาษามากกว่าร้อยละ 20 (Department of Health, 2013) จากการสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ 1-5 ปีของศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัยในปี พ.ศ. 2557 โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II ในการเก็บข้อมูลพบว่าเด็กมีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติเพียงร้อยละ 72.5 และพัฒนาการที่เด็กไม่ผ่านข้อทดสอบมากที่สุดคือพัฒนาการด้านภาษาถึงร้อยละ 23.7 (Health Center 3 Chonburi Department of Health, Ministry of Public Health, 2014) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (สุขภาพเด็ก) พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี มีปัญหาพัฒนาการสงสัยว่าล่าช้าถึงร้อยละ 23.1 ดังนั้นพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ยังเป็นปัญหาที่สำคัญต่อเด็ก วัยหัดเดินของเด็กไทยในปัจจุบัน

พัฒนาการด้านภาษาล่าช้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กวัยหัดเดิน ส่วนใหญ่จะพบปัญหาเด็กพูดช้ากว่าวัย คือเมื่อถึงช่วงอายุที่พูดแล้วเด็กไม่สามารถพูดได้ตามพัฒนาการของช่วงวัยนั้น ๆ จากการศึกษาพบเด็กที่มีภาวะพูดช้ากว่าวัยถึงร้อยละ 67.2 โดยพบมากที่สุดคือช่วงวัยหัดเดิน (Phanomrungs, 2011) ในต่างประเทศพบเด็กพูดช้า พูดคำศัพท์ได้น้อย พูดสื่อสารไม่ได้ และพูดเป็นคำ ๆ ขาดการเชื่อมคำ มีความสามารถในการอ่านช้า (Hawa & Spandoudis, 2014) ซึ่งถ้าพบปัญหาพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าในเด็กวัยหัดเดินดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งผลกระทบของเด็กวัยหัดเดินที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า พบว่าส่วนใหญ่จะพบปัญหาเด็กพูดช้ากว่าวัย คือเมื่อถึงช่วงอายุที่พูดแล้วเด็กไม่สามารถพูดได้ตามพัฒนาการของช่วงวัยนั้น ๆ จากการศึกษาของประเทศในยุโรป พบว่าหากมีพัฒนาการด้านภาษาที่ล่าช้าต่อเนื่องในระยะยาว จะส่งผลให้มีปัญหาต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน (Prior, Bavin, & Ong, 2011) เด็กพูดแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ มีภาษาเป็นของตนเอง เด็กมีปัญหาการสื่อสารกับเพื่อน (Desmarais, Sylvestre, Meyer, Bairati, & Rouleau, 2010) ซึ่งพัฒนาการด้านภาษาล่าช้านี้สามารถป้องกันและลดผลกระทบได้

การป้องกันพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าและการลดผลกระทบคือ การส่งเสริมพัฒนาการและการเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการด้านภาษา และการพาเด็กไปรับการประเมินพัฒนาการด้านภาษา ซึ่งสามารถทำได้ตั้งแต่แรกเกิด การติดตามและการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาที่มารดาสามารถทำได้เองคือ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ที่มีการพัฒนาให้เหมาะสมกับพัฒนาการเด็กไทยและมีการประกาศใช้ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 (Ministry of Public Health, 2015)

การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดินสามารถทำได้โดยมารดา ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทและอยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ในกลุ่มเด็กวัยหัดเดินนั้นพบว่าส่วนใหญ่มารดามีความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งส่งผลดีต่อพัฒนาการด้านอื่น ๆ และพฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็กเมื่อโตขึ้น (Booth & Kelly, 2002) จากการศึกษาพบว่า



มารดามีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยเฉพาะในช่วงปฐมวัย (Kaikew, 2002) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดาเป็นผู้ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กวัยหัดเดินร้อยละ 64 (Jintanont, 2004) ซึ่งการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมของมารดาในการช่วยเหลือสนับสนุนหรือกระตุ้น แนะนำให้เด็กวัยหัดเดินมีทักษะด้านความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา สามารถพูดและสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคมได้ดีขึ้น (Willson, 2009) การปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา จึงมีความสำคัญต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน หากมารดาปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลดีต่อพัฒนาการเด็กวัยหัดเดิน ทั้งนี้การปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดินนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีกหลายประการ นอกจากนี้ความรู้และสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลและมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งอาจจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดินด้วย

ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา หมายถึง ความเข้าใจหรือการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง การได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน ทั้งด้านความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา (Willson, 2009) เป็นสิ่งสำคัญการแสดงออกถึงความคิดและสติปัญญาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่วัยทารกถึงวัยหัดเดิน มักมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ (Huang, Obriencaughy, Genevro, & Miller, 2005) นอกจากปัจจัยด้านความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดินแล้ว ยังพบว่าปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตน อาจมีผลต่อการปฏิบัติของบุคคลด้วย ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่าสมรรถนะแห่งตน มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ดังการศึกษาที่พบว่าสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, p < .001$) (Manowong, 2007) และการศึกษาของ โคลแมน และคณะ (Coleman et al., 2002) พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของมารดาและผู้ดูแล ($r = .21, p < 0.05$) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสมรรถนะแห่งตนนั้น อาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดินด้วย

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดินในมารดาพบว่า คะแนนการส่งเสริมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 66.7 พบคะแนนการส่งเสริมด้านการใช้ภาษามากกว่าความเข้าใจภาษา (Jintanont, 2004) และงานที่ศึกษาผ่านมานานกว่า 10 ปีและจากการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) และเผยแพร่ให้บิดามารดาผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ใช้ประเมินและส่งเสริมตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 นั้น พัฒนาการด้านภาษาก็มีแนวทางการส่งเสริมที่ชัดเจนที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลการใช้ และยังไม่ได้มีการติดตาม การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดินตามคู่มือนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้และสมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดินด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน



2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน โดยใช้กรอบแนวคิด ตามแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) การที่มารดาจะมีการปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษามากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน โดยเมื่อมารดามีความรู้ก็อาจจะมีการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและความรู้อาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน ปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตนของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน ตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) หากมารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ดี และยังคงปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป โดยสมรรถนะแห่งตนอาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน ดังนั้นจะส่งผลให้มารดามีการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเพิ่มมากขึ้นด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ สมรรถนะแห่งตน กับ การปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาของเด็กวัยหัดเดินที่มีอายุ 2-3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของเด็กวัยหัดเดินที่มีอายุ 2-3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดอุทัยธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster sampling) การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) โดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.20 และกำหนดค่าการทดสอบเท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) เท่ากับ 0.05 ซึ่งเปิดตารางสำเร็จรูป sample size and power as a function of the population correlation coefficient for alpha 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 ราย แบ่งสัดส่วนตามขนาดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ได้กลุ่มตัวอย่าง 99 ราย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดกลางได้กลุ่มตัวอย่าง 78 ราย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดเล็กได้กลุ่มตัวอย่าง 17 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

มารดาผู้ดูแลหลัก

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. มีสัญชาติไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เด็ก

1. ไม่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น ดาวน์ซินโดรม สมอ่งพิการหรือปากแหว่งเพดานโหว่



2. ไม่มีปัญหาการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็กวัยหัดเดิน 1) ข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการดูแลเด็กก่อนการเลี้ยงดูบุตรคนนี้ ระยะเวลาที่ได้ดูแลเด็ก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพัฒนาการด้านภาษาเด็ก วัยหัดเดิน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน 2) ข้อมูลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักแรกเกิด ประวัติการเกิด ลำดับการเกิด และสภาวะสุขภาพปัญหาความเจ็บป่วยปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามกำหนดลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมี 2 คำตอบ การให้คะแนนคือถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 11 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนมากำหนดระดับคะแนนแบบอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (Srisaditnarung, 2010) ความรู้อยู่ในระดับสูง (8-11 คะแนน) ระดับปานกลาง (4-7 คะแนน) ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็ก วัยหัดเดิน ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ กำหนดลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ มั่นใจน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน มั่นใจน้อยเท่ากับ 2 คะแนน มั่นใจมากเท่ากับ 3 คะแนน มั่นใจมากที่สุดเท่ากับ 4 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมคือ 56 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนมากำหนดระดับคะแนนแบบอันตรภาคชั้น 3 ระดับ คือ สมรรถนะแห่งตนของมารดาระดับสูง (42-56 คะแนน) ระดับปานกลาง (28-41 คะแนน) ระดับต่ำ (14-27 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามกรอบแนวคิดของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ไม่เคยปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเกือบบ่อยครั้งเท่ากับ 3 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้งเท่ากับ 4 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมคือ 104 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนมากำหนดระดับคะแนนแบบอันตรภาคชั้น 3 ระดับ การปฏิบัติของมารดาอยู่ในระดับระดับสูง (78-104 คะแนน) ระดับปานกลาง (52-77 คะแนน) ระดับต่ำ (26-51 คะแนน)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 ทั้ง 3 ชุด การหาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามความรู้ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach' s alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 แบบสอบถามการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาความคงที่โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test- retest) โดยวัดซ้ำระยะห่างกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อองค์การบริหารส่วนตำบล หลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าศูนย์พัฒนา



เด็กเล็กทั้ง 3 แห่ง และประชาสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจัดสถานที่ในช่วงเวลาที่มารดาได้รับเด็กหลังเลิกเรียน ทำการแนะนำตัวผู้วิจัย ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่อบุตรแต่อย่างใด และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ขอให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตต่อ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ศึกษา หลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 3 แห่ง และประชาสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจัดสถานที่ในช่วงเวลาที่มารดาได้รับเด็กหลังเลิกเรียน ทำการแนะนำตัวผู้วิจัย ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบลักษณะการวิจัยเป็นการตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทันที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเมื่อพบข้อมูลไม่ครบถ้วน ได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมข้อมูลจนครบถ้วน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วย การแจกแจงความถี่ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน ซึ่งจากการกระจายของข้อมูลทุกชุด โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Simonov test (K-S) พบว่าคะแนนความรู้ สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน ไม่มีการกระจายแบบปกติ จึงเลือกใช้การวิเคราะห์หาค่า Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของมารดา กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-47 ปี อายุเฉลี่ย 29.90 ปี ในจำนวนนี้มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 54.12 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 39.17 และระดับอนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรร้อยละ 20.10 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 55.15 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 39.69 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.54

เด็กวัยหัดเดินมีอัตราส่วนเป็นชายและหญิง 1: 1 อายุอยู่ในช่วง 24-36 เดือน อายุเฉลี่ย 31.70 เดือน มี ช่วงอายุ 31-36 เดือนคิดเป็นร้อยละ 63.92 น้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 1,750-4,900 กรัม น้ำหนักเฉลี่ย 3,079.10 กรัม ส่วนใหญ่มี น้ำหนักแรกเกิด 2,501-3,000 กรัมคิดเป็นร้อยละ 38.14 เกิดเมื่อครรภ์ครบกำหนดร้อยละ 86.08 เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 51.55 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 98.45

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน (n = 194)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	176	90.72
ปานกลาง	18	9.28



จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 90.72 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.28

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสมรรถนะแห่งตนของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน (n = 194)

ระดับสมรรถนะแห่งตน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	95	49.00
ปานกลาง	95	49.00
ต่ำ	4	2.00

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.00 เท่ากัน มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน (n = 194)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	4	2.00
ปานกลาง	88	45.40
ต่ำ	102	52.60

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในระดับสูงร้อยละ 2.00 ระดับปานกลางร้อยละ 45.40 ระดับต่ำร้อยละ 52.60

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน

ตัวแปร	ระดับความสัมพันธ์(r_s)	P value
ความรู้กับการปฏิบัติ	-0.16	.822
สมรรถนะแห่งตนกับ		.000
การปฏิบัติ	.434*	

หมายเหตุ * $p < .01$

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .434$, $p < .01$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาโดยรวมพบว่า ความรู้ของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดินอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.72 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.28 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามารดาส่วนใหญ่มีความรู้เพื่อการส่งเสริม



พัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดินระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้มารดามากกว่าร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความรู้เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูง (Alkhazrajy & Aldeen, 2017) อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลกับความรู้ของมารดาเนื่องจาก เป็นการบ่งบอกถึงการมีวุฒิภาวะในการจัดการความรู้ (Fulop & Chater, 2013) การที่มารดามีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่จะทำให้มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กได้มากกว่ามารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น (Reich, 2005) กลุ่มตัวอย่างมารดาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 29.90 ปี จึงส่งผลให้คะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 90.72 และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ถือเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 99.48 เคยได้รับข้อมูลในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา จากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 27.27 และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้มารดามีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กมากขึ้นด้วย (Alkhazrajy & Aldeen, 2017)

สมรรถนะแห่งตนของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา มารดามีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดิน เท่ากับ 41.17 จากคะแนนเต็ม 56 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.25 และพิสัยเท่ากับ 24-56 โดยมารดามีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงและ ระดับปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 49.00 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การที่มารดามีสมรรถนะแห่งตนเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา แสดงว่ามารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจึงทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กวัยหัดเดิน ดังที่แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินระดับความสามารถของตนเอง เพื่อกะทำสิ่งที่มุ่งหวังให้สำเร็จและสมรรถนะแห่งตนเกิดจากประสบการณ์ครั้งก่อนและการได้รับข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ โดยพบว่ามารดาได้รับข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษามาก่อน ร้อยละ 99.48 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารมาจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 27.27 และการมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมาก่อนและ ร้อยละ 55.15 อีกทั้งอาจได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM) จากที่โรงพยาบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่แจกทั่วประเทศ จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นสนับสนุนทฤษฎีของแบนดูรา ที่ว่าการมีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมของบุคคลจะส่งผลต่อการมีสมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมนั้น ๆ (Bandura, 1997) การที่มารดามีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กวัยหัดเดินสามารถทำได้ง่าย และมารดาได้รับข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM)

การปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน เมื่อพิจารณาผลการศึกษาโดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดามีระดับคะแนนการปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในระดับต่ำร้อยละ 52.60 มีระดับคะแนนการปฏิบัติในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.40 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ามารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.69 และอาชีพเกษตรกรร้อยละ 18.04 อาจทำให้มีเวลาในการปฏิบัติกรส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่บุตรน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก วัยหัดเดิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน ทั้งนี้สรุปได้ว่า การที่มารดามีความรู้สูงแต่ไม่ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา อาจเนื่องมาจากลักษณะการประกอบอาชีพของมารดา ที่พบว่า มารดามีอาชีพรับจ้างถึงร้อยละ 39.69 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 18.04 อาจทำให้มารดามีเวลาดูแลบุตรและส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาชาวอเมริกันและแอฟริกา ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วงวัยหัดเดินไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ($r = -.59, p < .001$) (Huang et al., 2005)

สำหรับสมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กวัยหัดเดินของมารดาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .434, p < .01$) ทั้งนี้สรุปได้ว่าจากแนวคิด



ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สูงก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ดี และจะยังคงปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป สมรรถนะแห่งตนจึงมีผลต่อการปฏิบัติหรือ การทำกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน และการที่มารดามีสมรรถนะแห่งตนอยู่ใน ระดับสูง ทำให้มารดามีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้ดีเนื่องจาก การมีประสบการณ์ความสำเร็จใน อดีตจากการดูแลบุตรคนก่อน การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำชี้แนะ จากบุคคลที่น่าเชื่อถือ จึงทำให้มารดาเชื่อมั่นว่า สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ แสดงให้เห็นว่าสมรรถนะแห่งตนนั้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สมรรถนะแห่งตนเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของมารดามีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, p < .001$) (Manowong, 2007) และการศึกษาของ โคลแมน และคณะ (Coleman et al., 2002) ที่พบว่าสมรรถนะแห่งตนมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของมารดาและผู้ดูแล ($r = .21, p < 0.05$) และยังพบ การศึกษาสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพฤติกรรมปฏิบัติดูแลของเด็อายุ 2-8 ปีของมารดา ($r = .41$) (Sanders & Woolley, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัลบารัน และ ริช (Albarran & Reich, 2014) ที่พบว่า มารดามีสมรรถนะแห่งตนสูงในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา จะทำให้เด็กมีคะแนนรวมพัฒนาการด้านภาษาสูงด้วย จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อการ ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริม พัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน อาจเนื่องมาจากมารดามีเวลาน้อยเนื่องจากลักษณะการประกอบอาชีพ และเศรษฐกิจทางครอบครัว หากมารดาได้รับการส่งเสริมและเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติเพื่อส่งเสริม พัฒนาการด้านภาษามากขึ้น ก็ย่อมส่งผลให้เด็กวัยหัดเดินได้มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามศักยภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีการ ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กวัยหัดเดินที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของมารดา
2. ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเรียนการสอน ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ของเด็กวัยหัดเดิน โดยเน้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของมารดา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้าน ภาษาของเด็กวัยหัดเดินด้านอื่น เช่น การเลี้ยงดูของบิดามารดา การใช้สื่อทางเทคโนโลยี
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการปฏิบัติของมารดาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของ เด็กวัยหัดเดิน เช่น สมรรถนะแห่งตนของมารดา

References

- Albarran, A. S., & Reich, S. M. (2014). Using baby books to increase new mothers' self-efficacy and improve toddler language development. *Infant and Child Development*, 23(4), 374-387.
- Alkhazrajy, L., & Aldeen, E. (2017). Assessment of mother's knowledge regarding the developmental milestone among children under two years in Iraq. *American Journal of Applied Sciences*, 14(9), 869-877. doi: 10.3844/ajassp.2017.869.877



- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and company.
- Booth, C. L., & Kelly, J. F. (2002). Child care effects on the development of toddlers with special needs. *Early Childhood Research Quarterly*, 17(2), 171-196.
- Coleman, P. K., Trent, A., Bryan, S., King, B., Rogers, N., & Nazir, M. (2002). Parenting behavior, mother' self-efficacy beliefs, and toddler performance on the Bayley scales of infant development. *Early Child Developmental Care*, 172(2), 123-140.
- Department of Health. (2013). *Annual Report, Department of Health, 2013. Ministry of Public Health*. Retrieved from http://www.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5309
- Desmarais, C., Sylvestre, A., Meyer, F., Bairati, I., & Rouleau, N. (2010). Three profiles of language abilities in toddlers with an expressive vocabulary delay: Variations on a theme. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53(3), 699-709. doi: 10.1044/1092-4388(2009/07-0245)
- Fulop, S., & Chater, N., (2013). Why formal learning theory matters for cognitive science. *Topics in Cognitive Science*, 5(1), 3-12. doi: 10.1111/tops.12004
- Hawa, V., & Spanoudis, G. (2014). Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 35(2), 400-407. doi: 10.1016/j.ridd.2013.10.027
- Health Center 3 Chonburi Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). *The study of factors affecting the development of Thai children in the fiscal year 2014*. Chonburi: Author.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Huang, K., Obriencaughy, M., Genevro, J., & Miller, T. (2005). Maternal knowledge of child development and quality of parenting among White, African-American and Hispanic mothers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(2), 149-170.
- Jintanont, P. (2004). *Language development of children in the first 3 years and promotion of language development of caregivers* (Unpublished master' thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Kaikaew, K. (2002). *Perception and behavior of early childhood development in rural families*. (Independent Study in Public Health program). Chiang Mai University, Thailand.
- Manowong, W. (2007). *Perceived benefits, self-efficacy and behavioral promotion of mothers' toddler development* (Unpublished master' thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- McLaughlin, M. R. (2011). Speech and language delay in children. *American Family Physician*, 83(10), 1183-1188.
- Ministry of Public Health. (2015). *Development and early childhood development guide*. (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM). Retrieved from <http://www.thaichilddevelopment.com/images/doc/Ebook1.pdf>
- Phanomrung, S. (2011). *Health care officer, Banglamung Hospital* (Pathum Thani). Retrieved from http://www.Thaipediatics.org/file_upload/files/1-2556-9.pdf



- Preston, J., Frost, S., Mencl, W., Fulbrigh, R., Landi, N., Grigorenko, E., ... Pugh, K. (2010). Early and late talkers: School-age language, literacy and neurolinguistic differences brain. *Journal of Neurology*, 133, 2185-95. doi: 10.1093/brain/awq163
- Prior, M., Bavin, E., & Ong, B. (2011). Predictors of school readiness in five to six-year-old children from an Australian longitudinal community sample. *Educational Psychology*, 31(1), 3-16.
- Reich, S. (2005). What do mothers know? maternal knowledge of child development. *Infant Mental Health Journal*, 26(2), 143-156. doi: 10.1002/imhj.20038
- Rungphiwan, R. & Chitawet, P. (2004). *Pediatrics: Guidelines for diagnosis and treatment*, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. Bangkok: Mahidol University.
- Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2004). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health & Development*, 31, 65-73.
- Srisaditnararung, B. (2010). *Research methodology in nursing science*. Bangkok: U & I International Media.
- Willson. (2009). Health promotion of the toddler and family. In M. J., Hockenberry & D. Willson (Eds.), *Wong's essentials pediatric nursing* (8th ed., pp. 415-419). Missouri: Mosby Elsevier.



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital*

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่*

นัชชารินทร์	ภูมิวรรณ**	Nutcharin	Pumiwanna**
สมบัติ	สกุลพรรณ***	Sombat	Skulphan***
หรรษา	เศรษฐบุปผา****	Hunsa	Sethabouppha****

Abstract

Alcohol dependence is a psychiatric disorder that arises from alcohol misuse. It is a major problem, nationally and globally. Most persons with alcohol dependence (PADs) relapse on alcohol after discharge from hospital and are re-admitted to the hospital. The purpose of this study was to examine the effectiveness of implementing the Klaibann Samannjai Program among PADs who were admitted to Thanyarak Chiang Mai Hospital. The participants were purposively selected and consisted of three groups: 1) ten PADs who were admitted for alcohol detoxification at Thanyarak Chiang Mai Hospital, as well as for an ongoing process of rehabilitation in the community; 2) ten relatives or caregivers of PADs; and 3) four healthcare team members who implemented the program. The instruments used in this study were 1) the Klaibann Samannjai Program; 2) the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); 3) the healthcare team Satisfaction Evaluation Form for the program implementation; 4) the PADs Satisfaction Evaluation Form; and 5) the Caregivers' Satisfaction Evaluation Form. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of this study revealed that:

1. After one month attending the Klaibann Samannjai Program, all PADs who attended the program had decreased their drinking behavior, and 40% stopped drinking.
2. All healthcare team members who implemented the Klaibann Samannjai Program were satisfied with seven dimensions: 1) benefit to PADs, 2) benefit to relatives or caregivers of PADs, 3) benefit to healthcare team members in practice, 4) benefit to integration with routine tasks, 5) convenience and ease of implementation, 6) cost effectiveness of implementation, and 7) satisfaction with program implementation as a whole.
3. All PADs participating in the Klaibann Samannjai Program were satisfied with four dimensions: 1) benefit to myself, 2) benefit to patients and their relatives or caregivers, 3) convenience for patients, and 4) satisfaction with the whole program implementation.
4. All caregivers or their relatives who attended the Klaibann Samannjai Program were satisfied with four dimensions: 1) benefit to themselves, 2) benefit to PADs whom they take care of, 3) convenience for patients and their relatives or caregivers, and 4) satisfaction with program implementation.

The results of this study indicated that all persons with alcohol dependence who received this program with their continuing care after discharge from the hospital had decreased their drinking behavior, and 40% of persons with alcohol dependence stopped drinking with none re-admitted to the hospital. Therefore, the study should evaluate the program and extend the duration of the research study in order to help persons suffering from alcohol dependence and to investigate the factors related to patients who could not stop drinking.

Keyword: The Klaibann Samannjai Program; Persons with alcohol dependence; Alcohol dependence

* 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: sombat.sk@cmu.ac.th

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

Received 9 October 2017; Revised 1 December 2017; Accepted 29 January 2018



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

บทคัดย่อ

โรคติดสุรา เป็นโรคทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้สุราที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาในระดับประเทศและระดับสากล ผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในระยะถอนพิษสุรา ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และกำลังอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน จำนวน 10 ราย 2) กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จำนวน 10 ราย และ 3) กลุ่มทีมบุคลากรสุขภาพ ผู้นำโปรแกรมไปใช้ จำนวน 4 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ 2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมของทีมบุคลากรสุขภาพ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรม และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ 1 เดือน ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงทุกรายและไม่มีการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยร้อยละ 40 สามารถหยุดดื่มได้
2. ทีมบุคลากรสุขภาพที่นำโปรแกรมไปใช้ทุกรายมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม 7 ด้าน ดังนี้ 1) โปรแกรมมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 2) มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 3) มีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน 4) มีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน 5) มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 6) มีความคุ้มค่าคุ้มทุนต่อการดำเนินงาน และ 7) มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวม
3. ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมทุกรายมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม 4 ด้าน ดังนี้ 1) โปรแกรมมีประโยชน์ต่อตนเอง 2) มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแลในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม 3) มีความสะดวกต่อการได้รับการดูแลตามโปรแกรม และ 4) มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวม
4. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมทุกรายมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม 4 ด้าน ดังนี้ 1) มีประโยชน์ต่อตนเอง 2) มีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราในความดูแล 3) มีความสะดวกต่อตนเองและผู้ที่เป็นโรคติดสุราในความดูแล และ 4) มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวม

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราทุกรายที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโปรแกรมนี้นี้มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง และร้อยละ 40 ที่สามารถหยุดดื่มได้ และทุกรายไม่กลับเข้ามาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ฉะนั้นควรมีการทบทวนเพิ่มเติมด้านการประเมินผลของโปรแกรม โดยมีการขยายระยะเวลาในการประเมินผลของโปรแกรม เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถหยุดดื่มได้

คำสำคัญ: โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรคติดสุรา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 9 ตุลาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 1 ธันวาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 29 มกราคม 2561



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดสุราเป็นโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะมีความต้องการในการดื่มสุรารอบ 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 31.5 เป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 44.2 และเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 54.8 ล้านคน พบ ผู้ดื่มสุราในรอบ 12 เดือนคิดเป็นร้อยละ 32.3 เป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 42.4 และการสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราเกิดปัญหาจากการใช้สุรามีความชุกสูงถึงร้อยละ 19.6 โดยพบปัญหาจากการใช้สุรา คิดเป็นร้อยละ 18.0 ของผู้ที่ดื่มสุราทั้งหมด โดยประชากรไทยร้อยละ 6.6 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016) จากสถิติที่กล่าวมาจะเห็นว่า ประชากรส่วนใหญ่ยังมีการดื่มสุราค่อนข้างมาก ซึ่งการดื่มสุราเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะสุขภาพ ซึ่งคนกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดดูแล เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น นอกจากสถิติดังกล่าวแล้วยังพบการศึกษาวิจัยในเรื่องของวิถีการดำเนินของโรคติดสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี และปัจจัยที่มีผลต่อวิถีการดำเนินของโรคในแต่ละรูปแบบของผู้ติดสุราในภาคเหนือ (Srikosai et al., 2015) พบว่า หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะมีการกลับมาดื่มสุราซ้ำเฉลี่ย ร้อยละ 49.52 และมีอาการของโรคติดสุราและกลับมารักษาคิดเป็นร้อยละ 51.78 ซึ่งจะเห็นว่า โรคติดสุราเป็นโรคเรื้อรังต้องรักษานาน ผู้ติดสุรามีปัญหาการกลับมารักษาโรคติดสุรายังเป็นปัญหาที่ค่อนข้างมาก

จากปัญหาของโรคติดสุรา ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงผลกระทบด้านครอบครัวและสังคมเศรษฐกิจ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาดูแลจากบุคลากรทางด้านสุขภาพทั้งอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการเข้ารับการรักษาล่วงหน้าในโรงพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวหลายแนวทาง เช่น รูปแบบของการดูแลสำหรับผู้เป็นโรคติดสุราในระบบบริการสุขภาพโดยแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุรา (ผรส.) (Kittirattanapaiboon & Jumroonsawat, 2014) ได้เสนอหรือกำหนดรูปแบบการดูแลไว้ 4 มาตรการ เป็นต้น แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยยังมีการกลับมาดื่มสุราซ้ำ และมีการกลับมารักษาล่วงหน้าในโรงพยาบาล



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ มีผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาโรคติดสุราในแต่ละปีค่อนข้างสูง จากการสำรวจสถิติการเข้ามารับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาส่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษมาแล้ว มีการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษารอคติดสุราซ้ำอีก จากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาโรคติดสุราใน ปี 2554-2558 ซึ่งผู้ป่วยนอก จำนวน 230, 253, 243, 192, และ 178 คนตามลำดับ เป็นผู้ป่วยในจำนวน 625, 704, 661, 607, และ 661 คนตามลำดับ และจากการติดตามผลของการบำบัดในระยะเวลา 1 ปีของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ผ่านการบำบัดแบบผู้ป่วยในแล้วกลับสู่ชุมชน พบว่า มีผู้ที่เลิกดื่มได้จำนวน 266 คน (คิดเป็นร้อยละ 30.16), 590 คน (คิดเป็นร้อยละ 61.65), 677 คน (คิดเป็นร้อยละ 74.89), 641 (คิดเป็นร้อยละ 80.23), 572 คน (คิดเป็นร้อยละ 68.18) ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกกลับไปดื่มสุราซ้ำและกลับเข้ามารับการรักษาด้วยโรคติดสุราจำนวน 616 คน (คิดเป็นร้อยละ 69.84), 367 คน (คิดเป็นร้อยละ 38.35), 227 คน (คิดเป็นร้อยละ 25.11), 158 คน (คิดเป็นร้อยละ 19.77), 267 คน (คิดเป็นร้อยละ 31.82) ตามลำดับ และจากการรวบรวมและค้นหาปัญหาโดยการสังเกต และการสัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคติดสุราจากแบบบันทึกการให้การปรึกษาของนักสังคมสงเคราะห์และแบบบันทึกกิจกรรมกลุ่มของพยาบาลผู้ป่วยเอื้ออาทรพบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ติดสุราแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ตนเอง 2)ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และ 3) บุคลากรทีมสุขภาพ (Thanyarak Chiang Mai Hospital, 2016) นอกจากนี้เมื่อสำรวจสถิติการติดตามผลหลังการจำหน่าย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสุราที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการติดตามครบทั้ง 4 ครั้งใน 1 ปี พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่สามารถลดหยุดดื่มได้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีผู้ที่เป็นโรคติดสุราอีกกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้และมีปัญหาทางด้านสุขภาพยังต้องการความช่วยเหลือ

ผู้วิจัยมีความสนใจแนวทางการดูแลและการป้องกันระยะยาว เพื่อลดการกลับมาดื่มสุราซ้ำและลดการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ตามแนวคิดของ สเตนและ แซนตอส (Stein & Santos, 1998) ที่พัฒนาขึ้นโดย ทรธรา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัตมีสุวิวัฒน์, ชลธิดา สิมะวงศ์, และ นพวรรณ อุปคำ (Setthabouppha, Ratsamesuwat, Simawong, & Oop-kham, 2011) เป็นการดูแลรักษาและป้องกันการกลับมาใช้สุราซ้ำ รวมถึงการเข้ารับการรักษาระงับในชุมชน ซึ่งสามารถแก้ปัญหาในหน่วยงานได้ เป็นโปรแกรมการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) โดยพิจารณาตามแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ลงสู่การปฏิบัติ ตามกรอบแนวคิดของ FAME (Pearson, Wiechula, Court, & Lockwood, 2005) พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มีรูปแบบของการบำบัดมีความเหมาะสมที่จะสามารถนำไปใช้ได้จริง มีความเหมาะสมกับสถานการณ์บริบท ปัญหาของหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่าง และที่สำคัญโปรแกรมนี้นี้ได้รับการทดสอบว่ามีประสิทธิผลจริง จากการนำไปใช้แล้วเกิดประสิทธิผลที่ดีทั้งในส่วนของสถานบริการปฐมภูมิ และในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจมาใช้ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านยาและสารเสพติดและเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger, 2003) ซึ่งมีอยู่ 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ 2) ระยะโน้มน้าว 3) ระยะตัดสินใจ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ และ 5) ระยะยืนยันผลหรือการประเมินผล หากผลการศึกษานี้ได้ผลดีก็จะนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราภายหลังได้รับโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของทีมนักวิชาการสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจ
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติ หรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราต่อโปรแกรมไกล์บ้านใจ



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจ ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เพื่อป้องกันก่อนที่ผู้ติดสุราจะกลับมาใช้สุราซ้ำและกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำตามแนวคิดของ สเตน และ แซนตอส (Stein & Santos, 1998) ที่พัฒนาขึ้นโดย ทรธธา เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2011) ประกอบไปด้วยลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการบำบัดดูแล ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้การปรึกษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านการบริการสนับสนุนประคับประคอง ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลที่อยู่อาศัย การจัดการด้านการเงิน เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุรา ผู้ดูแล มีทักษะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ และการศึกษาครั้งนี้ได้นำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่แนวคิดของ โรเจอร์ (Roger, 2003) เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถดูแลตนเองได้ ลด ละ เลิก การดื่มสุราสามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีคุณค่าในชุมชน หากการศึกษานี้พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพตามผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางกระบวนการก็จะนำไปศึกษาวิจัยเพิ่มเติมให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นที่ประจักษ์ก็จะสามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดสุราในหน่วยงานต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านทุ่งโป่ง อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล และทีมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีทั้งหมด 3 กลุ่ม ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ได้แก่

1. ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาระยะถอนพิษยาแล้วและกำลังอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ คำนวณจากการคาดการณ์จากสถิติผู้มารับบริการในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ มีผู้เป็นโรคติดสุราจำนวน 10 คน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีพฤติกรรมติดสุราแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาการติดสุรา (AUDIT) โดยมีค่าคะแนนมากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป 2) อยู่ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3) ไม่มีอาการถอนพิษยา โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะถอนพิษยา AWS โดยมีค่าคะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน 4) มีความต้องการลด ละ เลิกสุรา 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และสามารถอ่านคู่มือของโปรแกรมได้ 6) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีโรคทางกายอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้
- 2) มีอาการทางจิตที่รุนแรงจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้เช่น Severe psychotic symptoms Mania เป็นต้น

เกณฑ์การหยุดร่วมโครงการ (Discontinuation criteria)

- 1) ถอนความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (consent withdrawal)
- 2) แพทย์พิจารณาเห็นสมควรให้ออกจากโครงการวิจัย

2. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา คือ บุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้าร่วมในโปรแกรม ครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จำนวน 10 คน ตาม คุณสมบัติดังนี้



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

1) เป็นผู้ที่ย้ายอยู่ในครอบครัวเดียวกันและให้การดูแลผู้ติดสุราอย่างน้อย 6 เดือน 2) ต้องการให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ลด ละ เลิกดื่มสุรา 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และสามารถอ่านคู่มือของโปรแกรมได้ 4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ

3. ทีมบุคลากรสุขภาพ คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราจำนวน 4 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่จำนวน 2 คน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านทุ่งโป่ง 2 คน มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราอย่างน้อย 1 ปี 2) ได้รับการอบรมโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ 3) สามารถลงพื้นที่ และติดตามเยี่ยมบ้านได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม 4) ยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมตามโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมบุคลากรสุขภาพ ผู้ศึกษาได้นำมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุราของ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2013) ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้อดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

2. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ขององค์การอนามัยโลกเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับนานาชาติ แปลโดย ปิรทรรศ ศิลปกิจ และ พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ (Silapakit & Kittirattanapai-boon, 2009) ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้อดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แบบประเมินมีคำถาม 10 ข้อ จำแนกระดับการดื่มสุราเป็น 4 ระดับ ผู้ศึกษานำแบบประเมินไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านสันคะยอม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82

3. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมของทีมบุคลากรสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจของ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2013) เป็นแบบสำรวจความพึงพอใจ ตอบตามความคิดเห็น มี 2 แบบ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ด้าน ผู้ศึกษาได้นำมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุราของ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2013) ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้อดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจของ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2013) เป็นแบบประเมินความพึงพอใจ ตอบตามความคิดเห็น มี 2 แบบ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน ผู้ศึกษาได้นำมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุราของ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2013) ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้อดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ต้องนำไป



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

5. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจของ ธรรมชาติ เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2013) เป็นแบบประเมินความพึงพอใจ ตอบตามความคิดเห็น มี 2 แบบ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน ผู้ศึกษาได้นำมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุราของ ธรรมชาติ เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2013) ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้อดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา AWS (Alcohol Withdrawal Scale) ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (Kittiratanapaiboon et al., 2014) ผู้ศึกษานำแบบประเมินไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านสันคะยอม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83

2. โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจ เป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับบำบัดช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดสุรารายบุคคล ซึ่งพัฒนาโดย ธรรมชาติ เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2011) ตามแนวคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ประกอบด้วยลักษณะการทำงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ดังนี้ ด้านที่ 1) การบำบัดดูแล มี 4 องค์ประกอบ คือ การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤติ วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน และการให้การปรึกษา ด้านที่ 2) การฟื้นฟูสภาพ มี 1 องค์ประกอบ คือ การส่งเสริมสุขภาพ และด้านที่ 3) การบริการสนับสนุนระดับประคอง มี 4 องค์ประกอบ คือ การสร้างโอกาสในการทำงาน การจัดการเอกสาร การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย และการจัดการการเงิน ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้อดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแมริม เมื่อผ่านการเห็นชอบแล้ว ผู้ศึกษาได้แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้ข้อมูลในการพิทักษ์สิทธิ์ โดยอธิบายวิธีการตอบแบบประเมิน และแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้เสนอโดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาได้โดยไม่มีการบังคับและไม่มีผลเสียใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ให้ลงชื่อในใบยินยอมการให้ข้อมูล ตอบแบบสอบถามและเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ขณะเข้าร่วมการศึกษาหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษา สามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และเกิดการเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนจะได้รับการส่งต่อตามขั้นตอนเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์อย่างถูกต้อง ซึ่งในการศึกษานี้ไม่มีผู้ประสงค์จะออกจากการศึกษา และไม่มีผู้ที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับโปรแกรม การปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาก็ไม่มีผลต่อการรับบริการใด ๆ และจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษารั้งนี้ มีขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการเผยแพร่ข่าวสารของ โรเจอร์ ประกอบด้วย 5 ระยะได้แก่



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

1. ขั้นเตรียมการ (ระยะที่ 1- 3) รวบรวมข้อมูลและสถิติของผู้ที่เป็นโรคติดสุราของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ย้อนหลัง 5 ปี เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาของการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราและผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดสุราที่กลับสู่ชุมชน นำเสนอโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจเมื่อเห็นถึงความสำคัญ ส่งเสริม สนับสนุน ตัดสินใจเลือกใช้โปรแกรม และอบรมการใช้โปรแกรมโดยอาจารย์ ดร.हररषषष เศรษฐบุพผา ซึ่งเป็นผู้พัฒนาโปรแกรม

2. ขั้นดำเนินการใช้โปรแกรม (ระยะที่ 4) พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ และอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา ชี้แจงขั้นตอนกระบวนการ ระยะเวลาในการศึกษา จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม และให้ลงชื่อในใบยินยอมการให้ข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม รวมทั้งประเมินคะแนนพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา ดำเนินการจัดการตามขั้นตอนของโปรแกรม

3. ขั้นประเมินผลลัพธ์ (ระยะที่ 5) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางกระบวนการ โดยใช้แบบประเมินปัญหาจากการติ่มสุรา (AUDIT) และประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ญาติและผู้ดูแล และทีมบุคลากรสุขภาพ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ส่วน และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้เป็นโรคติดสุรา ทีมบุคลากรสุขภาพ และญาติหรือผู้ดูแล นำมาวิเคราะห์โดย การแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราของผู้เป็นโรคติดสุรา คำนวณโดยการหาค่าความถี่ของระดับพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราแต่ละระดับ เปรียบเทียบกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์ทางกระบวนการ ประกอบด้วย การประเมินความพึงพอใจทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ความพึงพอใจของทีมบุคลากรสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ของความพึงพอใจแต่ละข้อ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ทีมบุคลากรสุขภาพ และญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา พบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด 10 คน มีอายุระหว่าง 31-60 ปี ($\bar{X}$ = 46.5 ปี, SD = 10.88) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 4 คน ส่วนใหญ่เรียนจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 6 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 8 คน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 4,000 บาท จำนวน 5 คน ($\bar{X}$ = 7,700 บาท, SD = 6,856.38) โดยส่วนใหญ่ระยะเวลาของการติ่มสุรามากกว่า 10 ปี จำนวน 6 คน ($\bar{X}$ = 15 ปี, SD = 5.27)

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่า เป็นเพศหญิงทั้งหมดจำนวน 4 คน มีอายุระหว่าง 31-42 ปี ($\bar{X}$ = 36 ปี, SD = 4.54) เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน และเป็นนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน เรียนจบระดับปริญญาตรีจำนวน 3 คนและเรียนจบระดับปริญญาโทจำนวน 1 คน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราอยู่ระหว่าง 3-22 ปี ($\bar{X}$ = 12.5 ปี, SD = 7.7)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติหรือผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน อายุระหว่าง 45-70 ปี ($\bar{X}$ = 51 ปี, SD = 12.21) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 7 คน ส่วนใหญ่เรียนจบระดับชั้นประถมศึกษาจำนวน 7 คน ส่วนใหญ่แล้วประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 6 คน มีรายได้ส่วนใหญ่อยูในช่วง มากกว่า 4,000 บาท จำนวน 7 คน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 8,600 บาท ($\bar{X}$ = 8,600 บาท, SD = 4,317.41) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราต่ำกว่า 10 ปี จำนวน 7 คน ($\bar{X}$ = 13 ปี, SD = 4.83)



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราเปรียบเทียบกับก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราก่อนได้รับโปรแกรมและภายหลังการได้รับโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่ติดสุรา 1 เดือน (n = 10)

ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา	คะแนนตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา		
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน	สรุป
รายที่ 1	30 (ดื่มแบบติด)	12 (ดื่มแบบมีความเสี่ยง)	ลดลง
รายที่ 2	32 (ดื่มแบบติด)	0 (ไม่ดื่ม)	หยุดดื่ม
รายที่ 3	37 (ดื่มแบบติด)	5 (ดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย)	ลดลง
รายที่ 4	32 (ดื่มแบบติด)	0 (ไม่ดื่ม)	หยุดดื่ม
รายที่ 5	40 (ดื่มแบบติด)	0 (ไม่ดื่ม)	หยุดดื่ม
รายที่ 6	40 (ดื่มแบบติด)	10 (ดื่มแบบมีความเสี่ยง)	ลดลง
รายที่ 7	38 (ดื่มแบบติด)	14 (ดื่มแบบมีความเสี่ยง)	ลดลง
รายที่ 8	32 (ดื่มแบบติด)	0 (ไม่ดื่ม)	หยุดดื่ม
รายที่ 9	40 (ดื่มแบบติด)	12 (ดื่มแบบมีความเสี่ยง)	ลดลง
รายที่ 10	40 (ดื่มแบบติด)	15 (ดื่มแบบมีความเสี่ยง)	ลดลง

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาทุกคนมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราแบบกลุ่มดื่มแบบติด และเมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรม 1 เดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาทุกคนมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงทุกราย และในจำนวนที่ลดลงพบว่า มีผู้ที่ลดลงจนถึงระดับไม่ดื่มจำนวน 4 คน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์ทางกระบวนการ ประกอบด้วย ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มบุคลากรสุขภาพ และญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (n = 10)

ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (คน)	จำนวน(คน)
1.ความมีประโยชน์ของโปรแกรมฯต่อตนเอง	10	0
2.ความมีประโยชน์ของโปรแกรมฯต่อญาติหรือผู้ดูแล	10	0
3.ความสะดวกของท่านต่อการได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ	10	0
4.ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวม	10	0

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราทั้ง 10 คน เห็นด้วยต่อ ความมีประโยชน์ต่อตนเอง ความมีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแล สะดวกต่อการได้รับโปรแกรม และมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมโดยรวม



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของทีมบุคลากรสุขภาพที่นำโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุราไปใช้ (n = 4)

ความคิดเห็นของทีมบุคลากรสุขภาพ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (คน)	จำนวน(คน)
1.ความมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุรา	4	0
2.ความมีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา	4	0
3.ความมีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน	4	0
4.ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ	4	0
5.ความคุ้มค่าคุ้มทุนต่อการดำเนินงาน	4	0
6.ความมีประโยชน์ของโปรแกรมต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน	4	0
7.ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม	4	0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของทีมบุคลากรสุขภาพที่นำโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ พบว่า ทีมบุคลากรสุขภาพทั้ง 4 คน เห็นด้วย ต่อ ความมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา สามารถผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน มีความสะดวก ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ มีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพ ความคุ้มค่าคุ้มทุนและความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของญาติและผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (n = 10)

ความคิดเห็นของญาติและผู้ดูแล	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (คน)	จำนวน(คน)
1.ความมีประโยชน์ของโปรแกรมฯต่อตนเอง	10	0
2.ความมีประโยชน์ของโปรแกรมฯต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราในความดูแล	10	0
3.ความสะดวกของท่านต่อการได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ	10	0
4.ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวม	10	0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติและผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราทั้ง 10 คน เห็นด้วย ต่อ ความมีประโยชน์ต่อตนเอง ความมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราในความดูแล สะดวกต่อการได้รับโปรแกรม และมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมโดยรวม

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ศึกษาจากคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรารายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ และการศึกษาจากข้อคิดเห็นของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล และทีมบุคลากรสุขภาพ นำผลการศึกษามาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา ดังนี้

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรารายหลังได้รับโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 ราย มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรารายในระดับดื่มแบบติด ภายหลังการได้รับโปรแกรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคติดสุรามีคะแนน



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

พฤติกรรมการดื่มสุราลดลงทุกราย และมีผู้ป่วยจำนวน 4 คนมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับที่ไม่ดื่มสุรา ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (Setthabouppha et al., 2015) ที่ศึกษาในเรื่องของผลของโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคติดสุราในภาคใต้ พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีการเปลี่ยนแปลงระดับการดื่ม โดยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีพฤติกรรมการดื่มแบบติดทั้งหมด หลังได้รับโปรแกรม สามารถหยุดดื่มได้ ร้อยละ 29.9 ดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 3.3 ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 33.33 ดื่มแบบปลอดภัย ร้อยละ 16.7 และส่วนใหญ่อุดปริมาณการดื่มได้ ร้อยละ 96.7 และสามารถหยุดดื่มได้ คิดเป็นร้อยละ 29.9 จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา สามารถลด ละ เลิก การดื่มสุราได้ โดยโปรแกรมจะเข้าไปช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดสุราโดยการไปแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ที่ติดสุราไม่สามารถจัดการกับปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ การขาดทักษะ การขาดแหล่งให้ความช่วยเหลือและการให้คำปรึกษา ซึ่งปัญหาของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่พบได้สอดคล้องตามลักษณะของงานทั้ง 3 ด้าน 9 องค์ประกอบตามแนวคิดของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ดังนั้น เมื่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้รับการบำบัดดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องของการให้ความรู้ คำแนะนำ และการฝึกทักษะตามการบำบัดดูแล 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ร่วมกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติ ก็จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถคงพฤติกรรมลด ละ เลิก การดื่มสุราได้

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของทีมบุคลากรสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ

จากผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการ ในส่วนของความพึงพอใจของทีมบุคลากรสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ แต่ละด้าน พบว่า ทีมบุคลากรสุขภาพที่นำโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจไปใช้ ทุกคนมีความพึงพอใจต่อการ ใช้โปรแกรมในส่วนของความมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา การผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงานและทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน สะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ คำนึงค่า คำนึงต่อการดำเนินงาน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ วันวิสาข์ สุขแยง (Sukyang, 2013) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุราโรงพยาบาลป่าซาง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่า ทีมสุขภาพทุกรายมีความพึงพอใจระดับมาก โดยพบตัวอย่างความคิดเห็นของทีมบุคลากรสุขภาพ จากความคิดเห็นของทีมบุคลากรสุขภาพใน พบว่า ความพึงพอใจของทีมบุคลากรสุขภาพ เกิดจากทีมบุคลากรสุขภาพเห็นว่า โปรแกรมมีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยโปรแกรมมีการมุ่งช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาจิตเวชรุนแรง กลับเป็นซ้ำสูง เน้นการบำบัดดูแล การประคับประคอง สนับสนุน และการฟื้นฟูสภาพ มีทีมสุขภาพร่วมรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วย โดยอัตราส่วนของบุคลากรวิชาชีพต่อผู้ป่วยต่ำ (ประมาณ 1: 10) อีกทั้งมีการเน้นการให้บริการอย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งการใช้โปรแกรมยังสามารถนำไปบูรณาการ เข้าไปในงานประจำก็จะทำให้ได้งานที่เป็นประโยชน์ ทำงานเป็นระบบมากขึ้น มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน สามารถผสมผสานกับงานประจำ ทำให้รูปแบบในการบำบัดดูแลเป็นระบบมากขึ้น ทั้งนี้โปรแกรมยังง่ายต่อการนำไปใช้ เพราะมีคู่มือที่ช่วยให้ทำงานง่ายขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบเชิงรุกเป็นเรื่องที่ง่ายและสะดวกต่อผู้ปฏิบัติ

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ

จากผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการ ในส่วนของความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ ทุกคนมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจ เห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อตนเอง มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแล มีความสะดวกในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม จากข้อคิดเห็นของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรม พบว่า การได้รับการบำบัดดูแลทำให้ตนเองมีความรู้ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่จะเป็นสาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทั้งนี้การได้รับความช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาจากทีมบุคลากรสุขภาพทำให้ตนเองสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล หรือ



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล่บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

ปัญหาความคับข้องใจต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่จะทำให้กลับไปดื่มสุราได้ นอกจากนี้การให้บริการที่มีความสะดวกสบาย การได้รับความเอาใจใส่ การได้รับกำลังใจที่ดี ก็ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถลด ละ เลิก การดื่มสุราได้ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ วชิรินทร์ ศรีสมโภชน์ (Srisompod, 2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านพฤติกรรมบริการ ด้านความสะดวกของสถานที่ที่รับบริการ และการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หากผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้รับการดูแลตามปัญหาที่ตรงกับความต้องการ สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งพบประโยชน์อื่น ๆ ของโปรแกรมต่อญาติหรือผู้ดูแล ก็จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้ยังรวมไปถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมบุคลากรสุขภาพ และผู้ที่เป็นโรคติดสุรา การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การได้รับความไว้วางใจ การยอมรับ และการให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ก็อาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราให้ความร่วมมือที่ดีในการบำบัด มีทัศนคติที่ดีต่อการหยุดดื่มและส่งผลต่อการลด ละ เลิกสุราได้ (Setthabouppha et al., 2011)

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติ หรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราต่อโปรแกรมไกล่บ้านใจ

จากผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการ ในส่วนของความพึงพอใจของญาติ หรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราต่อโปรแกรมไกล่บ้านใจ จากการประเมินความพึงพอใจแต่ละด้าน พบว่า ทุกคนมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรม เห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อตนเอง มีประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราในความดูแล สะดวกในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม จากข้อคิดเห็นของญาติหรือผู้ดูแล พบว่า การได้รับการดูแลเป็นรายบุคคลต่อเนื่องระยะยาวที่บ้านตามโปรแกรมที่ประกอบไปด้วยลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ (Setthabouppha et al., 2011) จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่อยู่ในความดูแลได้รับการบำบัดดูแลที่ถูกต้อง ได้รับความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคติดสุราในความดูแล ตามโปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีความเข้าใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรามากขึ้น อีกทั้งยังสามารถจัดการกับปัญหาเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น อีกทั้งยังพบว่าความพึงพอใจยังเกี่ยวข้องกับการได้รับความเอาใจใส่ ความห่วงใยจากทีมบุคลากรสุขภาพ และการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่บ้าน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและญาติได้รับความสะดวกสบายมากกว่าการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ สมควร จุลอักษร และคณะ (Joolakson et al., 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า ญาติของผู้ที่ติดสุราที่มีความซับซ้อนมีความพึงพอใจที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการศึกษาทำให้เห็นว่า ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อโปรแกรม เกิดจากการที่ญาติหรือผู้ดูแลเห็นประโยชน์ของโปรแกรมทั้งต่อตนเองและผู้ที่เป็นโรคติดสุราในความดูแล ได้รับความสะดวกสบายในการรับบริการสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้ยังรวมไปถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีของผู้บำบัด ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแล ทั้งนี้การให้บริการในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ให้บริการที่มีความยืดหยุ่น มีการบำบัดดูแลเน้นเป็นรายกรณี สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตลอด ทีมผู้บำบัดดูแลมุ่งที่จะให้การช่วยเหลือเชิงรุก และกำกับดูแล แบบองค์รวม เป็นส่วนหนึ่งของการช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถ ลด ละ เลิกการดื่มสุราได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเสนอโปรแกรมไกล่บ้านสมานใจต่อผู้บริหาร เพื่อประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในเชิงนโยบายของโรงพยาบาล และดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราระยะยาวหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล



The Effectiveness of Implementing the Kraibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

2. ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อให้เกิดการทำงานที่เป็นรูปแบบของระบบการจัดการในการบำบัดเชิงรุกในชุมชนของหน่วยงาน และดำเนินการตามรูปแบบของระบบการจัดการในการบำบัดเชิงรุก โดยดำเนินงานและพัฒนาให้เป็นรูปแบบเชิงระบบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมไกล์บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุราในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

References

- Assanangkornchai, S., & Arunpongpaisal, S. (2014). *Alcohol use disorders and related problems: Significance and management in Thailand*. Bangkok: Songkla Sahamitpattana. (in Thai)
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2016). *National survey on drug use and health: Methodological summary and definitions*. Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/>
- Joolakson, S., Sakda, P., Laopiyasakul, R., Jantamattoogan, W., Wichaidit, K., & Taplean, P. (2011). The effectiveness of case management in complex's alcoholic at Suansaranrom hospital, Suratthani Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 25(2), 64-78. (in Thai)
- Kittiratanapaiboon, P., Asanangkornchai, S., Booncharoen, H., Noknoi, S., Sornsuwan, S., & Sunanta, V. (2004). *Workshop on alcohol service system*. The 3rd International Conference, Bangkok.
- Kittirattanapaiboon, P., & Jumroonsawat, S. (2014). *Semi-decade plan for the development of care systems for persons with alcohol dependence drinking problems: Caring patterns for persons with alcohol dependence drinking problems in various contexts in Thai society*. Bangkok: Center for Alcohol Studies. (in Thai)
- National Statistical office Thailand. (2015). *The cigarette smoking and alcoholic drinking behaviour survey 2014*. Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites/2014en/statistics-from-majo-survey> (in Thai)
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *JBI Reports*, 3(8), 207- 216.
- Roger, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.
- Setthabouppha, H., Ratsamesuwat, J., Simawong, P., & Oop-kham, N. (2011). *"KraiBann SamannJai" the healing heart around home program Manual: The manual of assertive community treatment program for persons with alcohol dependence*. Chiang Mai: Deon Dee. (in Thai)
- Setthabouppha, H., Ratsamesuwat, J., Simawong, P., Oop-kham, N., Thepprasong, S., Kittiratanapaiboon, P. (2013). *Effectiveness of the healing heart around home program: Assertive community treatment program for persons with alcohol dependence*. Chiang Mai: Deon Dee. (in Thai)



The Effectiveness of Implementing the Klaibann Samannjai Program Among Persons with Alcohol Dependence, Thanyarak Chiang Mai Hospital

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญารักษ์เชียงใหม่

- Setthabouppha, H., Ratsamesuwat, J., Simawong, P., Oop-kham, N., Thepprasong, S., & Kittiratanapaiboon, P. (2015). Effects of the Klaibann Samannjai on drinking behaviors, quality of life, and readmission among persons with alcohol dependence in Southern Region, Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand*, 42(1), 108-101.
- Silapakit, P., & Kittirattanapaiboon, P. (2009). *Audit: Alcohol use identification test for use in primary care. Department of mental health and substance dependence* (2nd ed.). Bangkok: Thantawan. (in Thai)
- Srikosai, S., Thitidilokrat, S., Booncharoen, H., Chainoi, D., Wittayanookulluk, A., Rungsiwaroj, N., ... Wonghongkul, T. (2015). Alcohol-dependent trajectory after 1-year hospital discharge. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(2), 153-166. (in Thai)
- Srisompod, W. (2014). Factors related to health service quality satisfaction of chronic patients attending Tambon health promoting hospital, Bangkheaw District, Phattalung Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 1(1), 1-14. (in Thai)
- Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: W. W. Norton & Company.
- Sukyang, W. (2013). *Effectiveness of implementing the Klaibann Samannjai program among persons with alcohol dependence Pasang Hospital Lamphun* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Thanyarak Chiang Mai Hospital. (2016). *Nursing group record form Ua-Athorn Ward*. Chiang Mai: Author.
- World Health Organization. (2016). *Global status report on alcohol and health 2015*. Retrieved from <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>



Factors Related to Problem Behaviors in Adolescents Having a Parent with Mental Illness*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่มีบิดาหรือมารดา มีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ*

ปาริชาติ	อิมโอชา**	Parichat	Im-ocha**
ภัทรภรณ์	ท่งปันคำ***	Patraporn	Tungpunkom***
สมบัติ	สกุลพรรณ****	Sombat	Skulphan****

Abstract

Parental mental illness affects children and puts children at risk for developing problem behaviors and eventually developing mental health problems of their own. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore self-esteem, coping strategies, and problem behaviors in adolescents with a parent with mental illness. Participants were selected based on the inclusion criteria. In total, 120 adolescents between the ages of 15 to 19 years old, both male and female, were selected. Their mentally ill parents received services at Suanprung Psychiatric Hospital. The research tools used were the Rosenberg Self-esteem Scale; the Adolescent Coping Scale; and the Youth Self Report. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of this study revealed that:

1. Most participants (77.23%) externalized their problems while 22.77% internalized their problems.
2. The participants had a moderate level of self-esteem. Participants rated themselves high for item 8 (" the need to feel more proud of themselves") which was congruent with item 10 where they rated themselves low for "I feel good about myself."
3. In dealing with their problems, most participants (43.53%) used strategies based on their own ability, 34.25% used strategies based on mobilizing other sources, and 22.22% engaged in avoidance.
4. There was no association between self-esteem and problem behaviors.
5. There was an association between coping strategy and problem behaviors ($r = .434, p < .05$).
 - 5.1 There was a moderate positive correlation between strategies based on their own abilities and problem behaviors ($r = .437, p < .05$).
 - 5.2 There was a low positive correlation between strategies based on mobilizing other sources and problem behaviors ($r = .271, p < .05$).
 - 5.3 There was a low positive correlation between avoidance and problem behaviors ($r = .227, p < .05$).

The results of this research could serve as basic information for health care professionals, especially psychiatric nurses, to develop interventions for mental health prevention and promotion for adolescents having a parent with mental illness. Interventions should focus on how to enhance pride and good feelings in adolescents to prevent the development of mental illness in this specific population.

Keyword: Self-esteem; Coping strategies; Problem behavior; Adolescents having parent with mental illness

* 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, Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

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

Received 9 September 2019; Revised 1 November 2019; Accepted 19 December 2019



บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของบิดาหรือมารดาส่งผลกระทบต่อบุตรที่เป็นวัยรุ่น ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพัฒนาเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในที่สุด การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดา มีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 15-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่บิดาหรือมารดา มีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก แบบวัดการเผชิญปัญหาในวัยรุ่น แบบวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.23 มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบแสดงออก ขณะที่ร้อยละ 22.77 มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบเก็บกด

2. กลุ่มตัวอย่างมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูล ข้อที่ 8 คือ ฉันอยากจะมีใจในตนเองมากกว่านี้ อยู่ในระดับสูงซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อที่ 10 คือ ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตนเองพบว่ามีอยู่ในระดับต่ำ

3. กลวิธีการเผชิญปัญหา ส่วนใหญ่มักใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 43.53 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น คิดเป็นร้อยละ 34.25 และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา คิดเป็นร้อยละ 22.22

4. การเห็นคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

5. กลวิธีเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .434, p < .05$)

5.1 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .437, p < .05$)

5.2 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .271, p < .05$)

5.3 การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .227, p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจิตเวช ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดา มีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะการเพิ่มความรู้สึกดีต่อตนเอง และการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการพัฒนาเป็นปัญหาทางด้านจิตใจของวัยรุ่นกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: การเห็นคุณค่าในตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา พฤติกรรมที่เป็นปัญหา วัยรุ่นที่บิดาหรือมารดา มีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 9 กันยายน 2562 วันที่แก้ไขบทความ 1 พฤศจิกายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 19 ธันวาคม 2562



ความเป็นมาและความสำคัญ

การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของผู้ที่เป็นบิดาหรือมารดาจะส่งผลกระทบต่อไปยังกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นบุตร (Manning & Gregoire, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรม การสำรวจวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจในประเทศเนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลียและนอร์เวย์ พบว่า วัยรุ่นที่มีบิดาหรือมารดาที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจร้อยละ 37.3 (Goossens & Van der Zanden, 2012; Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear, & Crase, 2009; Torvik & Rognmo, 2011) ยิ่งไปกว่านั้นจากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 58 ของวัยรุ่นที่มีบิดาหรือมารดาเจ็บป่วยทางด้านจิตใจจะมีปัญหาด้านอารมณ์ และอาการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของบิดาหรือมารดาจะถ่ายทอดไปยังบุตรได้ (Biebel, Nicholson, Williams, & Hinden, 2004) และยังพบว่า วัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น (Sorenson et al., 2009; Stenager & Qin, 2008) ดังนั้นจะเห็นว่าวัยรุ่นที่มีบิดาหรือมารดาเจ็บป่วยทางด้านจิตใจนั้นมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันวัยรุ่นกลุ่มนี้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจหรือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม (Beardslee, Gladstone, Wright, & Cooper, 2003; Hosman, Van Doesum, & Van Santvoort, 2009)

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจพบว่า วัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาขึ้นในวัยรุ่นกลุ่มนี้จะพบได้ทั้งพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบเก็บกด เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบแสดงออก เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว (Van Loon, Van De Ven, Van Doesum, Hosman, & Witteman, 2015) และนอกจากนี้การที่วัยรุ่นมีบิดาหรือมารดาที่มีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้เช่นกัน (Beardslee et al., 2003; Dean et al., 2010; Weissman et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเสริมสร้างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจจะช่วยลดอุบัติการณ์หรือความชุกของการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ (Roustit, Campoy, Chaix, & Chauvin, 2010) และจากผลของการศึกษาดังกล่าว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบเก็บกดในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ได้แก่ การทำหน้าที่ของบิดามารดา การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนของบิดามารดา และปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัว ต่อมาได้มีการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งแบบเก็บกดและแบบแสดงออกในกลุ่มวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Van Loon et al., 2015) ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งสองแบบ นอกจากนั้นแล้วการเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหายังเป็นปัจจัยที่สามารถปรับแก้หรือส่งเสริมได้ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และเป็นปัจจัยที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นกลุ่มนี้และเพื่อที่จะนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เพื่อลดความเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยในการป้องกันโรคทางจิตในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ



2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองและกลวิธีการเผชิญปัญหาในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากผลกระทบของการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจทั้งทางตรงและทางอ้อมพบว่า วัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหาในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และการเสริมสร้างปัจจัยป้องกันดังกล่าวลดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงของการเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจในวัยรุ่นได้

การศึกษานี้ ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ที่กล่าวว่า เป็นความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเองในด้านการยอมรับนับถือตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคม และการเรียนรู้สำหรับบุคคล และกลวิธีการเผชิญปัญหาของลาซารัส และ โพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งเป็นความพยายามที่บุคคลจะควบคุมอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด หากการเห็นคุณค่าในตนเองและกลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นกลุ่มนี้ การเสริมสร้างปัจจัยดังกล่าวอาจจะช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งเป็นความเสี่ยงของการเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองและกลวิธีการเผชิญปัญหา โดยศึกษาในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นทั้งหญิงและชายที่มีอายุ 15-19 ปีที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (DSM-5) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นทั้งหญิงและชายที่มีอายุ 15-19 ปีโดยที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ จากการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (DSM-5) โดยจะมีเกณฑ์คัดเข้าวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้วิธีการและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ แฮร์, แบล็ค, บาบิน, และ แอนเดอร์สัน (Hair, Black, Babin, & Andersen, 2010) โดยกำหนดอัตราส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างและตัวแปร ไม่น้อยกว่า 10 ต่อ 1 เพื่อให้การวิจัยมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์และมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนของตัวแปรเพิ่มขึ้นเป็น 40 ต่อ 1 ได้กลุ่มตัวอย่าง 120 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ จากการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (DSM-5)



จากข้อมูลแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเป็นวัยรุ่นที่มารับยาแทน หรือมากับบิดา หรือมารดาที่มีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

2. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสาร และสามารถอ่านออกเขียนได้

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาปัจจุบัน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของบิดาหรือมารดา และสถานภาพของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self –Esteem Scale; RSES; Rosenberg, 1965) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน แปลเป็นภาษาไทยโดย เยวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (Mahasittiwat, 2008) ซึ่งได้หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.87 มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญปัญหาในวัยรุ่น (The Adolescent Coping Scale: ACS; Frydenberg & Lewis, 1999) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย วิณา มิ่งเมือง (Mingmaung, 1997) แบบวัดการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น ประกอบด้วยคำถามปลายปิดจำนวน 76 ข้อ และคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ให้คะแนนตามความถี่ของการใช้วิธีจัดการกับปัญหาแต่ละวิธีเป็น 5 ระดับ โดยจำแนกลักษณะวิธีการจัดการกับปัญหาเป็น 3 วิธี ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง (Youth Self Report YSR; Achenbach, 1991) โดยแบบวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นการประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งแบบเก็บกอดและแบบแสดงออก โดยวัยรุ่นที่มีบิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจประเมินตนเองจากประสบการณ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตรวัดแบบลิเกิต (Likert Scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) จนถึง 2 (บ่อยมาก) รวมทั้งสิ้น 112 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self –Esteem Scale; RSES; Rosenberg, 1965) และแบบวัดการเผชิญปัญหาในวัยรุ่น (The Adolescent Coping Scale; ACS; Frydenberg & Lewis, 1999) ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้หาค่าความตรงของเนื้อหาแบบวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง (Youth Self Report; YSR; Achenbach, 1991) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา และทำการตรวจสอบเนื้อหาโดยใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (back translation procedure)

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอน บาค (Cronbach, 1951) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self –Esteem Scale; Rosenberg, 1965) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 แบบวัดการเผชิญปัญหาในวัยรุ่น (The Adolescent Coping Scale; ACS; Frydenberg & Lewis, 1999) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และแบบวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง (Youth Self Report; YSR; Achenbach, 1991) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อทำการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธโครงการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วย ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือถึงโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ตอบด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ช่วงเวลาตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนของการเห็นคุณค่าในตนเอง คะแนนความถี่ของการใช้วิธีจัดการกับปัญหา คะแนนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ใช้การทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้การทดสอบด้วยค่า Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 58 คน คิดเป็นร้อยละ 48.33 และเพศหญิง 62 คน คิดเป็นร้อยละ 51.67 มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มีอายุเฉลี่ย 16.4 ปี โดยมีอายุ 16 ปีมากที่สุดจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายพบมากที่สุดจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสมในปัจจุบัน) อยู่ในช่วง 2.00-2.99 มากที่สุด จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 80.83 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด 5,000-10,000 บาท จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวเพียงพอต่อการใช้จ่ายเท่านั้น มีจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 60.83 โดยสถานภาพของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาอยู่ร่วมกันมากที่สุด จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของบิดาหรือมารดาพบกลุ่มโรคจิตเภท (Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders) มากที่สุด 32 คน คิดเป็นร้อยละ 26.68

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

การเห็นคุณค่าในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การเห็นคุณค่าในตนเอง	22.49	.59	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 การเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนรวมเฉลี่ย 22.49 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 ($\bar{X} = 22.49$, $SD = .59$)



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อของการเห็นคุณค่าในตนเอง (n = 120)

การเห็นคุณค่าในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
1. โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจในตนเอง	2.02	.69	ปานกลาง
2. มีบ่อยครั้งที่ฉันคิดว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย	2.24	.52	ปานกลาง
3. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันก็มีอะไรดี ๆ ในตัวเอง	2.06	.56	ปานกลาง
4. ฉันสามารถทำอะไรได้ดีเหมือนคนอื่น ๆ	2.11	.62	ปานกลาง
5. ฉันรู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรที่น่าภูมิใจมากนัก	2.22	.52	ปานกลาง
6. ฉันรู้สึกสีกบ่อย ๆ ว่าตัวเองไร้ค่า	2.08	.72	ปานกลาง
7. ฉันรู้สึกว่าตัวเองก็มีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่ากับคนอื่น	2.30	.48	ปานกลาง
8. ฉันอยากจะภูมิใจในตัวเองมากกว่านี้	3.11	.53	สูง
9. โดยรวมแล้วฉันมีแนวโน้มจะรู้สึกดีกว่าตัวฉันล้มเหลว	2.40	.57	ปานกลาง
10. ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง	1.96	.67	ต่ำ

จากตารางที่ 2 การเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อ โดยฉันอยากจะภูมิใจในตัวเองมากกว่านี้ มีคะแนนเฉลี่ย 3.11 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 ($\bar{X} = 3.11$, $SD = .53$) และฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเองมีคะแนนเฉลี่ย 1.96 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .67 ($\bar{X} = 1.96$, $SD = .67$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและร้อยละของกลวิธีการเผชิญปัญหาแต่ละรูปแบบ (n = 120)

กลวิธีการเผชิญปัญหา	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ
1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง	85.73	43.53
2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น	67.46	34.25
3. การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา	43.86	22.22

จากตารางที่ 3 กลวิธีการเผชิญปัญหา ส่วนใหญ่มักใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ค่าเฉลี่ย 85.73 ($\bar{X} = 85.73$) คิดเป็นร้อยละ 43.53

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและร้อยละ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบเก็บกด	8.80	22.77
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบแสดงออก	29.76	77.23

จากตารางที่ 4 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบแสดงออก คิดเป็นร้อยละ 77.23 และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบเก็บกดคิดเป็นร้อยละ 22.77



ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหา กับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	พฤติกรรมที่เป็นปัญหา
1. การเห็นคุณค่าในตนเอง	.027
2. กลวิธีการเผชิญปัญหา	.434**
2.1 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับ ปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง	.437**
2.2 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับ ปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น	.271**
2.3 การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา	.227**

** $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่า กลวิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .434, p < .05$) หากแบ่งตามวิธีการเผชิญปัญหาแต่ละวิธี พบว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .437, p < .05$) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .271, p < .05$) และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .227, p < .05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

การอภิปรายผล

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบแสดงออก ร้อยละ 77.23 (ตารางที่ 4) ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางจิตของ แวน ลูน และคณะ (Van Loon et al., 2015) ที่พบว่าวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางจิตใจ มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมปัญหาทั้งแบบเก็บกด เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบแสดงออก เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว (Van Loon et al., 2015) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบเก็บกดที่พบในกลุ่มตัวอย่าง แต่พบเป็นส่วนน้อย ร้อยละ 22.77 (ตารางที่ 4) ได้แก่ ความกลัวและความวิตกกังวล ความรู้สึกไร้ค่าและไร้ความสามารถ ความขี้ลาด เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดขึ้นพบได้ทั้งวัยรุ่นทั่วไปและวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังกล่าว อาจจะเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างนี้ได้

การเห็นคุณค่าในตนเองในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

ผลการศึกษาพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย 22.49 (ตารางที่ 1) พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ มากบุญ (Makboon, 2012) ที่ศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กและเยาวชนชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จังหวัดราชบุรี ที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กและเยาวชนอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาตามรายชื่อแล้ว การเห็นคุณค่าใน

ตนเองของวัยรุ่นกลุ่มนี้พบว่า ในข้อที่ 8 คือ ฉันอยากจะภูมิใจในตนเองมากกว่านี้ อยู่ในระดับสูงซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อที่ 10 คือ ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตนเองพบว่าอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความภูมิใจในตนเองและการมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองของวัยรุ่นกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการศึกษาต่อไป

กลวิธีการเผชิญปัญหาในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

ผลการศึกษาค้นพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 43.54 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น คิดเป็นร้อยละ 34.26 และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา คิดเป็นร้อยละ 22.20 (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิณา มิ่งเมือง (Mingmaung, 1997) ที่พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 หลังจากเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีคะแนนการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา โดยการใช้ความสามารถของตนเองและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ และพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (Koshakri, 1998) พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่เผชิญปัญหาด้วยวิธีการที่มุ่งเน้นปัญหามากกว่าวิธีการมุ่งเน้นทางอารมณ์ จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าผู้ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นส่วนใหญ่จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่าการหลีกเลี่ยง ซึ่งไม่ต่างจากผลการวิจัยครั้งนี้ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา

ความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

ในการศึกษาค้นพบว่าผลการศึกษาพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ($r = .027$) (ตารางที่ 5) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์กับเพื่อนและพฤติกรรมในวัยรุ่นทั่วไป พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งแบบเก็บกดและแบบแสดงออก (Thompson, Wojcjal, & Cooley, 2016) ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองมีการพัฒนาตั้งแต่แรกเกิดและจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นอย่างมาก และจะพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจากผลการศึกษาค้นพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ร้อยละ 73.33 อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท และพบว่ามีเพียงพอสำหรับใช้จ่ายเท่านั้นร้อยละ 60.83 (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ของกลวิธีการเผชิญปัญหาและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

ผลการศึกษา พบว่า การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ($r = .437, p < .05$) เช่นเดียวกับ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ($r = .271, p < .05$) และเป็นไปในทำนองเดียวกันกับ การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ($r = .227, p < .05$) (ตารางที่ 5) จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทั้งพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบเก็บกดและแบบแสดงออก ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผลศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางจิตของต่างประเทศ ที่พบว่า การเผชิญหน้ากับปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหาแบบเก็บกด ส่วนกลวิธี



การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหาทั้งแบบเก็บกดและแบบแสดงออกในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางจิต (Van Loon et al., 2015)

ดังนั้นการมีหรือไม่มีบิดาหรือมารดาเจ็บป่วยทางจิตอาจไม่เกี่ยวข้องกับวิธีการเผชิญปัญหาที่วัยรุ่นกลุ่มนี้เลือกใช้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนมากต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาตามรายชื่อแล้ว การเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นกลุ่มนี้พบว่า ในข้อที่ 8 คือ ฉันอยากจะมีใจในตนเองมากกว่านี้ อยู่ในระดับสูงซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อที่ 10 คือ ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตนเองพบว่าอยู่ในระดับต่ำ จึงอาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกที่ดีต่อตนเองของวัยรุ่นกลุ่มนี้เพื่อพัฒนาแนวทางการในการส่งเสริมและป้องกันการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำของวัยรุ่นกลุ่มนี้ต่อไป

2. จากการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งแบบแสดงออกและแบบเก็บกด จึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการส่งเสริมการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปในทิศทางบวก เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจตามมาได้

3. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบว่า กลวิธีการเผชิญปัญหาและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดา หรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กัน จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เพื่อลดความเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยในการป้องกันโรคในวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจร่วมกับตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นที่บิดาหรือมารดามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจให้ครอบคลุมในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย

3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกที่ดีต่อตนเองในวัยรุ่นกลุ่มนี้ต่อไป เพื่อพัฒนาแนวทางการในการส่งเสริมและป้องกันการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำของวัยรุ่นกลุ่มนี้ต่อไป

4. ควรทำการศึกษาแบบการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้วิเคราะห์ได้ชัดเจนขึ้นอย่างมีข้อมูลเชิงประจักษ์

References

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*.

Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), e119–e131. doi: 10.1542/peds.112.2.e119

Biebel, K., Nicholson, J., Williams, V., & Hinden, B. R. (2004). The responsiveness of state mental health authorities to parents with mental illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 32, 31–48.



- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P. B., Murray, R. M., Walsh, E., & Pedersen, C. B. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(8), 822-829.
doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.86
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1999). *Adolescent coping: Theoretical and research perspective* (2nd ed.). London: Routledge.
- Goossens, F., & Van der Zanden, R. (2012). *Factsheet KOPP/KVO [Prevention factsheet: Children of mentally ill or addicted parents]*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Andersen, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Hosman, C. M. H., Van Doesum, K. T. M., & Van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Advanced in Mental Health*, 8(3), 250-263.
- Koshakri, R., (1998). *Stress, strong personality, social support and behavior. Teenage Problems: Grade 9 Students under the Department of General Education*. Bangkok: Graduate school of Mahidol University. (in Thai)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Mahasittiwat, Y. (2008). *The development of educational quality of nursing colleges under the jurisdiction of Phra Borommarajchanok with a performance comparable process*. Saraburi: Saraburi Nursing College. (in Thai)
- Makboon, P., (2012). *Factors contributing to social skills of male children and youths in the department of observation and protection, regional center of juvenile training school II, Ratchaburi Province* (Master's thesis). Silpakorn University, Thailand. (in Thai)
- Manning, C., & Gregoire, A. (2009). Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*, 8(1), 7-9.
- Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M., & Crase, L. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatric Bulletin*, 33(1), 22-26.
- Mingmaung, W. (1997). *The effect of group reality therapy on coping strategies of low academic achievement Mat Hayom Suksa three students* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Roustit, C., Campoy, E., Chaix, B., & Chauvin, P. (2010). Exploring mediating factors in the association between parental psychological distress and psychosocial maladjustment in adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(7), 597-604.



- Sorenson, H. J., Mortensen, E. L., August, G. W., Juel, K., Silverton, L., & Sarnoff, A. M. (2009). Suicide and mental illness in parents and risk of suicide in offspring. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 748–751.
- Stenager, K., & Qin, P. (2008). Individual and parental psychiatric history and risk for suicide among adolescents and young adults in Denmark. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 920–926.
- Thompson, H. M., Wojciak, A. S., & Cooley M. E. (2016). Self-esteem: A mediator between peer relationships and behaviors of adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 66, 109–116.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Children of parent with mental illness or alcohol abuse: Prevalence and consequences*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Van Loon, L. M. A., Van De Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Witteman, C. L. M. (2015). Factors promoting mental health of adolescents who have a parent with mental illness: A longitudinal study. *Child Youth Care Forum*, 44, 777–799.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 Years later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001–1008.



The Effect of Social Support via an Application on Fear of Childbirth Among Primigravidas*

ผลของการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันต่อความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก*

วรารณ์	แก้วสุข**	Waraporn	Kaewsuk**
นันทพร	แสนศิริพันธ์***	Nantaporn	Sansiriphun***
ฉวี	เบาทรง***	Chavee	Baosoung***

Abstract

This quasi-experimental research study aimed to examine the effect of social support via a mobile application on fear of childbirth (FOC) among primigravidas. The subjects were 42 primigravidas selected following inclusion criteria, which included gestational age at 34-38 weeks and an FOC score of moderate or over, who had attended the antenatal clinic at the Health Promotion Hospital, Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai between November 2020 and November 2021. Using simple random sampling, two groups of 20 and 22 subjects were assigned into an experimental and a control group, respectively. Subjects in the experimental group received social support via the application along with routine nursing care, while subjects in the control group received only routine nursing care. The research instruments were a social support plan developed by the researcher based on House's social support model, a mobile application, and the application handbook. The data collection tools were a personal data record form and the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, Thai version, by Tampawiboon. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The research results revealed that:

1. After receiving social support via the application, the experimental group had a statistically significantly lower FOC mean score than that of the control group ($p < .05$).
2. After receiving social support via the application, the experimental group had a statistically significantly lower FOC mean score than before the experiment ($p < .001$).

The findings from this study suggest that nurse-midwives could use the social support application as part of their nursing care to effectively lessen fear of childbirth among primigravidas.

Keywords: Social support via application; Application; Fear of childbirth; Primigravidas

* 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: Warapornnurse13@gmail.com

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

Received 26 September 2022; Revised 21 November 2022; Accepted 8 December 2022



บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันต่อความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างคือสตรีครรภ์แรกจำนวน 42 รายที่คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ อายุครรภ์อยู่ในช่วง 34-38 สัปดาห์ และมีคะแนนความกลัวการคลอดบุตรระดับปานกลางขึ้นไป ที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์แอปพลิเคชันและคู่มือการใช้แอปพลิเคชัน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรของ วิจมา วิจมา และ ชาร์ ฉบับภาษาไทยโดย กชกร ตัมพวิบูลย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. หลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำแอปพลิเคชันการสนับสนุนทางสังคมไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาล เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน แอปพลิเคชัน ความกลัวการคลอดบุตร สตรีครรภ์แรก

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: Warapornnurse13@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 26 กันยายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 21 พฤศจิกายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 8 ธันวาคม 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความกลัวการคลอดบุตรเป็นการตอบสนองด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจที่เฉพาะเจาะจงในสตรีตั้งครรภ์ เกิดจากการรับรู้หรือคาดการณ์ถึงสิ่งที่กำลังจะเผชิญในอนาคตเกี่ยวกับการคลอดบุตรว่าเป็นภัยคุกคาม และก่อให้เกิดอันตราย (Wijma & Wijma, 1992, as cited in Ryding, Wijma, Wijma, & Rydhstrom, 1998) โดยสตรีครรภ์แรกจะมีความกลัวการคลอดบุตรมากกว่าสตรีครรภ์หลัง (Toohill, Fenwick, Gamble, & Creedy, 2014) ทั้งนี้ความกลัวการคลอดบุตรเกิดได้ตั้งแต่ระยะเริ่มตั้งครรภ์ และมีระดับเพิ่มสูงขึ้นตามอายุครรภ์ของสตรีที่เพิ่มขึ้น เมื่อเข้าสู่ไตรมาสสาม หรือเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดระดับความกลัวจะมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ และสตรีอาจมีความรู้สึกกลัวต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอดได้ (Zar, Wijma, & Wijma, 2001) ความกลัวการคลอดบุตรพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ทุกประเทศทั่วโลก โดยสตรีตั้งครรภ์แต่ละเชื้อชาติอาจจะมีระดับความกลัวการคลอดบุตรที่แตกต่างกัน (O'Connell, Leahy Warren, Khashan, Kenny, & O'Neill, 2017) สามารถแบ่งลักษณะของความกลัวการคลอดบุตรได้ดังนี้ ความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดจากการคลอด ความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองขณะคลอดและหลังคลอด และความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ สตรียังมีความกลัวเกี่ยวกับความสามารถในการคลอดบุตร (Fisher, Hauck, & Fenwick, 2006) กลัวการผ่าตัดคลอด การได้รับยาดมสลบหรือยาทางไขสันหลัง (Johnson et al., 2019) กลัวถูกตำหนิ (Geissbuehler & Eberhard, 2002) และกลัวการไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด (Melender, 2002)

ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และทารกในครรภ์ สำหรับด้านร่างกาย ระบบประสาทซิมพาเทติกของสตรีจะถูกกระตุ้น ส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนกลุ่มแคทีโคลามีนและกลุ่มคอร์ติซอลจากต่อมหมวกไต ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น (Melender & Lauri, 1999) นอกจากนี้ยังกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เกิดความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ฝันร้าย (Kamme-on & Rujiraprasert, 2014) หากความกลัวยังคงมีอยู่และต่อเนื่องไปในระยะคลอด จะทำให้กล้ามเนื้อดลึงหดตัวผิดปกติ ปากมดลูกจึงเปิดขยายช้าและอาจหยุดชะงัก นำไปสู่การคลอดยาก ระยะการคลอดยาวนาน และอาการเจ็บปวดที่รุนแรง อีกทั้งยังส่งผลให้มีอัตราการเข้ารับการเจ็บปวด (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012) อัตราการใช้สูติศาสตร์หัตถการเพื่อช่วยคลอด อัตราการผ่าตัดคลอดชนิดวางแผนและฉุกเฉินเพิ่มขึ้น (Sydsjö, Sydsjö, Gunnervik, Bladh, & Josefsson, 2012) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ความกลัวการคลอดบุตรทำให้สตรีไม่มีความสุขในการตั้งครรภ์ เกิดความเครียด (Kamme-on & Rujiraprasert, 2014) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ (Storksen, Gran, Niegel, & Eskild, 2012) สำหรับ ผลกระทบต่อทารกในครรภ์นั้น อาจทำให้ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้า น้ำหนักตัวน้อย และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะคับขัน (fetal distress) (Cunningham et al., 2018) ได้

จากการศึกษาของ เซียสโต และ ฮาลเมสมากิ (Saisto & Halmesmaki, 2003) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ ความกลัวความเจ็บปวด ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร หรือประสบการณ์การได้รับบาดเจ็บทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ระดับการศึกษา (Lukasse, Schei, & Ryding, 2014) อายุครรภ์ ภาวะสุขภาพของสตรี (Laursen, Hedegaard, & Johansen, 2008) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Melender, 2002) มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรอีกด้วย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อความกลัวการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย



ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ บริการและการให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลโดยตรง (direct effect) ทำให้เกิดการรับรู้อารมณ์ด้านบวก (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000) และทำให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน (Neuroendocrine and Immune System) ทำงานเป็นปกติ (Cohen & Wills, 1985) ส่วนผลโดยอ้อม (indirect effect) การสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนกันชน (buffer) หรือตัวป้องกัน ที่ช่วยลดผลกระทบความเสียหายที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ในชีวิตบรรเทาความเครียด ลดความวิตกกังวลและความกลัว ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Stewart, 1989) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำเพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรในสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่านมา พบรายงานการศึกษาที่แสดงให้เห็นผลด้านบวกของการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาในต่างประเทศ จากการศึกษาของเซียสโต, ตอยวานเนน, ซัลเมลา-อาร์, และ ฮอลมิสมาคี (Saisto, Toivanen, Salmela-Aro, & Halmesmaki, 2006) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาและการดูแลตามปกติ สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของ นิตยา พรหมกันทา, ฉวี เบาทรวง, และ นันทพร แสนศิริพันธ์ (Promkanta, Baosong, & Sansiriphun, 2016) เกี่ยวกับ ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครรภ์แรก โดยผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลผดุงครรภ์ในระยะคลอด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดบุตรน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ในยุคปัจจุบันที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนนับเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต ซึ่งได้รับความนิยมและมีแนวโน้มการใช้งานเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนสูงถึงร้อยละ 94.1 ของประชาชนในประเทศไทย ประมาณ 65.4 ล้านคน (National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society, 2022) นอกจากนี้ ทั่วโลกมีแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพเกิดขึ้นอย่างมาก โดยร้อยละ 7 ของแอปพลิเคชันทุกประเภท เป็นแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพและการตั้งครรภ์ของสตรี (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2015) ภายใต้กรอบนโยบายไทยแลนด์ 4.0 (Thailand 4.0) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม (Innovation drive economy) โมบายแอปพลิเคชันถือเป็นหนึ่งในเทคโนโลยีที่จะเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระบบสุขภาพสู่ Health 4.0 (Paoon, 2017) ดังนั้น การนำเทคโนโลยีสารสนเทศหรือนวัตกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ทางการแพทย์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและความกลัวการคลอดบุตร พบเพียงการศึกษาของ นิตยา พรหมกันทา และคณะ (Promkanta et al., 2016) เป็นการศึกษาในระยะคลอดเท่านั้น แต่ความกลัวการคลอดบุตรเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด นอกจากนั้น ไม่พบการศึกษาทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ผ่านแอปพลิเคชันเพื่อช่วยลดความกลัวการคลอดบุตร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันต่อความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก ซึ่งเป็นการศึกษาในระยะตั้งครรภ์ โดยมีการฝึกทำสมาธิเบื้องต้น และสมาธิผสมผสานดนตรีผ่อนคลาย ร่วมกับการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยพัฒนาขึ้นเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ แอปพลิเคชันในระบบปฏิบัติการของสมาร์ทโฟน เพื่อช่วยลดความกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก ซึ่งง่ายต่อการใช้งาน ใช้ได้สะดวกทุกที่ ทุกเวลา มีความรวดเร็วในการตอบสนอง (Paoon, 2017) และสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดบุตร ที่พยาบาลผดุงครรภ์จะสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างต่อเนื่อง



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรของสตรีครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรของสตรีครรภ์แรก ก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความกลัวการคลอดบุตรของสตรีครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ความกลัวการคลอดบุตรของสตรีครรภ์แรกภายหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้การสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน โดยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูล 3) ด้านทรัพยากร และ 4) ด้านการประเมินค่า ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการสนับสนุนสตรีครรภ์แรกที่มีความกลัวการคลอดบุตรในรูปแบบแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งแอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” ประกอบด้วย 4 ฟังก์ชันหลักที่ให้การสนับสนุนสตรีครรภ์แรกครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยฟังก์ชันที่ 1 การคลอดบุตรไม่ใช่เรื่องน่ากลัว และฟังก์ชันที่ 2 ธรรมชาติของการคลอดบุตร ให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ฟังก์ชันที่ 3 เทคนิคคลายความกลัว เป็นวิดีโอเพลงและดนตรีบรรเลง ประกอบการฝึกทำสมาธิเบื้องต้นและสมาธิผสมผสานดนตรีผ่อนคลาย ในการสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูล ความรู้ และฟังก์ชันที่ 4 ติดต่อพยาบาลผดุงครรภ์ ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ความรู้ และด้านการประเมินค่า เมื่อสตรีครรภ์แรกที่มีความกลัวการคลอดบุตร ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านอย่างต่อเนื่องเพียงพอ ในทุกที่ ทุกเวลาที่ตนต้องการ หรือเมื่อเกิดความรู้สึกกลัวขึ้น จะส่งผลให้สตรีเกิดอารมณ์ด้านบวก รู้สึกสุขใจ สงบ มีกำลังใจ มีการประเมินและการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านจะเป็นตัวช่วยป้องกัน ลดความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ บรรเทาความเครียด ความกังวล และความกลัว เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา ทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ความกลัวการคลอดบุตรลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันต่อความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ คือ สตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05



อำนาจการทดสอบ 0.80 และค่าอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.50 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี และมีอายุครรภ์ระหว่าง 34 สัปดาห์ถึง 38 สัปดาห์ 2) ตั้งครรภ์ปกติ ทารกอยู่ในท่าปกติ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม 4) คะแนนความกลัวการคลอดบุตรระดับปานกลางที่ 4 คะแนนขึ้นไป 5) สัญชาติไทย สามารถอ่านเขียน และพูดภาษาไทยได้ 6) มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน และสามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บกลุ่มตัวอย่างเพียงวันละ 1 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มทดลองถูกคัดออก 2 ราย เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไม่ครบตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1.1. แผนการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน

1.2. แอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” เป็นซอฟต์แวร์ หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเภทหนึ่งที่ถูกออกแบบให้สามารถใช้งานได้บนโทรศัพท์สมาร์ทโฟน

1.3. คู่มือการใช้แอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” โดยมีรายละเอียดตั้งแต่วิธีการเปิดใช้งาน รายละเอียดเมนูการใช้งาน และวิธีการใช้งานในแต่ละเมนู

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อายุครรภ์ การได้รับฟังประสบการณ์ทางด้านลบเกี่ยวกับการคลอดบุตร ลักษณะครอบครัว

2.2. แบบประเมินความกลัวการคลอดบุตร (The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire [W-DEQ]) รูปแบบ A ของ วิจมา และคณะ (Wijma et al., 1998) ฉบับภาษาไทยโดย กชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตรวัดต่อเนื่อง 6 ระดับที่มีค่าคะแนน 0 – 5 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย จนถึงคะแนน 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด ข้อคำถามในด้านลบ การให้ค่าคะแนนจะเป็นลักษณะตรงกันข้าม โดยคะแนน 0 หมายถึง ระดับมากที่สุด จนถึงคะแนน 5 หมายถึง ไม่มีเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แผนการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน แอปพลิเคชัน และคู่มือการใช้แอปพลิเคชัน ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลสตรีตั้งครรภ์ 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณา ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความสมบูรณ์และความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นนำแอปพลิเคชันไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ก่อนนำแอปพลิเคชันไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง



2. ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังกล่าว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังโครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 077/2020) และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เลขที่ 44/2563) ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงสิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ควรได้รับตามปกติ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะปกปิดเป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลและผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับการติดตั้งแอปพลิเคชันพร้อมทั้งได้รับคู่มือการใช้แอปพลิเคชัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างในสถานที่จัดไว้เป็นการส่วนตัวที่แผนกฝากครรภ์ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนทดลอง ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นดำเนินการทดลองตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และในสัปดาห์ที่ 3 ตามการนัดหมาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง พร้อมทั้งติดตั้งแอปพลิเคชันและมอบคู่มือการใช้แอปพลิเคชันให้กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง

1. ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทาย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดถึงสิ่งที่คาดหวังจากการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจความรู้สึก ตระหนักว่าถ้ามีอะไรเกิดขึ้นกับตน และตระหนักในผลกระทบของความกลัวการคลอดบุตร จากนั้นให้การสนับสนุนช่วยเหลือโดยติดตั้งแอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” บนโทรศัพท์สมาร์ทโฟนของกลุ่มตัวอย่าง สอนสาธิตวิธีการใช้แอปพลิเคชันในแต่ละเมนู จากนั้นผู้วิจัยแนะนำวิธีการทำสมาธิเบื้องต้น ด้วยการฝึกทำท่าและกำหนดลมหายใจด้วยเพลงดังดอกไม้บานของแม่ชีคันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน โดยแนะนำให้ฝึกปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที และสามารถนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อการผ่อนคลายและลดความกลัวการคลอดบุตร

2. ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 25 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ตามการนัดมาฝากครรภ์ ผู้วิจัยติดตามสอบถามการเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการประเมินตนเอง การเสริมแรงเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การยกย่อง ชมเชย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจ เกิดความมั่นใจ ภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า พร้อมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามต้องการ กรณีที่ยังรู้สึกกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตร และแนะนำให้ใช้วิธีการฝึกสมาธิด้วยเพลงที่จัดไว้ให้ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปเมื่อมาฝากครรภ์สัปดาห์หน้า



3. ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลาประมาณ 35 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ตามการนัดมาฝากครรภ์ ผู้วิจัยติดตามสอบถามการเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลย้อนกลับร่วมกับการเสริมแรงเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ chi-square test สถิติ Fisher exact test สถิติ independent t-test และสถิติ Linear-by-Linear Association

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดบุตร ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนความกลัวการคลอดบุตร ด้วยสถิติ Komogorov-smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ paired t-test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดบุตร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนความกลัวการคลอดบุตร ด้วยสถิติ Komogorov-smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกที่มีรับบริการที่แผนกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 42 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 ราย ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยพิจารณายุติการศึกษา คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน จำนวน 2 ราย เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ครบตามแผนการวิจัยและไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 20-34 ปี อายุเฉลี่ย 26.73 ปี (SD = 3.96) ร้อยละ 45.46 มีช่วงอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 81.82 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.09 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.73 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.82 มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 72.73 มีรายได้เพียงพอ มีอายุครรภ์เฉลี่ย 35 สัปดาห์ (SD = 1.38) ร้อยละ 77.27 มีช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ ร้อยละ 63.64 เคยได้รับฟังประสบการณ์ทางด้านลบเกี่ยวกับการคลอดบุตร และร้อยละ 90.91 เป็นครอบครัวขยาย

กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 20-34 ปี อายุเฉลี่ย 24.85 ปี (SD = 2.90) ร้อยละ 65.00 มีช่วงอายุระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 90.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.00 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25.00 มีอาชีพพนักงานเอกชน ร้อยละ 30.00 มีรายได้ครัวเรือนระหว่าง 10,001-15,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 95.00 มีรายได้เพียงพอ มีอายุครรภ์เฉลี่ย 35 สัปดาห์ (SD = 1.33) ร้อยละ 75.00 มีช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ ร้อยละ 80.00 เคยได้รับฟังประสบการณ์ทางด้านลบเกี่ยวกับการคลอดบุตร และร้อยละ 55.00 เป็นครอบครัวเดี่ยว เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ chi-square test สถิติ Fisher exact test สถิติ independent t-test และสถิติ Linear-by-Linear Association พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นข้อมูลลักษณะครอบครัวที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้การศึกษาวิจัยนี้ได้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวจึงไม่ส่งผลต่อการวิจัย ครั้งนี้



2. กลุ่มทดลองหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

3. กลุ่มทดลองหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 42$)

คะแนนความกลัวการคลอดบุตร	กลุ่มควบคุม ($n = 22$)		กลุ่มทดลอง ($n = 20$)		t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	51.86	23.82	55.60	15.27	-.61	.27
หลังการทดลอง	50.14	23.00	33.75	12.12	2.92	.003*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 42$)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความกลัวการคลอดบุตร				t-test	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มควบคุม (n=22)	51.86	23.82	50.14	23.00	.396	.34
กลุ่มทดลอง (n=20)	55.60	15.27	33.75	12.12	7.48	<.000***

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า สตรีครรภ์แรกกลุ่มทดลองหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1) และกลุ่มทดลองหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก เป็นผลมาจากการไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดบุตรมาก่อน ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ หรือคาดการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรว่า อาจเป็นสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ ผลของการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า ผ่านแอปพลิเคชันนั้น สามารถช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันชื่อ “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” จากพยาบาลผดุงครรภ์ โดยใช้แผนการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือช่วยในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ทั้ง 4 ด้าน (House, 1981) จัดอยู่ในรูปแบบแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ประกอบด้วย 4 ฟังก์ชันหลักที่ให้การสนับสนุนสตรีครรภ์แรกครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ฟังก์ชันที่ 1 การคลอดบุตรไม่ใช่เรื่องน่ากลัว ฟังก์ชันที่ 2 ธรรมชาติของการคลอดบุตร



ฟังก์ชันที่ 3 เทคนิคคลายความกลัว และฟังก์ชันที่ 4 ติดต่อพยาบาลผดุงครรภ์ โดยผู้วิจัยได้มอบให้แก่สตรีครรภ์แรกกลุ่มทดลองที่มีความกลัวการคลอดบุตร พร้อมอธิบายวิธีการใช้และให้คู่มือการใช้ เพื่อนำไปใช้ในการลดความกลัวการคลอดบุตร ดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยในแอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” ฟังก์ชันที่ 3 เทคนิคคลายความกลัว เป็นวิดีโอเพลงและดนตรีบรรเลง สำหรับใช้ในการฝึกทำสมาธิเบื้องต้น และสมาธิผสมผสานดนตรีผ่อนคลาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความรู้สึกกลัวการคลอดบุตร กล่าวคือ เมื่อสตรีครรภ์แรกได้ฝึกทำสมาธิ โดยการให้ความสนใจ หรือมีจิตใจจดจ่ออยู่กับเสียงที่ได้ยิน หรือ ลมหายใจเข้า-ออก หรือการทำท่าทางประกอบเพลง จะทำให้จิตมีสมาธิ ช่วยให้ความคิดและอารมณ์ไม่กระจัดกระจาย ส่งผลให้เกิดภาวะจิตใจที่สงบ ลดความขัดแย้งภายในจิตใจ (Krisanaprakornkit, Rongbutsri, & Krisanaprakornkit, 2009) ประกอบกับเสียงดนตรีที่ได้ยินจะถูกแปลเป็นสัญญาณประสาท ส่งต่อไปยังระบบลิมบิก (limbic) ที่อยู่บริเวณสมองส่วนกลาง ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมพฤติกรรมทางอารมณ์และความรู้สึก มีผลกระตุ้นการหลั่งของสารแห่งความสุขหรือเอนโดรฟิน (endorphin) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีผลต่ออารมณ์ ก่อให้เกิดความรู้สึกและอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ รู้สึกพึงพอใจ มีความสุข สงบ มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Tomaino, 2015) จึงส่งผลให้บรรเทาความกลัว ความเครียด และความกังวลที่เกิดขึ้นได้ (Krisanaprakornkit et al., 2009)

นอกจากนี้ระบบลิมบิกยังเชื่อมโยงการทำงานกับสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสมดุลของร่างกาย (homeostasis) เมื่อร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล จะกระตุ้นให้มีการหลั่งของเอนโดรฟิน ทำให้มีการปรับอารมณ์ด้านบวกเพิ่มขึ้น ทั้งยังช่วยลดการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฟังดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง ความเร็วของจังหวะอยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที มีระยะเวลาอยู่ในช่วง 15-30 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสม คงความสนใจของผู้ฟัง รวมทั้งระดับของเสียงไม่สูงหรือต่ำมากเกินไป จะช่วยทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจดจำได้ดีขึ้น (Tomaino, 2015)

การสนับสนุนทางอารมณ์ ฟังก์ชันที่ 4 ติดต่อพยาบาลผดุงครรภ์ เป็นส่วนของการสื่อสารเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสตรีครรภ์แรกและพยาบาลผดุงครรภ์ โดยสตรีครรภ์แรกที่ยังมีความรู้สึกกลัวอยู่ สามารถติดต่อสื่อสารกับพยาบาลผดุงครรภ์ผ่านทางแอปพลิเคชันได้ทุกวัน เวลา 18.00-20.00 น. ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เกิดความรู้สึกมีพยาบาลผดุงครรภ์เป็นเพื่อน ที่สามารถบอกเล่าหรือระบายความรู้สึกกลัวของตนเองได้เมื่อรู้สึกกลัว ตลอดจนได้รับคำปรึกษาเพื่อคลายความกลัวที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม นอกจากนั้น การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลผดุงครรภ์ ขณะติดต่อสื่อสารกับสตรีมีการใช้คำพูด น้ำเสียงที่นุ่มนวล ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างสตรีครรภ์แรกและพยาบาลผดุงครรภ์ ทำให้สตรีครรภ์แรกรู้สึกว่าพยาบาลมีความห่วงใย เข้าใจ พร้อมให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกมีกำลังใจ เชื่อมั่นในตนเอง และบอกเล่าประสบการณ์ความกลัวที่เกิดขึ้น ใกล้เคียงกับการศึกษาของ กาญจนา ศรีสวัสดิ์, พรณพิไล ศรีอาภรณ์, และ จันทรัตน์ เจริญสันติ (Srisawat, Sriareporn, & Chareonsanti, 2011) พบว่า การได้รับข้อมูลและฝึกผ่อนคลายสามารถลดระดับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ การศึกษาของ วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (Sawatphanit, 2015) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการอบรมเตรียมตัวเพื่อคลอดธรรมชาติด้วยจิตประภัสสร จำนวน 3 ครั้ง รู้สึกจิตใจสงบในระหว่างการคลอด และการศึกษาของ รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (Permpech & Butsripoom, 2016) พบว่า การฟังดนตรีสามารถลดความวิตกกังวลในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น เมื่อสตรีครรภ์แรกได้รับการ



สนับสนุนด้านอารมณ์ จึงส่งผลให้สตรีครรภ์แรกรู้สึกกลัวการคลอดบุตรลดลง

การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยใช้แอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” ฟังก์ชันที่ 1 และ 2 เป็นการให้ข้อมูลความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน ซึ่งได้ประยุกต์ใช้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามแนวคิดของ Dick-Read (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ฟังก์ชันที่ 1 การคลอดบุตรไม่ใช่เรื่องน่ากลัว ให้การสนับสนุนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความหมายและผลกระทบของความกลัวการคลอดบุตร ฟังก์ชันที่ 2 ธรรมชาติของการคลอดบุตร ให้การสนับสนุนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ อาการเจ็บครรภ์เตือน เจ็บครรภ์จริง และอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลทันที 2) กระบวนการคลอด และ 3) การเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอด ในส่วนฟังก์ชันที่ 3 เทคนิคคลายความกลัว ให้การสนับสนุนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความกลัวการคลอดบุตร ได้แก่ การทำสมาธิเบื้องต้นและสมาธิผสมผสานดนตรีผ่อนคลาย การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรและวิธีการจัดการความกลัวการคลอดบุตร รวมทั้งแนะนำวิธีการใช้แอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” ในเมนูต่าง ๆ (Dick-Read, 1984; Eisenberg, Murkoff, & Hathaway, 2007; Sumawong, 1990) ทำให้สตรีครรภ์แรกได้รับข้อมูล ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้อง ตรงกับความต้องการ สตรีครรภ์แรกจึงแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร (Cohen et al., 2000) มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง รู้สึกมั่นคงปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โบว์ชมพู่ บุตรแสงดี และ ชลดา จันทร์ขาว (Budsangdee & Chankhao, 2021) พบว่า การใช้แอปพลิเคชันเป็นสื่อในการให้ความรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าสู่การคลอด ความเจ็บปวดที่ต้องเผชิญ การดูแลและการพยาบาลที่จะได้รับ การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการหายใจและลูบหน้าท้อง การสังเกตอาการเจ็บครรภ์จริง/ เตือน ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและทารกในครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ทำให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง บรรเทาความกลัว ความวิตกกังวล และสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ และการศึกษาในประเทศอิหร่าน ผลของแอปพลิเคชันเพื่อการศึกษาบนอุปกรณ์ไร้สายแบบพกพาต่อความกลัวการคลอดบุตรในสตรีครรภ์แรก พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับแอปพลิเคชันเพื่อการศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (Shirzad, Khalesi, & Niknami, 2022) ดังนั้น เมื่อสตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลโดยใช้แอปพลิเคชัน จึงสามารถช่วยบรรเทาความกลัวที่เผชิญอยู่ได้

การสนับสนุนด้านทรัพยากร แอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” ที่ผู้วิจัยมอบให้สตรีครรภ์แรกที่มีความกลัวการคลอดบุตรนำไปใช้นั้น ทำให้สตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องเพียงพอ รวดเร็ว ในทุกที่ ทุกเวลาที่ตนต้องการ หรือเมื่อเกิดความรู้สึกกลัวขึ้น ด้วยรูปแบบของแอปพลิเคชันที่มีความทันสมัย สะดวก สามารถเข้าถึงข้อมูลได้บ่อยครั้งตามที่ต้องการ และสอดคล้องกับนโยบายไทยแลนด์ 4.0 โดยฟังก์ชันที่ 4 ติดต่อพยาบาลผดุงครรภ์ เป็นส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัยได้เมื่อเกิดความรู้สึกกลัว ต้องการความช่วยเหลือ หรือเมื่อต้องการคำแนะนำและคำปรึกษา ทำให้สตรีครรภ์แรกรู้สึกว่ามีเพื่อน และสามารถขอรับความช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์ได้ ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการในทันที ตลอดจนได้รับการดูแลเอาใจใส่ คำแนะนำ และคำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความเข้าใจในสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญ จึงประเมินสถานการณ์ที่มาคุกคามว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่รุนแรง คลายความเครียดลง (Stewart, 1989) รู้สึกปลอดภัย อบอุ่น มีกำลังใจ และความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Fenwick et al. (2013) พบว่า การได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลผดุงครรภ์ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรได้ นอกจากนี้ หากผู้คลอดที่มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่าง



ต่อเนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์ จะส่งผลให้ความกลัวการคลอดบุตรลดลง (Sydsjö et al., 2015) ดังนั้น เมื่อสตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเจตคติ ความรู้สึกและพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น สามารถเผชิญต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จึงช่วยบรรเทาความกลัวการคลอดบุตรได้

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยในแอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” ฟังก์ชันที่ 4 ติดต่อยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้การเสริมแรง ได้แก่ การยกย่อง ชมเชย เมื่อสตรีครรภ์แรกสามารถปฏิบัติตนต่อความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งกระตุ้นให้สตรีทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การทำสมาธิเบื้องต้นและสมาธิผสมผสานดนตรีผ่อนคลายที่มีอยู่ในฟังก์ชันที่ 3 หากยังมีความรู้สึกกลัวอยู่ ทำให้สตรีรู้สึกว่าคุณค่า มีกำลังใจ ได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ที่สามารถนำไปใช้เพื่อประเมินตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้น (House, 1981) ทราบถึงวิธีการและเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อคลายความรู้สึกกลัวที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยบรรเทาความกลัวการคลอดบุตรนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่อง ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ภาชีนา บุญลาภ และ โสเพ็ญ ชูนวน (Bunlap & Chunuan, 2019) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีการปรับตัวด้านจิตสังคมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น เมื่อสตรีครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่า จึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดบุตรลดลง

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ผ่านแอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” อย่างต่อเนื่องเพียงพอยาบาลผดุงครรภ์ ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จะช่วยให้สตรีเกิดความรู้สึกและอารมณ์ด้านบวก เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ สงบ มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีการประเมินและการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง สามารถปรับตัวและเผชิญกับความกลัวการคลอดบุตรได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ความกลัวการคลอดบุตรของสตรีครรภ์แรกในกลุ่มทดลองที่ใช้แอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .05$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสตรีครรภ์แรกที่มีความกลัวการคลอดบุตร
2. แอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” นี้สามารถนำไปติดตั้งให้แก่สตรีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และมีสมาร์ทโฟน เพื่อใช้ลดความกลัวการคลอดบุตร
3. ด้านการศึกษาพยาบาล นำผลวิจัยไปเผยแพร่แก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน ในการดูแลสตรีครรภ์แรกที่มีความกลัวการคลอดบุตร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันในระยะคลอด และระยะหลังคลอด
2. ควรศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันต่อความกลัวการคลอดบุตรในสตรีกลุ่มอื่น เช่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เป็นต้น



3. ควรมีการพัฒนาแอปพลิเคชัน “การคลอดบุตร ไม่น่ากลัว” เพื่อให้สะดวก สามารถใช้งานได้เหมาะสม รวมถึงเพิ่มช่องทางการติดตั้งแอปพลิเคชันให้เป็นสาธารณะเพื่อความสะดวกในการดาวน์โหลดและติดตั้งใช้งาน

References

- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1238-1246.
- Budsangdee, B., & Chankhao, C. (2021). Effect of using an application for enhancing childbirth self-efficacy to cope with labor pain and perception of the childbirth experience of nulliparous pregnant adolescents. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 241-55. (in Thai)
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationship and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Cunningham, F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams Obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Dick-Read, G. (1984). Childbirth without fear: The original approach to natural childbirth. In H. F. Ellis & H. Wessel (Eds.), *Natural childbirth* (5th ed.). New York: Harper & Row.
- Eisenberg, A., Murkoff, H. E., & Hathaway, S. E. (2007). *What to expect when you're expecting* (4th ed.). (P. Sakornratanakul & S. Achananupap, Trans.). Bangkok: Moh-Chao-Ba. (in Thai)
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Sneddon, A. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: A midwife-led psycho-education intervention. *Biomedical Pregnancy and Childbirth*, 13, 1-9.
- Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick J. (2006). How social context impacts on woman's fear of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.065
- Geissbuehler, V., & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 229-235. doi: 10.3109/01674820209074677
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). Amsterdam: Elsevier.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Boston: Addison-Wesley.
- IMS Institute for Healthcare Informatics. (2015). *Patient adoption of Health: Use evidence and remaining barriers to mainstream acceptance*. Retrieved from http://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Reports/Patient%20Adoption%20of%20mHealth/ILHL_Patient_Adoption_of_mHealth.pdf
- Johnson, A. R., Kumar, M. G., Jacob, R., Jessie, M. A., Mary, F., Agrawal, T., & Raman, V. (2019). Fear of childbirth among pregnant women availing antenatal services in a maternity hospital in Rural Karnataka. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(4), 318.



- Kammee-on, S., & Rujiraprasert, N. (2014). Fears Associated with Pregnancy and Childbirth in Pregnant Women. *Journal of Nursing and Health Care*, 32(2), 147-154. (in Thai)
- Krisanaprakornkit, T., Rongbutsri, S., & Krisanaprakornkit, P. (2009). *Meditation therapy in psychiatry and mental health*. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)
- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115, 354-360.
doi: 10.1111/j.14710528.2007.01583.x
- Lukasse, M., Schei, B., & Ryding, E. L. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 99-106.
doi: 10.1016/j.srhc.2014. 06.007
- Melender, H. L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111. doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x
- Melender, H. L., & Lauri, S. (1999). Fears associated with pregnancy and childbirth--Experiences of women who have recently given birth. *Midwifery*, 15(3), 177-182.
doi: 10.1016/S0266-6138(99) 90062-1
- National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. (2022). *The 2022 Household survey on the use of information and communication technology* (Quarter 1). Retrieved from http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/ICT/Survey%20In%20Household/2022/full_report_q1_2022.pdf
- O'Connell, M. A., Leahy Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907-920.
- Paoin, W. (2017). Thailand Health 4.0 challenges and opportunities. *Journal of the Thai Medical Information Association*, 1, 31-36. (in Thai)
- Permpetch, R., & Butsripoom, B. (2016). The effect of music therapy on anxiety level in patients under going caesarean section. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(3), 34-43. (in Thai)
- Promkanta, N., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2016). Effect of social support on fear of childbirth among primiparous parturients. *Nursing Journal*, 47(3), 40-49. (in Thai)
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K., & Rydhstrom, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmaki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1315-1319.
-



- Sawatphanit, V. (2015). Model for natural childbirth services by Jitrapatsorn. *Journal of Liberal Arts Maejo University*, 3(1), 96-120. (in Thai)
- Shirzad, A., Khalesi, Z. B., & Niknami, M. (2022). The effect of a mobile-based education app on fear of childbirth in pregnant women. *International Journal of Childbirth*, 12(2). doi: 10.1891/IJC-2021-0026
- Srisawat, K., Sriareporn, P., & Chareonsanti, J. (2011). Effect of educational provision and relaxation training on stress among pregnant adolescents. *Nursing Journal*, 38(1), 40-51. (in Thai)
- Stewart, M. J. (1989). Social support: Diverse theoretical perspectives. *Social Science & Medicine*, 28(12), 1275–1282. doi: 10.1016/0277-9536(89)90346-8
- Storksén, H. T., Gran, M. E., Niegél, S. G., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth: The relation to anxiety and depress. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 91, 237-242. doi: 10.1111/j.16000412.2011.01323.x
- Sumawong, V. (1990). *Obstetrics–handbooks*. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Mahidol University. (in Thai)
- Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 115-119. doi: 10.1186/s12884-015-0548-6
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(1), 44-49.
- Tampawiboon, K. (2005). *Effects of childbirth preparation on fear, labor pain coping behaviors, and childbirth satisfaction in primiparas* (Unpublished master's thesis). University of Mahidol, Thailand.
- Tomaino, C. M. (2015). Music therapy and the brain. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music therapy handbook* (pp. 40-50). New York: The Guilford Press.
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 275.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 19(2), 84-97. doi: 10.3109/01674829809048501
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84.



Nursing Care of Breast Cancer Patients Undergoing Surgery at Outpatient Department การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก

จุฑามาศ	ปึงธนากิจ*	Chuthamas	Puengtananukij*
จิตรานันต์	กงวงศ์**	Jittranun	Kongwong**

Abstract

Breast cancer is a major health problem worldwide including Thailand. Treatment of breast cancer depends on stage of the disease and individual patient physical condition. In the early staged breast cancer, surgery is considered as the first line therapy. Register nurses who work in the outpatient department surgical clinic have some important roles including screening for abnormalities, coordinating for proper and timely investigation and surgical treatment. The nurses have responsibility to care and patient support for receive unexpected regret to appropriately. To fulfill such roles, knowledge and communication skill are needed to enhance the patients' ability to face with reality, having physical and mental readiness for an upcoming operation, post-operation complication preventive self-care, and ability to monitor for disease recurrence. The author adopted her knowledge and experiences as well as contents from related literatures review regarding types, staging of disease and essential nursing care of breast cancer to write this article. Readers will have cues to provide proper and safe outpatient department nursing care for these patients, so quality of life of these patients can be improved.

Keywords: Breast cancer patients; Out patient department nursing care; Surgery

* Corresponding author, Registered Nurse, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital; e-mail: chuthamas.pue@mahidol.edu

** Registered Nurse, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

Received 19 January 2023; Revised 27 March 2023; Accepted 29 March 2023



บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมนับเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การรักษามะเร็งเต้านมจะขึ้นอยู่กับระยะของโรคและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก การผ่าตัดมักได้รับการพิจารณาให้เป็นวิธีการรักษาหลัก พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติ การประสานงานเพื่อการตรวจวินิจฉัย และการรักษาทางศัลยกรรมที่เหมาะสมและทันกาล จนถึงกระบวนการที่แพทย์ลงความเห็นว่าต้องเข้ารับการผ่าตัด พยาบาลมีหน้าที่ดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับข่าวร้ายได้อย่างเหมาะสม ซึ่งบทบาทดังกล่าวอาศัยความรู้และทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความจริง และมีความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจและร่างกายที่จะเข้ารับการผ่าตัด ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมทั้งการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ ผู้เขียนได้นำประสบการณ์ ความรู้ และบททบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องโรค ชนิด ระยะของมะเร็งเต้านม และการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อ่านได้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การพยาบาลผู้ป่วยนอก การผ่าตัด

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

e-mail: chuthamas.pue@mahidol.edu

** พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั้งในประเทศไทย และทั่วโลก ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติทั่วโลกในปี ค.ศ. 2018 – 2019 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 2.08 และ 2.10 ล้านรายตามลำดับ และในปี ค.ศ. 2020 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 2.3 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 11.7 ของโรคมะเร็งทั้งหมด และพบเป็นอันดับ 1 ของเพศหญิง มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 5 ของมะเร็งทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 6.9 (Sung et al., 2021)

สำหรับสถิติในประเทศไทย มะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 39.8 (National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand, 2020) มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 14.3 (Ministry of Public Health, 2021) โดยพบอุบัติการณ์มากที่สุดในช่วงอายุ 45-60 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 7.6 ระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 32.5 ระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 29.6 และระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 23.2 อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีคิดเป็นร้อยละ 92.1 และโอกาสรอดชีวิตที่ 10 ปี เป็นร้อยละ 85.6 (National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand, 2022 as cited in Tehopakarn, Maneewat, & Suwannaboon, 2022)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการคลำพบก้อนที่เต้านม หรือเต้านมมีรูปร่างเปลี่ยนแปลง หัวนมถูกดึงรั้ง หรือผิวที่เต้านมมีลักษณะขรุขระเหมือนเปลือกส้ม (Kingkaew, 2017) ดังนั้นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด คือการค้นหาค้นหาโดยการคัดกรองความผิดปกติของเต้านมให้เร็วที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการคัดกรองด้วยการคลำเต้านมด้วยตนเอง การตรวจคัดกรองโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข หรือการตรวจคัดกรองด้วยการตรวจเต้านมด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasound) การถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษา และการรอดชีวิต อย่างไรก็ตามหากตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้น การรักษาโดยการผ่าตัด สามารถเพิ่มโอกาสการหายขาดจากโรคมะเร็งได้มากขึ้น

พยาบาลผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติ และปัจจัยเสี่ยง และการติดตามดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด การให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การมีความรู้ความเข้าใจทักษะและการตัดสินใจที่ถูกต้องและแม่นยำ จำเป็นเพื่อช่วยในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ บทความวิชาการนี้เขียนขึ้นเพื่อให้พยาบาลได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่แผนกผู้ป่วยนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจแบ่งการดูแลเป็น 2 ส่วนได้แก่ การตรวจคัดกรองเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัย รวมทั้งการติดตามดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การคัดกรองและการตรวจวินิจฉัย

การคัดกรองเริ่มจากการค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมที่แน่ชัด แต่พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศหญิงที่เพิ่มขึ้น และยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Sun et al., 2017) ได้แก่

- 1) เพศหญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- 2) การเริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือนเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี หรือ หญิงที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากกว่า 35 ปี หรือไม่มีบุตร



3) ฮอโมน-เอสโตรเจน โดยพบว่าการได้รับฮอโมนเอสโตรเจนทดแทนในหญิงวัยหมดประจำเดือนมีผลเพิ่มความเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านม

4) เพศหญิงที่มีมารดาหรือพี่สาวเป็นมะเร็งเต้านม

5) พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และภาวะอ้วน

กรณีพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของเต้านมพยาบาลควรทำการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติการมีประจำเดือน การได้รับยาฮอโมนเสริม ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมในครอบครัว และประวัติการสูบบุหรี่ เพื่อเตรียมบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนก่อนส่งพบศัลยแพทย์ต่อไป

เมื่อผู้ป่วยได้พบกับศัลยแพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายโดยวิธีคลำเต้านม และส่งตรวจพิเศษด้วยการถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography) ร่วมกับการทำอัลตราซาวด์เต้านม (ultrasound breast) เพื่อทำการวินิจฉัย การตรวจ mammography แปลผลโดยใช้หลักสากล Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย The American College of Radiology to standardize mammographic reporting โดยแบ่งภาพที่พบได้เป็น BI-RADS 0-6 ดังนี้ (American cancer society, 2022)

ผลอ่าน	การแปลผล
BIRADS 0	การตรวจ mammography ไม่สมบูรณ์ ทำให้มีข้อมูลไม่เพียงพอ ต้องทำการตรวจซ้ำเพื่อค้นหาความผิดปกติ
BI-RADS 1	การตรวจเป็นผลลบ ไม่พบความผิดปกติใด ๆ แนะนำให้ตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และตรวจติดตามผลด้วย mammography ทุก 1 ปี
BI-RADS 2	ตรวจพบรอยโรคผิดปกติชนิดไม่ร้ายแรง เช่น พบถุงน้ำ (cyst), หินปูน, แคลเซียม แนะนำให้ตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง และตรวจติดตามผลด้วย mammography ทุก 1 ปี
BI-RADS 3	พบรอยโรคที่ผิดปกติ มีโอกาสเป็นมะเร็งน้อยกว่าร้อยละ 2 แนะนำให้ตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง ตรวจ ultrasound breast ทุก 6 เดือน ร่วมกับการตรวจ mammography ทุก 1 ปี
BI-RADS 4	พบรอยโรคผิดปกติที่มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งร้อยละ 2-95 ต้องมีการเจาะชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา BIRADS 4 นี้ ยังสามารถแบ่งตามโอกาสที่จะเกิดมะเร็งเต้านมดังนี้ 1) 4A มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 2-10 2) 4B มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 10-50 3) 4C มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 50-95
BI-RADS 5	พบรอยโรคผิดปกติที่มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งมากกว่าร้อยละ 95 ต้องมีการเจาะชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพิ่มเติม
BI-RADS 6	ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมอยู่แล้ว แต่ส่งตรวจ mammography เพิ่มเติมเพื่อให้การรักษาต่อ

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการประสานการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการรักษา หลังจากที่ศัลยแพทย์ได้แจ้งผลอ่านแก่ผู้ป่วย โดยหากผลอ่านเป็น BI-RADS 1-3 พยาบาลจะให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อติดตามการทำ ultrasound breast และ mammography ดังรายละเอียดในตาราง และแนะนำการตรวจเต้านมตนเองทุก 1 เดือน หากผลอ่านเป็น BI-RADS 4-5 แพทย์จะพิจารณาการเจาะชิ้นเนื้อเต้านมเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา



เพื่อทำการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมต่อไป เมื่อผลตรวจทางพยาธิวิทยาบ่งชี้ว่าเป็นมะเร็งเต้านม อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวความเจ็บปวด กลัวการรักษาไม่หาย การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยมีทั้งการปฏิเสธ (denial) โกรธ (anger) การต่อรอง (bargaining) ซึมเศร้า (depression) และการยอมรับ (acceptance) การแสดงออกหลังได้รับทราบข่าวร้ายย่อมแตกต่างกันขึ้นกับลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล รวมถึงระยะเวลาในการทำใจแตกต่างกัน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทมากที่สุดหลังจากที่ผู้ป่วยรับทราบข่าวร้าย เนื่องจากจะเป็นผู้ที่ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย และมักเป็นผู้ที่ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยอารมณ์และความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัว ควรร่วมมือกับครอบครัวเพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความปลอดภัยและห่วงใย ให้เวลากับผู้ป่วยในการทำใจยอมรับความจริง แม้ว่าการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางความรู้สึกต่าง ๆ จนทำให้ครอบครัวเกิดความไม่สบายใจ แต่การบอกความจริงนั้นจะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนชีวิตของตนเอง และตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง ศัลยแพทย์จะแนะนำแนวทางการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งมีการรักษาแบบผสมผสานหลากหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสีรักษา การใช้ยาต้านฮอร์โมนและยาที่เฉพาะเจาะจงเซลล์มะเร็ง (targeted therapy) ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งเต้านม ระยะของโรค และความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับการส่งตรวจเพิ่มเติมโดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ในส่วนช่องท้อง และทรวงอก เพื่อหาระยะของโรคและสามารถวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกมักใช้วิธีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก ซึ่งมีประโยชน์ในการควบคุมโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ชนิดและระยะของมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

การแบ่งชนิดและระยะของมะเร็งเต้านม สามารถแบ่งได้จากผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ และลักษณะของก้อนที่พบจากการผ่าตัด ใช้ในการวางแผนการรักษาและเลือกวิธีการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงใช้ในการวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด มะเร็งเต้านมแบ่งได้เป็น 4 ระยะ นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกมะเร็งระยะที่ 1 ถึง 2A ว่า “มะเร็งระยะเริ่มต้น” และระยะ 2B ถึงระยะ 3 ว่า “มะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่” (American society of clinical oncology, 2021) ดังนี้

ระยะที่ 0 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งยังไม่มีมีการลุกลามหรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (carcinoma in situ) ยังอยู่ในท่อน้ำนม (Ductal Carcinoma In Situ: DCIS) หรือต่อมน้ำนม (lobular carcinoma in situ; LCIS) การผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนใหญ่แพทย์จะเลือกใช้วิธี การผ่าตัดแบบสงวนเต้าเป็นลำดับแรก เนื่องจากยังไม่มีมีการลุกลามของเซลล์มะเร็ง แต่หากมีข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถผ่าตัดโดยวิธีนี้ได้ อาจพิจารณาเลือกการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด ขึ้นกับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะที่ 1A เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก ลุกลาม แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 1B เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก ลุกลาม และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง โดยในระยะที่ 1A และ 1B นั้น เซลล์มะเร็งจะมีการลุกลามออกจากท่อน้ำนม (invasive ductal carcinoma; IDC) หรือต่อมน้ำนม (invasive lobular carcinoma; ILC) ได้ และอาจลุกลามไปยังผิวหนังของเต้านมทำให้มีลักษณะบวมแดง ร้อน หนาตัวและมีรอยบุ๋มของผิวหนังบริเวณเต้านมคล้ายผิวเปลือกส้ม เนื่องจากเซลล์มะเร็งไปอุดกั้นทางเดินน้ำเหลือง ทำให้ดูลักษณะคล้ายเต้านมอักเสบ แต่หากเป็นการอักเสบจากมะเร็งจะไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้หากเซลล์มะเร็งลุกลามมายังบริเวณหัวนม (nipple) จะทำให้บริเวณผิวหนังของหัวนม และลานนมจะมีการหนาตัว แดง คัน ร่วมกับมีเลือดออกทางหัวนม ซึ่งเรียกมะเร็งชนิดนี้ว่า มะเร็งที่หัวนม (paget disease of nipple) การผ่าตัดเต้านมในระยะนี้นั้น แพทย์จะเลือกการผ่าตัดแบบสงวนเต้า ตัดเต้านมออกทั้งหมด หรือการตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ขึ้นกับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย



ระยะที่ 2A เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อมน้ำ หรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 2B เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อมน้ำ หรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง โดยในระยะที่ 2 นั้น เซลล์มะเร็งจะเริ่มมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ดังนั้นแพทย์จะเลือกการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม ผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด หรือผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง รวมถึงการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ขึ้นอยู่กับการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะที่ 3A เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งทุกขนาดมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 4-9 ต่อมน้ำ หรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งอาจมีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร แต่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเพียง 1-3 ต่อมน้ำ

ระยะที่ 3B เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งแพร่กระจายไปยังผนังทรวงอก ทำให้เกิดอาการบวม เป็นแผลบริเวณเต้านม หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งชนิด inflammatory breast cancer (IBC) และอาจมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 9 ต่อมน้ำ แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังบริเวณอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย

ระยะที่ 3C เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งทุกขนาดมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มากกว่า 10 ต่อมน้ำ แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย ในระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งจะมีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร หรือแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังบริเวณอวัยวะอื่น ๆ ทั้งนี้หากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และกระจายไปยังเนื้อเยื่อรอบเต้านม แพทย์อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัด (neoadjuvant chemotherapy) เพื่อควบคุมไม่ให้มีการลุกลามมากขึ้น และลดขนาดของก้อนให้เล็กลง จึงทำการผ่าตัดโดยวิธีสงวนเต้านม ผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งทุกขนาด มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ไกลออกไป (metastatic breast cancer) เช่น กระดูก ปอด สมอง ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ไกลออกไป เป็นต้น การผ่าตัดในมะเร็งระยะที่ 4 นี้อาจไม่ใช้การรักษารักษาหลัก เนื่องจากเซลล์มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ แล้ว มีจุดประสงค์การรักษาเพื่อประคับประคอง (palliative treatment) บรรเทาความเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วย โดยการส่งต่อให้ทีมแพทย์มะเร็งวิทยา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

การผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การผ่าตัดมะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกได้เป็นการผ่าตัดที่เนื้อเต้านม การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และการผ่าตัดเพื่อเสริมสร้างเต้านมใหม่หรือแก้ไขความบกพร่อง ดังนี้

1. การผ่าตัดที่เนื้อเต้านม แบ่งได้เป็น 3 วิธี ได้แก่

1.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (total mastectomy) เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อนมออกทั้งหมด รวมถึงหัวนม ลานนม และกล้ามเนื้อหน้าอก โดยวิธีการผ่าตัดจะเลาะตามแนวของกล้ามเนื้อหน้าอกไปจนถึงเนื้อเยื่อเต้านมส่วนปลายออก ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ หลายก้อน เต้านมขนาดเล็ก มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกหรือมีข้อห้ามในการฉายรังสีที่เต้านมหลังผ่าตัด (Goethals & Rose, 2022) การผ่าตัดนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะข้อไหล่ติดภายหลังได้รับการผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่เลาะกล้ามเนื้อหน้าอกออกทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าขยับแขน เกิดภาวะข้อไหล่ติดได้

1.2 การผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy; MRM) เป็นการผ่าตัดเต้านมโดยตัดเฉพาะกล้ามเนื้อ pectoralis minor ออกเพื่อทำให้เลาะต่อมน้ำเหลืองและไขมันที่รักแร้ได้ดีขึ้น เก็บกล้ามเนื้อ pectoralis major และเส้นประสาท lateral pectoral nerve ไว้ โดยจะเลาะต่อมน้ำเหลือง



บริเวณรักแร้ออกด้วย (axillary node) การผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานสำหรับโรคมะเร็งในระยะที่ 1, 2 และ 3A ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้ในปัจจุบัน (Qiu, Xu, Kong, Ding, & Chen, 2020) การผ่าตัดนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะของเหลวคั่งใต้แผล เนื่องจากมีการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ในบางรายอาจเกิดภาวะแขนบวม เนื่องจากการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองอาจทำให้การไหลเวียนของน้ำเหลืองลดน้อยลง ต่อมน้ำเหลืองอุดตัน

1.3 การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (breast conserving surgery: BCS) เป็นการผ่าตัดเนื้องอกบางส่วนที่เป็นเซลล์มะเร็งออกให้หมด โดยจะทำการตัดก้อนมะเร็งและเนื้องอกปกติที่อยู่บริเวณรอบ ๆ โดยตัดห่างจากขอบของก้อนมะเร็งประมาณ 1-2 เซนติเมตร ยังคงเหลือหัวนม ฐานนมและเนื้อของเต้านม ทำให้ไม่เสียรูปทรงภายหลังผ่าตัด ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 และ 2 ส่วนมากมักเลือกใช้ในรายที่เนื้องอกมีขนาดไม่เกิน 4 เซนติเมตร หรือมีมะเร็งเพียงตำแหน่งเดียว ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการฉายรังสีที่เต้านมร่วมด้วยเสมอ (Qiu et al., 2020)

2. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่

2.1 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกทั้งหมด (axillary lymph node dissection; ALND) เป็นการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ทำให้ได้ประโยชน์ทั้งในการควบคุมโรค และวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น มีอาการขาบริเวณต้นแขนด้านใน การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนทำงานลดลง ภาวะแขนบวม เนื่องมาจากมีการอุดตันของต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง หรือภาวะข้อไหล่ติดเนื่องมาจากเกิดพังผืดบริเวณกล้ามเนื้อหัวไหล่ (Abass, Gismalla, Alsheikh, & Elhassan, 2018)

2.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (sentinel lymph node biopsy; SLNB) เป็นการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ซึ่งเป็นต่อมน้ำเหลืองตำแหน่งแรกของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก และนำต่อมน้ำเหลืองนี้ไปตรวจเพื่อยืนยันว่ามีมะเร็งกระจายมาหรือไม่ หากไม่พบการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ก็ไม่ต้องผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองตำแหน่งอื่นออกทำให้เกิดภาวะแขนบวมลดลง แต่หากตรวจพบการกระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกทั้งหมด (National Cancer Institute, 2019)

การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (breast reconstruction) เป็นการผ่าตัดที่นำเนื้อเยื่อบริเวณอื่นของร่างกายหรือใช้วัสดุที่ทำเลียนแบบเต้านมมาเพื่อเสริมสร้างเต้านมใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจ สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่นั้นสามารถทำในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 0, 1, และ 2 (Somintara, 2015) โดยการนำเนื้อเยื่อบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมาเสริมสร้างเป็นเต้านมใหม่ ได้แก่ เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้อง (transverse rectus abdominis myocutaneous flap or TRAM flap) เนื้อเยื่อบริเวณสะบักหลัง (latissimus dorsi myocutaneous flap or LD flap) การใช้เนื้อเยื่อไขมัน (fat grafting, lipofilling) จากหน้าท้องหรือต้นขา เป็นต้น (National Cancer Institute, 2017)

หลังจากที่ผู้ป่วยได้ทราบระยะและชนิดของมะเร็งเต้านมแล้วนั้น ศัลยแพทย์จะวางแผนการรักษา และเลือกชนิดของการผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูล คำปรึกษา ความรู้ความเข้าใจ แผนการรักษา ขั้นตอนระยะเวลาในการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และสามารถเผชิญกับการรักษาได้



การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด

บทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยที่ยังไม่ต้องการเข้ารับการผ่าตัด จะได้รับการดูแลจากแพทย์รังสีรักษา หรือแพทย์มะเร็งวิทยา ขึ้นกับทางเลือกที่ศัลยแพทย์ได้เลือกการรักษาตามระยะของโรค ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดนั้น สามารถแบ่งการดูแลผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การดูแลระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ และร่างกาย ในการจะเข้ารับการผ่าตัด การพยาบาลมีดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมทางด้านสภาวะจิตใจในระยะก่อนผ่าตัด นั้นจะเริ่มจากที่ผู้ป่วยรับทราบข่าวร้ายจากแพทย์ ซึ่งมีผลกระทบกับจิตใจของผู้ป่วยและญาติ บางครั้งอาจจะรับฟังข้อมูลจากแพทย์ไม่ครบถ้วน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ในระยะแรกของการรับทราบข่าวร้าย ผู้ป่วยอาจมีการตอบสนองทางอารมณ์ ได้แก่ การปฏิเสธและแยกตัว โกรธ ต่อบรอง ซึมเศร้า และยอมรับความจริง ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลที่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับ สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ สุรภา สายแก้ว, ยุพิน ถนอมวิชัย, และ วัลภา คุณทรงเกียรติ (Saikaew, Tanatwanit, & Kunsongkit, 2020) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลูกกลมนั้น พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือการสื่อสารจากพยาบาลที่มีความชัดเจน เข้าใจง่าย มีการดูแลทางด้านจิตใจมุ่งเน้นพูดคุยให้กำลังใจควบคู่ไปกับการดูแลด้านร่างกาย ดังนั้นพยาบาลควรมีทักษะในการประเมินการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ การให้ข้อมูลซ้ำเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการรักษา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล พยาบาลควรแสดงออกถึงความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นผู้ฟังที่ดี และให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงการให้ผู้ป่วยได้ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Chanapan, 2020) เพื่อพิจารณาส่งพบจิตแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงน้อยจนถึงมาก

1.2 การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายในระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเต้านมมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ และใช้ยาระงับความรู้สึก จึงมีความจำเป็นต้องเตรียมสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้พร้อมก่อนได้รับการผ่าตัดดังนี้

ก. การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการซักประวัติเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงจากการผ่าตัด ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัวต่าง ๆ ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร ประวัติการผ่าตัดในอดีต แนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานเป็นประจำมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจสอบการรับประทานยา เนื่องจากยาบางชนิดมีความจำเป็นต้องงดก่อนการผ่าตัด ได้แก่ ยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet) เช่น Aspirin, Dipyridamole งด 7 วันก่อนผ่าตัด Clopidogrel, Ticagrelor งด 5 วันก่อนผ่าตัด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) เช่น Warfarin งด 5 วันก่อนผ่าตัด เป็นต้น (Thummawut & Laongkaew, 2022)

ข. การส่งเสริมความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย โดยการให้ข้อมูลการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการทำกายบริหารเพื่อป้องกันภาวะข้อไหล่ติดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดภายหลังการผ่าตัด สามารถเริ่มฝึกปฏิบัติได้ตั้งแต่ออกเข้ารับการผ่าตัด โดยเน้นการเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ให้ครบทุกทิศทางทั้ง 6 ได้แก่ ทิศทางยกไปด้านหน้า (extension) ทิศทางยกไปด้านหลัง (flexion) ทิศทางกางออกด้านข้างลำตัว (abduction) ทิศทางหุบเข้าหาลำตัว (adduction) ทิศทางหมุนเข้าหาลำตัว (internal rotation) และทิศทางหมุนออกจากลำตัว (external rotation) ทำโดยใช้ท่าทางแขนเข้าและออก ท่ายกแขนขึ้นและลง ท่าแกว่งแขนเป็นวงกลม และท่าไต่ผนัง ควรบริหารต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปีภายหลังผ่าตัด บริหารท่าละ 5 ครั้ง เข้าและเย็น นอกจากนั้นควรเน้นย้ำสิ่งที่ต้องงดหรือหลีกเลี่ยง



ได้แก่ การรับประทานอาหารหมักดอง การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ค. การเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจระดับเม็ดเลือด (CBC) การตรวจการทำงานของไต (BUN, creatinine) ระดับเกลือแร่ในเลือด (electrolyte) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเฉพาะ แพทย์จะพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อดูภาวะผิดปกติของโรคประจำตัว การส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 35 ปี เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ และส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest X-ray) ทุกรายเพื่อประเมินสภาพปอดและพร้อมสำหรับดมยาสลบ โดยผลการตรวจนั้นสามารถใช้ได้ภายใน 6 เดือน นับจากวันที่ได้รับการตรวจ

ง. ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ กรณีที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือมีโรคประจำตัว เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนเข้ารับการผ่าตัด และปรึกษาวินิจฉัยแพทย์ทุกราย เพื่อประเมินความเสี่ยงและวางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึก

จ. เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลการผ่าตัด ผลข้างเคียงจากการผ่าตัด และซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ จนเข้าใจ พยาบาลผู้ป่วยนอกจะเตรียมเอกสารการนอนโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมนอนโรงพยาบาลและยินยอมผ่าตัดไว้ล่วงหน้า

2. การดูแลภายหลังได้รับการผ่าตัด หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน และมาพบแพทย์ตามนัด พยาบาลจะเป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพร้อมทั้งทางจิตใจและร่างกาย ในการใช้ชีวิตต่อไป โดยมีการพยาบาลดังนี้

2.1 การดูแลสภาพจิตใจภายหลังผ่าตัด

การสูญเสียภาพลักษณ์ภายหลังได้รับการผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด อาจมีความรู้สึกอาย ไม่อยากเข้าสังคม ทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม สิ้นหวังนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า แม้ในผู้ป่วยบางกลุ่มจะมีความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางกายระดับปานกลาง (Cheewabantherng & Roomruangwong, 2014) แต่การช่วยเสริมความมั่นใจในภาพลักษณ์ทางกายเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งในปัจจุบันมีการรักษาเพิ่มเติมโดยการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่ หรือการใช้ชุดชั้นในเสริมเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 การดูแลร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการผ่าตัด

หลังจากผ่าตัดเต้านมและพักฟื้นจนร่างกายแข็งแรง ศัลยแพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน และนัดหมายมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกอีกประมาณ 1-2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมาย พยาบาลจะทำการดูแลผู้ป่วยดังนี้

ก. ประเมินสัญญาณชีพแรกเริ่ม ซักประวัติอาการ ลักษณะของแผล ความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด การมีไข้ และประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนี้

1) ภาวะของเหลวคั่งใต้แผล (seroma) เกิดจากการรั่วของน้ำเหลืองออกนอกหลอดเลือดระหว่าง การผ่าตัดและต่อมน้ำเหลือง โดยเมื่อคลำบริเวณหน้าอกข้างที่ผ่าตัดจะพบลักษณะเป็นก้อนบวมเหมือนถุงน้ำอยู่ บริเวณใต้แผลผ่าตัดนั้น (ภาพที่ 1) ภาวะนี้จะก่อให้เกิดความไม่สบาย และทำให้แผลหายช้าลง ศัลยแพทย์จะทำการใส่สายระบายสารคัดหลั่งจากบริเวณแผลผ่าตัดเพื่อระบายน้ำออก และจะนำสายออกเมื่อปริมาณน้ำลดลงเหลือ 20-50 มิลลิลิตร/วัน ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด แพทย์จะทำการประเมินลักษณะของ seroma หากพบภาวะนี้ แพทย์จะทำการดูดของเหลวที่คั่งใต้แผลออก พยาบาลควรให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยดังนี้

– ทวนสอบข้อมูลเมื่อแพทย์แจ้งการทำหัตถการดูดของเหลวคั่งใต้แผล (aspirate seroma)



- เตรียมตัว จัดทำผู้ป่วยสำหรับการทำหัตถการ โดยให้ผู้ป่วยนอนราบ ยกแขนข้างที่ผ่าตัดขึ้น
- พยาบาลจัดเตรียมอุปกรณ์ (ภาพที่ 2) และช่วยแพทย์ในการทำ aspirate seroma (ภาพที่ 3)
- หลังจากที่แพทย์ทำการ aspirate seroma แล้ว พยาบาลจะช่วยปิดแผลให้ผู้ป่วย (ภาพที่ 4) พร้อมทั้งให้คำแนะนำการดูแลแผลภายหลังได้รับการเจาะของเหลวใต้แผล โดยสามารถเปิดแผลบริเวณที่ทำการเจาะของเหลวได้เมื่ออาบน้ำ และเช็ดให้แห้ง โดยไม่ต้องปิดแผลซ้ำ สังเกตภาวะของเหลวคั่งใต้แผล หากมีอาการปวด บวมแดง ร่วมกับมีไข้ให้มาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดหมาย



ภาพที่ 1 ภาวะของเหลวคั่งใต้แผล (seroma) (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)



ภาพที่ 2 อุปกรณ์สำหรับทำ aspirate seroma (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)



ภาพที่ 3 การทำ seroma aspiration (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)



ภาพที่ 4 การปิดแผลบริเวณที่ทำการ aspirate seroma (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)



2) ภาวะข้อไหล่ติด (frozen shoulder) เกิดจากหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการปวดตึงแผลผ่าตัด ไม่กล้าขยับแขน กลัวแผลฉีกขาด ทำให้ไม่ยอมเคลื่อนไหว มีการใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดลดลง เกิดพังผืด ส่งผลให้เกิดภาวะข้อไหล่ติดได้ จึงควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยบริหารข้อไหล่อย่างต่อเนื่องภายหลังได้รับการผ่าตัดแล้ว

3) ภาวะแขนบวม (lymphedema) เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ทำให้มีโอกาสเกิดอาการแขนบวมจากน้ำเหลืองคั่ง เนื่องจากการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเป็นการตัดทางเดินของน้ำเหลืองจากแขนที่จะกลับเข้าสู่หัวใจผ่านทางรักแร้ หรือมีพังผืดมารัดบริเวณทางเดินน้ำเหลือง ภาวะนี้เกิดขึ้นได้ร้อยละ 21.4 (Gillespie, Sayegh, Brunelle, Daniell, & Taghian, 2018) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการหลังได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้ควรเน้นย้ำวิธีการป้องกันภาวะแขนบวมได้แก่ การดูแลสุขภาพผิว เพื่อป้องกันไม่ให้แขนข้างที่ได้รับการผ่าตัดเกิดการอักเสบ ติดเชื้อ การทำความสะอาดแขนโดยใช้สบู่ที่อ่อน ทาโลชั่นเพื่อไม่ให้ผิวแห้ง ระคายเคือง หลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่จะเกิดบาดแผล เช่น มีดบาด เจาะเลือด ให้น้ำเกลือ แผลงสัตรีกัดต่อย ผิวไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นต้น หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ต้องรัดแขนนาน ๆ เนื่องจากการกีดขวางการไหลของน้ำเหลือง เช่น การวัดความดันโลหิต การสวมเสื้อผ้า เครื่องประดับ ที่รัดแน่นบริเวณแขน และรักแร้ พยาบาลควรให้ข้อมูลผู้ป่วยในการสังเกตภาวะแขนบวม หากเริ่มมีอาการแขนบวมแนะนำให้นอนแขนหนุนหมอนโดยให้แขนอยู่สูงกว่าระดับหัวใจเพื่อช่วยให้การไหลเวียนของน้ำเหลืองกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้นและทำกายบริหารโดยทำท่ากำมือสลับแบมือ เพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองโดยทำวันละ 5-10 ครั้ง 3 เวลา เช้า กลางวันและเย็น ทำการนวดแขนข้างที่บวมตึงนี้ ยกแขนข้างที่ผ่าตัดขึ้น และนวดไล่จากบริเวณปลายนิ้วมือลงไปที่ต้นแขนอย่างเบามือ ประมาณ 20 ครั้งต่อรอบ วันละ 3-4 รอบ หากมีอาการแขนบวมแดง อักเสบให้พักการนวดแขนไว้ และมาพบแพทย์

ข. พยาบาลควรให้คำแนะนำสังเกตอาการผิดปกติของเต้านมเป็นประจำ เพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ โดยการเน้นย้ำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกวันที่ 7-10 นับจากวันที่มีประจำเดือนครั้งแรกของทุกเดือน เนื่องจากเป็นช่วงที่เต้านมอ่อนนุ่ม คลำหาก้อนแข็งได้ง่ายที่สุด กรณีที่ไม่มีประจำเดือนแล้ว ควรกำหนดวันที่ช่วยให้จำง่าย เช่น ทุกวันที่ 1 หรือ 15 ของเดือน หากพบความผิดปกติให้มาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยต่อไป

บทสรุป

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ โดยมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมหลายปัจจัย ส่งผลกระทบระยะยาวต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตทุกระยะของการรักษา ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี แต่การรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือการผ่าตัดมะเร็งเต้านม การผ่าตัดขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรค และอาจจะได้รับการรักษาอื่นร่วมด้วย ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะแขนบวม ภาวะข้อไหล่ติด หรือเกิดความบกพร่องในการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และแขน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน และส่งผลต่อจิตใจ พยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกคัดสรรมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล เสริมพลังบวก ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยพร้อมเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการดูแลในทุกระยะของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป



References

- Abass, M. O., Gismalla, M. D. A., Alsheikh, A. A., & Elhassan, M. M. A. (2018). Axillary lymph node dissection for breast cancer: Efficacy and complication in developing countries. *Journal of Global Oncology*, 4, 1-8. doi: 10.1200/jgo.18.00080
- American Cancer Society. (2022). Understanding your mammogram report. *American Cancer Society*, 23-25. Retrieved from <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8579.00.pdf>
- American Society of Clinical Oncology. (2021). Breast cancer: Stages. *Journal of Clinical Oncology*. Retrieved from <https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/stages>
- Chanapan, N. (2020). Patients with major depressive disorder: Nurse's role in promoting for patients' self-care. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 32(1), 76-88. (in Thai)
- Cheewabantherng, C., & Roomruangwong, C. (2014). Body image and its associated factors in patients with breast cancer with mastectomy at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, 58(5), 563-576. Retrieved from <https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=4545&context=clmjjournal> (in Thai)
- Gillespie, T. C., Sayegh, H. E., Brunelle, C. L., Daniell, K. M., & Taghian, A. G. (2018). Breast cancer-related lymphedema: Risk factors, precautionary measures, and treatments. *Gland Surgery*, 7(4), 379-403. doi: 10.21037/gs.2017.11.04
- Goethals, A., & Rose, J. (2022). *Mastectomy*. Tempa, FL: StatPearls.
- Kingkaew, J. (2017). Breast cancer and nursing care for breast cancer surgery patients. *Thai Cancer Journal*, 37(4), 167-170. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2021). *Public Health Statistics A.D. 2020*. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2563_0.pdf
- National Cancer Institute. (2017). *Breast reconstruction after mastectomy*. National cancer institute. Retrieved from <https://www.cancer.gov/types/breast/reconstruction-fact-sheet>
- National Cancer Institute. (2019). *Sentinel lymph node biopsy*. National cancer institute. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging/sentinel-node-biopsy-fact-sheet>
- National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. (2020). *Hospital base cancer registry 2020*. Retrieved from https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html
- Qiu, H., Xu, W. H., Kong, J., Ding, X. J., & Chen, D. F. (2020). Effect of breast-conserving surgery and modified radical mastectomy on operation index, symptom checklist-90 score and prognosis in patients with early breast cancer. *Baltimore Journal of Medicine*, 99(11), e19279. doi: 10.1097/md.00000000000019279



- Saikaew, S., Tanatwat, Y., & Kunsongkit, W. (2020). Effective communication between nurses and advanced cancer patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(2). (in Thai)
- Somintara, O. (2015). Surgical treatment of early breast cancer. *Srinagarind Medical Journal*, 30(2). 149-154. Retrieved from http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/showpdf.php?file_pdf=1936_11_Ongart_66.pdf&art_id=1936 (in Thai)
- Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., ... Zhu, H.P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International Journal of Biological Sciences*, 13(11), 1387-1397. doi: 10.7150/ijbs.21635
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of Incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer Journal Clinicians*, 71(3), 209-249. doi: 10.3322/caac.21660
- Tehopakarn, N., Maneewat, T., & Suwannaboon, J. (2022). Development of clinical nursing practice guideline for breast cancer patients post modified radical mastectomy in woman surgical ward 2 Suratthani Hospital. *Journal of Health Research and Innovation*, 5(1), 99-109. (in Thai)
- Thummawut, W., & Laongkaew, S. (2022). Perioperative medication management in joint replacement surgery. *Siriraj Medical Bulletin*, 15(1). 56-63. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/253859/173528> (in Thai)



Integrating Global Citizenship Through Nursing Education การบูรณาการความเป็นพลเมืองโลกผ่านการจัดการศึกษาพยาบาล

เสาวลักษณ์	ท่ามาก*	Saowaluk	Thummak*
วาสนา	อุปโป**	Wassana	Uppor**

Abstract

Nursing is a health profession. In addition to civic professionalism, nurses have a role of global citizenship. Being global citizenship gives individuals a sense of social responsibility. The Global Citizenship Education concept is used to promote and develop knowledge and cognitive skills to create values and attitudes of learners, and foster international cooperation and encourage the social transition, including participation in civic duties and dedication to social development.

This article intends to present characteristics of nurses as professional global citizens C-I-T-I-Z-E-N-S-H-I-P, Global Citizenship Education concept and the integration of global citizenship through nursing education. To prepare nurses to be global citizens and support nursing profession to become good global citizens.

Key Word: Integrating; Nursing education; Global citizenship

* Lecturer of Kuakarun faculty of nursing, Navamindradhiraj University, Thailand

** Corresponding author, Lecturer of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand; e-mail: far_wa@hotmail.com

Received 7 September 2022; Revised 26 March 2023; Accepted 28 March 2023



บทคัดย่อ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพด้านสุขภาพ พยาบาลนอกจากจะมีบทบาทการเป็นพลเมืองเชิงวิชาชีพแล้วยังมีบทบาทการเป็นพลเมืองโลก ซึ่งการเป็นพลเมืองโลกจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความรับผิดชอบต่อสังคม แนวคิดพลเมืองโลกศึกษาได้ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะทางปัญญา เพื่อการสร้างค่านิยมและทัศนคติของผู้เรียนให้เกิดความร่วมมือในระดับนานาชาติและส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านทางสังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมตามหน้าที่พลเมือง ตลอดจนการอุทิศตนเพื่อการพัฒนาสังคม

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ แนวคิดพลเมืองโลกศึกษา แนวคิดเกี่ยวกับความเป็นพลเมืองโลกกับวิชาชีพการพยาบาล คุณลักษณะพยาบาลในฐานะพลเมืองโลกเชิงวิชาชีพ C-I-T-I-Z-E-N-S-H-I-P และการบูรณาการความเป็นพลเมืองโลกผ่านการจัดการศึกษาพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นพลเมืองโลกของพยาบาล และเสริมสร้างพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณลักษณะของการเป็นพลเมืองโลกที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การบูรณาการ การศึกษาการพยาบาล ความเป็นพลเมืองโลก

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก e-mail: far_wa@hotmail.com



บทนำ

การเป็นพลเมืองโลก (global citizenship) คือการรับรู้ของบุคคลว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนโลก (Israel, 2012) มีการพึ่งพาอาศัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม มีความเชื่อมโยงระหว่างท้องถิ่นในระดับชาติและระดับโลก (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, 2014)) การส่งเสริมความเป็นพลเมืองโลกจะช่วยให้บุคคลตระหนักว่าตนมีความรับผิดชอบและต้องทำในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อสังคม แนวคิดเรื่องการเป็นพลเมืองโลก ถูกบรรจุไว้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals (SDGs)) เป้าหมายที่ 4: สร้างหลักประกันว่าทุกคนต้องมีการศึกษาที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมเท่าเทียม และสนับสนุนโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต (ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all) ประชาคมระหว่างประเทศได้ทำข้อตกลงร่วมกันที่จะทำให้แน่ใจว่าทุกคน ต้องได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งรวมถึงการเป็นพลเมืองโลกที่เป็นหนึ่งในเป้าหมายในการพัฒนาภายในปี 2030 (UNESCO, 2015)

การบรรลุความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการเป็นพลเมืองโลกยังคงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสถาบันอุดมศึกษา (Horey, Fortune, Nicolacopoulos, Kashima, & Mathisen, 2018) ในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา (Rapoport, 2010) จีน (Law, 2010) แคนาดา (Schweisfurth, 2006) เกาหลีใต้ (Moon & Koo, 2011) รวมถึงประเทศในยุโรป (O'Connor & Faas, 2012) ได้มีการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการเรียนรู้สำหรับนักเรียนในสังคมโลกสมัยใหม่ โดยเพิ่มเนื้อหาในหลักสูตรที่มุ่งพัฒนาทักษะการปรับตัวในสังคมโลกของนักเรียน (Goren & Yemini, 2017) และเนื้อหาที่มุ่งเน้นการเป็นพลเมืองโลก จึงได้ถูกบรรจุไว้ภายใต้แนวคิดชื่อพลเมืองโลกศึกษา (Global Citizenship Education (GCE)) (UNESCO, 2015) โดยหลักสูตรนี้มีเป้าหมายที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลง ความรู้ ทักษะ ค่านิยมและทัศนคติของที่จำเป็นในผู้เรียนและสร้างการมีส่วนร่วมในโลกที่จะทำให้โลกมีความ ยุติธรรมและสงบสุขมากขึ้น

การจัดการศึกษาพยาบาลในปัจจุบันมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยผู้เรียน จะต้องมีความใฝ่รู้ สามารถคิดวิเคราะห์ วิจัย มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความรู้ในสาขาวิชาและมีมาตรฐาน จริยธรรมของวิชาชีพ (Sarakettrin, Rongmuang, & Chantra, 2019) เมื่อก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 บทบาท พยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น (Mill, Astle, Ogilvie, & Gastaldo, 2010) จากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม ประกอบกับสถานการณ์ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อพลเมืองโลก ทุกด้าน เช่น การจำกัดสิทธิความเป็นส่วนตัวของพลเมือง การกักตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Estelles & Fischman, 2020a) ทำให้แนวคิดดั่งนั้นพลเมืองโลกศึกษา (Global Citizenship Education (GCE)) หลังการ แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จึงได้รับความสนใจและการสนับสนุนเพิ่มขึ้นจากทั้งองค์กร ระหว่างประเทศ รัฐบาล และนักวิชาการ (Estelles & Fischman, 2020a; 2020b) เพราะแนวคิดพลเมืองโลก ศึกษา ถูกระบุว่าเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาโลก เช่น การเคารพสิทธิมนุษยชน ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อมโยง ระหว่างกันทั่วโลก ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมอื่น ๆ การพัฒนาความรับผิดชอบในระดับโลก การตระหนักรู้ด้าน สิ่งแวดล้อม การเติบโตทางเศรษฐกิจหรือความยุติธรรมทางสังคม ตามที่ UNESCO (2014) ระบุไว้ว่า “เราต้อง ส่งเสริมการเป็นพลเมืองโลก การศึกษาเป็นมากกว่าการอ่านออกเขียนได้และการคิดเลข นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับ ความเป็นพลเมือง การศึกษาต้องรับบทบาทสำคัญอย่างเต็มที่ในการช่วยให้ผู้คนสร้างสังคมที่ยุติธรรม สงบสุข และ ใจกว้างมากขึ้น” (p.11) และช่วยอำนวยความสะดวกในความร่วมมือระหว่างประเทศและส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง ทางสังคมในรูปแบบที่ปลอดภัยและยั่งยืน



วิชาชีพพยาบาลมีหน้าที่หลักสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน ต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยองค์ความรู้ของศาสตร์การพยาบาลบนพื้นฐานของความเป็นวิชาชีพ (professionalism) ให้การดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนแบบองค์รวม (holistic care) การพัฒนาคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพลเมืองโลก จะช่วยให้ผู้เรียน มีความรู้ เจตคติ ค่านิยม เข้าใจกฎหมายและกติกาของสังคม ตลอดจนการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Khaomala, 2018) ดังนั้นการจัดการศึกษาสำหรับพยาบาลเพื่อปลูกฝังความเป็นพลเมืองโลกจึงมีความสำคัญ (Khaomala, 2019) เพราะการพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพลเมืองโลก จะช่วยให้ผู้เรียน สามารถปรับตัว ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาคมโลก ที่มีความหลากหลายด้านวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ ตลอดจนวิถีชีวิต สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เท่าเทียม สามารถให้การพยาบาลในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงพลิกโฉมอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคมเศรษฐกิจ ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบในหลายมิติและหลากหลายรูปแบบ การปลูกฝัง “ความเป็นพลเมืองโลก” ในพยาบาลวิชาชีพจะช่วยให้เกิด ความรู้ ทักษะ ค่านิยมและทัศนคติที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาทางด้าน “สุขภาพโลก (global health)” และการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (Upvall & Luzincourt, 2019) ได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ แนวคิดพลเมืองโลกศึกษา แนวคิดเกี่ยวกับความเป็นพลเมืองโลกกับวิชาชีพการพยาบาล คุณลักษณะพยาบาลในฐานะพลเมืองโลกเชิงวิชาชีพ ตลอดจนการบูรณาการความเป็นพลเมืองโลกผ่านการจัดการศึกษาพยาบาล เพื่อปลูกฝังความเป็นพลเมืองโลกและเสริมสร้างพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณลักษณะของการเป็นพลเมืองโลกที่ดีต่อไป

แนวคิดพลเมืองโลกศึกษา

1. แนวคิดพลเมืองโลกศึกษาของ UNESCO

พลเมืองโลกศึกษา (Global Citizenship Education (GCE) เป็นแนวคิดที่เน้นการปรับโน้ตทัศน์ หน้าที่ที่จำเป็นของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความเป็นพลเมือง (citizenship) กับโลกาภิวัตน์ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาที่สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาความรู้และทักษะทางปัญญาเพื่อสร้างค่านิยม ทักษะที่เกี่ยวกับบุคคลและทัศนคติของผู้เรียนให้เกิดความร่วมมือในระดับนานาชาติและส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านทางสังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมในหน้าที่ของการเป็นพลเมืองและการอุทิศตนต่อการพัฒนาสังคม (UNESCO, 2014) แนวคิดหลักประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) บุคคลควรได้รับความรู้ เกิดความเข้าใจ และมีความคิดเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับปัญหาระดับโลก ภูมิภาค ระดับชาติและระดับท้องถิ่น และความเชื่อมโยงระหว่างกัน และการพึ่งพาซึ่งกันและกันของประเทศและประชากรต่าง ๆ 2) สังคมและอารมณ์ (socio-emotional) บุคลากรควรมีความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของมนุษยชาติร่วมกัน แบ่งปันคุณค่าและความรับผิดชอบ ความเห็นอกเห็นใจ ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และความเคารพในความแตกต่างและความหลากหลาย 3) พฤติกรรม (behavioral) บุคคลควรมีการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและมีความรับผิดชอบในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก เพื่อโลกที่สงบสุขและมีความยั่งยืน

2. แนวคิดและแนวทางการส่งเสริมความเป็นพลเมืองโลกของ UNICEF

องค์การ UNICEF (Crawford, 2013) ได้นำเสนอบทเรียนสำหรับการสอนความเป็นพลเมืองโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เสนอแนวคิดของความเป็นพลเมืองโลก ความรู้ ทักษะ ค่านิยมและการปฏิบัติของพลเมืองที่เกี่ยวข้อง 2) ให้ความรู้แก่นักเรียนเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่เป็นสากลตามที่กำหนดไว้ในสนธิสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Right of the Child: CRC) และมีความรับผิดชอบ 3) สร้างทักษะที่เป็นแนวคิดความเป็นพลเมืองโลก ความรู้เรื่องสิทธิมนุษยชนในเรื่อง สิทธิเด็ก การพัฒนาความคิดเชิงวิพากษ์ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การวิจัย การตัดสินใจในประเด็นเกี่ยวกับโลก โดยใช้รูปแบบการตั้งคำถาม 4) การให้อาสาสมัครเรียนในการสำนึก



คุณค่าของพลังแห่งตน และใช้พลังแห่งตนในการสร้างความแตกต่างที่ดีในชุมชนของตน ซึ่งบทเรียนสำหรับการสอนความเป็นพลเมืองโลกขององค์การ UNICEF นี้มี 4 บทเรียน ได้แก่ บทเรียนที่ 1 ความเป็นพลเมืองโลกคืออะไร บทเรียนที่ 2 เราคือพลเมืองโลกและเรามีสิทธิ บทเรียนที่ 3 ความรับผิดชอบของพลเมืองโลก บทเรียนที่ 4 การเปลี่ยนแปลงโลกเริ่มต้นที่ตัวนักเรียนเอง

3. แนวคิดเกี่ยวกับพลเมืองโลกศึกษาในยุโรป

แนวคิดนี้เกิดจากการประชุมของสภายุโรป ในประเด็นเรื่องโลกศึกษา เพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ทางการเมือง และเสริมสร้างการพัฒนาที่ยั่งยืน ความสามัคคี และความยุติธรรมในยุโรปและประเทศอื่น ๆ (Office of the Education Council Secretariat, 2018) หลักสูตรแบ่งออกเป็น 2 ส่วน (North-South Centre of the Council of Europe, 2012) ได้แก่ การสะท้อนปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของโลกการศึกษา และการพัฒนาวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์สำคัญและข้อตกลงร่วมกันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพลเมืองโลกศึกษา เน้นการอธิบายใน 5 ประเด็นดังนี้ 1) การพัฒนากลยุทธ์ของชาติและการประยุกต์ใช้ 2) การปฏิรูปหลักสูตรและการศึกษาระดับชาติและระดับท้องถิ่น 3) การพัฒนาสมรรถนะของครู อาจารย์และนักการศึกษา 4) การสนับสนุนและการตรวจสอบอย่างมีคุณภาพ และ 5) การรณรงค์และประชาสัมพันธ์

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าแนวคิดพลเมืองโลกศึกษา มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักถึงหน้าที่และความรับผิดชอบต่อตนเองในฐานะที่เป็นพลเมืองโลก ส่งเสริมให้เกิดความสามัคคี ความยุติธรรม และเกิดความร่วมมือในระดับนานาชาติ มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์และข้อตกลงร่วมกันต่าง ๆ ที่เป็นสากล ตลอดจนการสร้างทัศนคติ ค่านิยม ให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักถึงหน้าที่และความรับผิดชอบต่อตนเองในฐานะที่เป็นพลเมืองโลก

แนวคิดการเป็นพลเมืองโลกกับการศึกษาพยาบาล

หลักสูตรพลเมืองโลกศึกษาส่วนใหญ่เน้นด้านคุณธรรม ความรู้และบทเรียนเชิงปฏิบัติพร้อมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงตนเองกับผู้อื่น สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและการประเมินอย่างมีวิจารณ์ญาณในโลกโลกาภิวัตน์ จุดเริ่มต้นการปลูกฝังความเป็นพลเมืองโลกกับวิชาชีพพยาบาล คือการเรียนรู้ด้านสุขภาพทั่วโลกแบบสหวิชาชีพ (Hanson, 2010; Koplan et al., 2009; Merry, 2012) ความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ ทั้งในและต่างประเทศ ความตึงเครียดระหว่างประเทศและการแพร่ระบาดของเชื้อโรคข้ามพรมแดน (Estelles & Fischman, 2020a; 2020b) ที่ทำให้เกิดความกังวลต่อสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง เพื่อสร้างความตระหนักถึงความเชื่อมโยงทางด้านสุขภาพนี้ จึงมีการบูรณาการแนวคิดการเป็นพลเมืองโลกกับการศึกษาพยาบาล ผ่านการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (Simpson, Jakubec, Zawaduk, & Lyall, 2015; Mill et al., 2010) ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมที่หลากหลาย ภายใต้บริบทของท้องถิ่น โดยมีแนวปฏิบัติการสอนเชิงบูรณาการสำหรับความเป็นพลเมืองโลกในการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ดังนี้

1) จิตสำนึกทางวัฒนธรรม (cultural Consciousness): การตระหนักรู้ในตนเอง (knowing self & others) เป็นกลยุทธ์ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนสะท้อนถึง “จุดยืนทางวัฒนธรรม (cultural positioning)” ในท้องถิ่นตนเองสร้างการสืบเสาะหาความรู้เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นและโลก สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักในตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน ตลอดจนเข้าใจถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจ จากมุมมองเชิงวิพากษ์ (Doane & Varcoe, 2015) และเกิดความเคารพในฐานะพลเมืองโลก ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเข้าใจความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม

2) การเป็นพลเมืองโลกที่มีความเห็นอกเห็นใจ (compassionate global citizenship) ความเห็นอกเห็นใจเป็นวิธีการกระทำในสิ่งที่ “ถูกต้อง (right)” ของกลุ่มคนหรือชุมชน ซึ่งไม่ได้มีมาแต่กำเนิดแต่เกิดจากการเรียนรู้ผ่านการศึกษา (Crigger, Brannigan, & Baird, 2006) ซึ่งวิชาชีพพยาบาลสามารถปลูกฝังสิ่งเหล่านี้ผ่านการ



ปฏิบัติการพยาบาล ด้วยความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งสามารถแผ่ขยายจากบุคคล ครอบครัว เพื่อน ไปสู่สังคมที่กว้างขึ้นได้ โดยการเชื่อมโยงกับแนวคิด ความรับผิดชอบต่อสังคม เน้นความเสมอภาค สิทธิ และความเป็นธรรมซึ่งแฝงอยู่ในบทบาทของพลเมืองโลก (Doane & Varcoe, 2015)

3) การถ่ายโอนความรู้ (knowledge transfer): จากท้องถิ่นสู่วิถีปฏิบัติทั่วโลก (local - global praxis) แนวคิดการเดินทางไปยังต่างประเทศ เป็นการสร้างประสบการณ์จริงแก่ผู้เรียน เกิดการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ท้องถิ่นประสบการณ์ดังกล่าวจะสร้างความตระหนักและความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้อื่นซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสม สำหรับการพัฒนาความรู้และทักษะการเป็นพลเมืองโลก (Simpson et al., 2015) แต่การได้รับประสบการณ์ดังกล่าวสำหรับนักศึกษาพยาบาลทุกคนเป็นไปได้ยาก เนื่องจากประสบการณ์การพยาบาลระหว่างประเทศ มีความซับซ้อน ต้องมีการวางแผนและการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ดังนั้นการให้ความรู้และการสร้างความตระหนักให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจว่าปัญหาในระดับโลกมีอิทธิพลต่อท้องถิ่น และปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นก็มีแนวโน้มที่จะมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพทั่วโลกได้

ซิมป์สัน และคณะ (Simpson et al., 2015) ได้เสนอแนวทางการสอนสำหรับการเป็นพลเมืองโลก การศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ดังนี้

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติการสอนเชิงบูรณาการการความเป็นพลเมืองโลกกับการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี

หัวข้อ	วิธีการสอน
จิตสำนึกทางวัฒนธรรม (cultural consciousness): การตระหนักรู้ในตนเอง (knowing self & others)	• แบบรายงานตนเอง (self-inventory) • โฟโต้วอยซ์ (photovoice) • สถานการณ์จำลอง (simulation)
การเป็นพลเมืองโลกที่มีความเห็นอกเห็นใจ (compassionate global citizenship)	• การเล่าเรื่อง/ การนำเสนอของแขกรับเชิญ (story-telling/ guest presentation) • การชมภาพยนตร์/ การสร้างภาพยนตร์ (film viewing/ film making) • บุคคลต้นแบบการศึกษาพยาบาล (nurse educator role modeling)
การถ่ายโอนความรู้ (knowledge transfer): จากท้องถิ่นสู่วิถีปฏิบัติทั่วโลก (local - global praxis)	• การนำเสนอของนักศึกษา/ สื่อ สิ่งพิมพ์ระดับท้องถิ่นหรือโลก (student presentations/ publications global-local praxis) • กรณีศึกษา (case studies) • การอภิปราย/ ไต่สวน (discussions/ debates)

จะเห็นว่าแนวปฏิบัติการสอนเชิงบูรณาการการความเป็นพลเมืองโลกกับการศึกษาพยาบาล มีความสอดคล้องกับแนวคิดพลเมืองโลกศึกษา (GCE) ของ UNESCO ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive) ปัญหาในระดับโลก ภูมิภาค ระดับชาติและระดับท้องถิ่น ด้านสังคมและอารมณ์ (socio-emotional) ความเห็นอกเห็นใจ การเคารพในความแตกต่างด้านวัฒนธรรมที่หลากหลาย ด้านพฤติกรรม (behavioral) ที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบต่อตลอดจนความเชื่อมโยงและการพึ่งพาระหว่างประเทศเพื่อโลกที่สงบสุขและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาการศึกษา ในแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560-2574) ของประเทศไทย ได้กำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตไว้ 4 ด้าน คือ 1) ทักษะวิชาชีพ (professional skills) 2) soft skills 3) การ



เป็นพลเมืองและพลโลก 4) การเป็นผู้ประกอบการหรือผู้สร้างงาน (Yamnun, 2016) จะเห็นได้ว่าการเป็นพลเมืองโลกและพลโลก เป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตไทย ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณลักษณะของการเป็นพลเมืองโลกจึงเป็นสิ่งสำคัญ

คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพลเมืองโลก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเป็นพลเมืองโลกที่เป็นสากล ด้านความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ และด้านความเป็นพลเมืองโลก ผู้เขียนได้สรุปคุณลักษณะคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพลเมืองโลกตามตัวอักษรย่อ C-I-T-I-Z-E-N-S-H-I-P เพื่อง่ายต่อการจดจำ ดังนี้

C-Contemplation: การคิดและวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Jamjun & Chaleoykiti, 2014; UNESCO, 2015) พยาบาลควรมีทักษะความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ สามารถสังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจ อย่างมีเหตุผลและเป็นระบบสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความสัมพันธ์ของเรื่องต่าง ๆ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้กับผู้รับบริการทั้งในประเทศของตนและในระบบสุขภาพโลก รวมทั้งนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ (UNESCO, 2015)

I-Irenic: การรักในความสงบและความปรองดอง พยาบาลควรตระหนักในความสำคัญของความเสมอภาคและความยุติธรรมในสังคมทั่วโลก (UNESCO, 2015) อีกทั้งมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการสร้างความเท่าเทียมและความเป็นธรรมในสังคม (social justice) มีความสามารถในการเจรจาต่อรองเพื่อดำรงไว้ซึ่งประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นคนเชื่อมประสานไกล่เกลี่ยแต่ละฝ่ายเพื่อแก้ไขหรือลดปัญหาความขัดแย้งด้วยสันติวิธีโดยปราศจากการใช้ความรุนแรง (conflict resolution) (Guo, 2014; Sangnil, 2018)

T-Team work: คุณลักษณะด้านการทำงานเป็นทีม สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ โดยแสดงพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมที่สะท้อนความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ (UNESCO, 2014; Fowler, 2015) และแสดงพฤติกรรมการทำงานที่แสดงถึงบทบาทหน้าที่การมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนภารกิจของทีมและการแสดงถึงความซื่อสัตย์สุจริต ความไว้วางใจกันและกันรวมถึงความรับผิดชอบต่อประเทศชาติและสังคมส่วนรวม มีการแสดงออกทางพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคม ได้แก่ การสร้างปฏิสัมพันธ์กับทีมเพื่อป้องกันความขัดแย้ง สามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติและระดับนานาชาติ จนถึงสามารถทำงานร่วมทีมกับพยาบาลทั่วโลกได้อย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ (Khaomala, Jamjuree, Patphol, & Thongsom, 2017; UNESCO, 2014)

I-IT literacy: ความรอบรู้ทางด้านเทคโนโลยี พยาบาลควรมีความรู้เท่าทันเทคโนโลยีที่เชื่อมโยงกันทั่วโลกและเรียนรู้ที่จะจัดการกับความซับซ้อนได้ มีทักษะความสามารถด้านการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ผู้รับบริการและสังคมส่วนรวม ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเชื่อมโยงเหตุและผลที่เป็นสากลด้วยความอดทนและพร้อมรับกับผลกระทบที่เกิดขึ้นเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ (Sangnil, 2018)

Z-Zero of destroy: การมีจิตสำนึกในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในความหลากหลายทางชีวภาพของโลก รวมไปถึงการดูแลรักษาธรรมชาติ และระบบนิเวศวิทยา (Sangnil, 2018; UNESCO, 2015) รวมถึงการเข้าใจถึงปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ถิ่นฐานเศรษฐกิจ ธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เข้าใจสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในระดับโลก และเรียนรู้ที่จะจัดการกับความซับซ้อนนั้นได้ มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติทั่วโลก ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและอุปนิสัยการบริโภคเพื่อรักษาสีเขียวสิ่งแวดล้อม รวมถึงการเตรียมตัวรับและพร้อมที่จะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยไม่ตื่นตระหนก



E-Esteem: การเคารพความแตกต่างและสิทธิของผู้อื่น มีความรู้ความเข้าใจ ยอมรับและตระหนักในความหลากหลายทางเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ สังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งความหลากหลายทางชีวภาพ ให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ เพื่อนร่วมวิชาชีพ รวมถึงให้การพยาบาลโดยยึดมั่นในสิทธิมนุษยชน (human right) และจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความเข้าใจ ชื่นชม และยอมรับในความแตกต่างทางความเชื่อ สังคม ศาสนา ประเพณี และความหลากหลายทางเชื้อชาติ (Guo, 2014) และพหุวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี (Sangnil, 2018; UNESCO, 2015) ตระหนักถึงความสำคัญของความเสมอภาคและความยุติธรรม คิดและลงมือแก้ไขปัญหาความไม่เสมอภาคและความไม่ยุติธรรมของทุกพื้นที่ทั่วโลก

N-Norm: การมีคุณธรรมและจริยธรรม ปฏิบัติหน้าที่โดยยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพและบรรทัดฐานของสังคม มีความเมตตากรุณาในขณะปฏิบัติการพยาบาล มีความรับผิดชอบโดยคำนึงถึงผลกระทบและประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมเป็นสำคัญ และคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Olson, Fejes, Dahlstedt, & Nicoll, 2014; UNESCO, 2014)

S-Social and communication skill: ทักษะทางสังคมและการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามกรอบมาตรฐานวิชาชีพ มีทักษะทางสังคม และความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลต่างวัฒนธรรม ซึ่งมักจะเป็นสิ่งที่ท้าทายในการเรียนรู้ สามารถสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศในสืบค้นข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจร่วมกับใช้ทักษะทางปัญญาในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีวิจารณญาณ มีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ (Khaomala et al., 2017)

H-Health Literacy: ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ซึ่งสะท้อนสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถพัฒนาตนให้เป็นผู้ที่มีความรอบรู้และมีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลสาขาต่าง ๆ สามารถให้บริการการพยาบาลโดยครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยและการฟื้นฟู โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม รวมไปถึงสามารถร่วมในการศึกษาวิจัยกับทีมพยาบาลในประเทศต่าง ๆ เพื่อพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ทางการพยาบาล (Sangnil, 2018) สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการใช้ความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพรวมถึงทักษะทางปัญญา ได้แก่ การคิดการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ บนพื้นฐานของความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ แสดงออกทางพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมที่สะท้อนความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ ได้แก่ การแสดงความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ที่ใช้ความรู้ ความสามารถเชิงวิชาชีพ

I-Interpersonal skill: ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พยาบาลต้องมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเชื่อมโยงเหตุและผลที่เป็นสากล ด้วยความอดทน และพร้อมรับกับผลกระทบที่เกิดขึ้นเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ (Khaomala et al., 2017)

P-Professional Development: มีการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเป็นผู้ให้บริการด้านการบริการพยาบาล จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาความสามารถของตนเองในการสื่อสารทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาท้องถิ่น ส่งเสริมให้มีการกระจายอัตรากำลังพยาบาลให้ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และบริเวณชายแดนเพื่อให้บริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีมาตรฐาน บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถและมีทักษะเฉพาะทางอย่างเพียงพอ (Srisuphan, Lungamonlert, & Sawaengdee, 2012)

คุณลักษณะข้างต้นจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ เกิดการหลอมรวมก่อให้เกิดเป็นลักษณะของความเป็นพลเมืองโลก เพื่อให้มีทักษะและความสามารถสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างมีวิจารณญาณบนพื้นฐานของคุณธรรม จริยธรรม สามารถยืนหยัดอยู่ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ได้อย่างสงบสุข



ข้อเสนอแนะการบูรณาการความเป็นพลเมืองโลกกับการจัดการศึกษาพยาบาล

การจัดการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีในประเทศไทย ดำเนินการภายใต้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิ (TQF) ดังนั้นการส่งเสริมและพัฒนาคุณลักษณะของพยาบาลเพื่อให้มีคุณลักษณะความเป็นพลเมืองโลกที่มีคุณภาพนั้น ต้องดำเนินการภายใต้มาตรฐานดังกล่าว ผู้เขียนจึงจัดทำแผนบูรณาการคุณลักษณะความเป็นพลเมืองโลกกับการจัดการศึกษาพยาบาล มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Program learning outcomes [PLOs]) โดยการออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) (Wiggins & McTighe, 1998) เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพลเมืองโลก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ (Identify Desired Results) โดยผู้สอนระบุความรู้ความสามารถ สมรรถนะที่สำคัญและคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ตลอดจนผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร (PLOs)

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดหลักฐานและวิธีวัดประเมินผลการเรียนรู้ (Determine Acceptable Evidence) ระบุเครื่องมือที่ใช้วัดประเมินผลและวิธีการวัดประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 วางแผนการจัดกิจกรรมและเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Plan Learning Experiences and Instruction) โดยนำผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร (PLOs) มาเปรียบเทียบกับคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพลเมืองโลกที่คาดหวัง กำหนดวิธีการวัดและประเมินผล รวมทั้งกลยุทธ์การสอน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) ความเป็นพลเมืองโลกกับการจัดการศึกษาพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ (Identify Desired Results)	ขั้นตอนที่ 2 กำหนดหลักฐานและวิธีวัด ประเมินผลการเรียนรู้ (Determine Acceptable Evidence)	ขั้นตอนที่ 3 วางแผนการจัดกิจกรรมและ เสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Plan Learning Experiences and Instruction)	
↓ ↓ ↓			
ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ คาดหวัง (PLOs)	คุณลักษณะของ พยาบาลวิชาชีพในการ เป็นพลเมืองโลก	วิธีการวัดและประเมินผล	กลยุทธ์การสอน
ด้านคุณธรรม จริยธรรม: สามารถใช้ ดุลพินิจในการจัดการ ประเด็นหรือปัญหาทาง จริยธรรม ที่แสดงออก ถึงการเคารพสิทธิ คุณค่า และความ แตกต่างของมนุษย์ที่มี ความหลากหลาย ทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม	• N-Norm: การมี คุณธรรมและ จริยธรรม • E-Esteem: การ เคารพความแตกต่าง และสิทธิของผู้อื่น • I-Irenic: การรักใน ความสงบและความ ปรองดอง • Z-Zero of destroy: การมีจิตสำนึกในการ รักษาสິงแวดล้อม	• ประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรม • ประเมินการให้เหตุผลการ วิเคราะห์/ การสะท้อนคิด เชิงจริยธรรม • พิจารณาผลการแก้ปัญหา จากการสร้างสถานการณ์ จำลอง	• สถานการณ์จำลอง (simulation) • กรณีศึกษา (case studies) • การอภิปราย/โต้ว่าที่ (discussions/debates)



ตารางที่ 2 การออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) ความเป็นพลเมืองโลกกับการจัดการศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ (Identify Desired Results)		ขั้นตอนที่ 2 กำหนดหลักฐานและวิธีวัด ประเมินผลการเรียนรู้ (Determine Acceptable Evidence)	ขั้นตอนที่ 3 วางแผนการจัดกิจกรรมและ เสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Plan Learning Experiences and Instruction)
ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (PLOs)	คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพลเมืองโลก	วิธีการวัดและประเมินผล	กลยุทธ์การสอน
ด้านความรู้: มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นโลกและค่านิยมสากล (Universal values) ความยุติธรรม ความเสมอภาคเรื่องสิทธิการรักษา หรือการได้รับการพยาบาลอย่างเท่าเทียม	H-Health Literacy: ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ (การทำรายงาน)	- บุคคลต้นแบบการศึกษาพยาบาล (nurse educator role modeling) - สถานการณ์จำลอง (simulation) - กรณีศึกษา (case studies) - การอภิปรายโต้แย้ง (discussions/debates)
ด้านทักษะทางปัญญา: หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ความขัดแย้งบนพื้นฐานวัฒนธรรม และมุมมองที่แตกต่าง	C-Contemplation: การคิดและวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ	- พิจารณาผลการแก้ปัญหาจากการสร้างสถานการณ์จำลอง - ประเมินความสามารถในการคิดและแก้ไขปัญหา	- สถานการณ์จำลอง (simulation) - กรณีศึกษา (case studies)
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ: สามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีมในบริบทหรือสถานการณ์ที่หลากหลายและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลที่มีพื้นฐานวัฒนธรรมและมุมมองที่ต่าง	- I-Interpersonal skill: ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล - S-Social and communication skill: ทักษะทางสังคมและการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ - T-Team work: คุณลักษณะด้านการทำงานเป็นทีมสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้	- ประเมินพฤติกรรมผู้เรียนในการแสดงบทบาทผู้นำและสมาชิกทีมในสถานการณ์เรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ - ประเมินผลการติดต่อประสานงาน	- การสัมมนา (seminar) - การจัดนิทรรศการ (Exhibition) - การอภิปรายโต้แย้ง (discussions/debates)



ตารางที่ 2 การออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) ความเป็นพลเมืองโลกกับการจัดการศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ (Identify Desired Results)	ขั้นตอนที่ 2 กำหนดหลักฐานและวิธีวัด ประเมินผลการเรียนรู้ (Determine Acceptable Evidence)	ขั้นตอนที่ 3 วางแผนการจัดกิจกรรมและ เสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Plan Learning Experiences and Instruction)	
↓ ↓ ↓			
ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ คาดหวัง (PLOs)	คุณลักษณะของ พยาบาลวิชาชีพในการ เป็นพลเมืองโลก	วิธีการวัดและประเมินผล	กลยุทธ์การสอน
ทักษะด้านการคิด วิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้ เทคโนโลยี: การใช้ ภาษาอังกฤษเพื่อการ สื่อสารที่เป็นสากล	I-IT literacy: ความ รอบรู้ทางด้าน เทคโนโลยี	การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารที่หลากหลาย รูปแบบและวิธีการ	การนำเสนอของนักศึกษา (student presentations)
ทักษะการปฏิบัติ วิชาชีพ: ปฏิบัติการ พยาบาลอย่างทั่วถึงและ เท่าเทียม มีมาตรฐาน	P-Professional Development: มี การพัฒนาวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง	- การประเมินพฤติกรรม การพยาบาล - การประเมินการวิเคราะห์ กรณีศึกษา	- สถานการณ์จำลอง (simulation) - บุคคลต้นแบบการศึกษา พยาบาล (nurse educator role modeling) - กรณีศึกษา (case studies) - การอภิปราย/โต้เถียง (discussions/debates) - การมอบหมายการฝึกปฏิบัติกับ ทีมการพยาบาล และทีมสห สาขา

จากตารางการออกแบบการเรียนรู้ฯ จะเห็นได้ว่าผู้สอนสามารถออกแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพลเมืองโลก โดยมุ่งเน้นการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร (PLOs) เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมการเรียนการสอน แต่ยังสามารถปลูกฝังและพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณลักษณะความเป็นพลเมืองโลก ตามแนวคิดพลเมืองโลกศึกษา มีความสอดคล้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต ด้านการเป็นพลเมืองและพลโลกตามนโยบายการพัฒนานักศึกษาในแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปีของประเทศไทย

บทสรุป

การจัดการศึกษาพยาบาลเป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะทางด้านวิชาชีพ การส่งเสริมและปลูกฝังผู้เรียนให้มีคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพลเมืองโลกที่มีคุณภาพแล้ว ผู้สอนมีความสำคัญในการจัดการศึกษา



เพื่อบูรณาการให้เกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ โดยการวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์ ตลอดจนกลยุทธ์การสอน การประเมินผล เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาความเป็นพลเมืองโลกอย่างเป็นลำดับชัดเจน ให้สอดคล้องกับนโยบาย และทิศทางการศึกษาโลก เพื่อสร้างทัศนคติ ค่านิยมให้เกิดความตระหนักถึงหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง ในฐานะที่เป็นพลเมืองโลก สามารถปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม เชื้อชาติ การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่หลากหลายวัฒนธรรมได้ สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพ โลกและเกิดการพัฒนายั่งยืนได้

References

- Crawford, E. (2013). *Exploring our roles as global citizens: An educator's guide (grades 3-5)*. Retrieved from <https://www.gcedclearinghouse.org/resources/exploring-our-roles-global-citizens-educators-guide-grades-3-5>
- Crigger, N. J., Brannigan, M., & Baird, M. (2006). Compassionate nursing professionals as good citizens of the world. *Advances in Nursing Science*, 29, 15-26.
- Doane, G. H., & Varcoe, C. (2015). *How to nurse? Relational inquiry with individuals and families in changing health and healthcare contexts*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Estelles, M., & Fischman, G. E. (2020a). Imagining a post-COVID-19 global citizenship education. *Práxis Educativa*, 15, 1-14. doi: 10.5212/PraxEduc.v.15.15566.051
- Estelles, M., & Fischman, G. E. (2020b). Who needs global citizenship education? A review of the literature on teacher education. *Journal of Teacher Education*, 1-14. doi: 10.1177/0022487120920254
- Fowler, M. (2015). *Guide to the code of ethics for nurses with interpretive statements: Development, interpretation, and application* (2th ed.). Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Goren, H., & Yemini, M. (2017). Global citizenship education redefined A systematic review of empirical studies on global citizenship education. *International Journal of Educational Research*, 82, 170-183. doi: 10.1016/j.ijer.2017.02.004
- Guo, L., (2014). Preparing teachers to educate for 21st Century global citizenship: Envisioning and enacting. *Journal of Global Citizenship & Equity Education*, 4(1), 2-23.
- Hanson, L. (2010). Global citizenship, global health, and the internationalization of curriculum: A study of transformative potential. *Journal of Studies in International Education*, 14(1), 70-88. doi: 10.1177/1028315308323207
- Horey, D., Fortune, T., Nicolacopoulos, T., Kashima, E., & Mathisen, B. (2018). Global citizenship and higher education: A scoping review of the empirical evidence. *Journal of Studies in International Education*, 22(5), 472-492. doi: 10.1177/1028315318786443
- Israel, R. (2012). *What does it mean to be a global citizen?* Retrieved from <https://www.kosmosjournal.org/article/what-does-it-mean-to-be-a-global-citizen/>



- Jamjun, L., & Chaleoykiti, S. (2014). ASEAN citizen: The concept in nursing education management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 155-161. (in Thai)
- Khaomala, J. (2018). *Development of a learning management model to enhance the civic professionalism attributes of nursing student*. Dissertation, Ph.D. (Curriculum Research and Development). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Khaomala, J. (2019). A learning management model to enhance the civic professional attributes of nursing students. *Journal of Research and Curriculum Development*, 9(2), 223-245. (in Thai)
- Khaomala, J., Jamjuree, D., Patphol, M., & Thongsom, P. (2017). A study of the characteristics of the civic professional of nursing student. *Journal of Nursing Division*, 44(4), 100-114. (in Thai)
- Koplan, J., Bond, C., Merson, M., Reddy, S., Rodriguez, M., Sewankambo, N., & Wasserheit, J. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373, 1993-1995. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9
- Law, W. (2010). The state, citizenship education, and international events in a global age: The 2008 beijing olympic games. *Comparative Education Review*, 54, 343-367. doi: 10.1086/649425
- Merry, L. (2012). Global health for nursing...and nursing for global health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(4), 20-35.
- Mill, J., Astle, B., Ogilvie, L., & Gastaldo, D. (2010). Linking global citizenship, undergraduate education and professional nursing: Curricular innovation in the 21st Century. *Advances in Nursing Science*, 33(3), E1-E11. doi: 10.1097/ANS.0b013e3181eb416f
- Moon, R. J., & Koo, J. W. (2011). Global citizenship and human rights: A longitudinal analysis of social studies and ethics textbooks in the Republic of Korea. *Comparative Education Review*, 55, 574-599. doi: 10.1086/660796
- North-South Centre of the Council of Europe. (2012). Global education guidelines: Concepts and methodologies on global education for educators and policy makers. Retrieved from <https://rm.coe.int/prems-089719-global-education-guide-a4/1680973101>
- O'Connor, L., & Faas, D. (2012). The impact of migration on national identity in a globalized world: A comparison of civic education curricula in England, France and Ireland. *Irish Educational Studies*, 31(1), 51-66. doi: 10.1080/03323315.2011.579479
- Office Of The Education Council Secretariat. (2018). *Guidelines to promote global citizenship international experience*. Bangkok: Prickwan graphics. (in Thai)
- Olson, M., Fejes, A., Dahlstedt, M., & Nicoll, K. (2014). *Citizenship discourses: Production and curriculum*. New York: Taylor & Francis (Routledge).
- Rapoport, A. (2010). We cannot teach what we don't know: Indiana teachers talk about global citizenship education. *Education, Citizenship and Social Justice*, 5(3), 179-190. doi: 10.1177/1746197910382256
-



- Sangnil, N. (2018). *Strategies for enhancing the global citizenship character of secondary school student in Nan Province*. (Master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Saraketrin, A., Rongmuang, D., & Chantra, R. (2019). Nursing education in the 21st century: Competencies and role of nursing instructors. *Journal of The Royal Thai Nurses*, 20(1), 12-20. (in Thai)
- Schweisfurth, M. (2006). Education for global citizenship: Teacher agency and curricular structure in Ontario schools. *Educational Review*, 58, 41–50.
doi: 10.1080/00131910500352648
- Simpson, S. D., Jakubec, S. L., Zawaduk, C., & Lyall, C. (2015). Integrating global citizenship through local teaching practices. *Quality Advancement in Nursing Education-Avancées en Formation Infirmière*, 1(2), 1-17.
- Srisuphan, W., Lungamonlert, S., & Sawaengdee, K. (2012). Preparation of nursing profession for entering the ASEAN community. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(3), 5-10. (in Thai)
- UNESCO. (2014). *Global citizenship education: Preparing learners for the challenges of the 21st century*. Retrieved from <http://unesco.org/new/en/global-citizenship-education>
- UNESCO. (2015). *Global citizenship education: Topics and learning objectives*. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232993>
- Upvall, M. J., & Luzincourt, G. (2019). Global citizens, healthy communities: Integrating the sustainable development goals into the nursing curriculum. *Nursing Outlook*, 67(6), 649-657. doi: 10.1016/j.outlook.2019.04.004
- Wiggins, G., & McTighe, J. (1998). *What is backward design?* Retrieved from <https://educationaltechnology.net/wp-content/uploads/2016/01/backward-design.pdf>
- Yamnun, S. (2016). *The policy setting conference of student development. A presentation file of 15 years higher education framework version 3 B.E. 2560-2574*. Office of the Higher Education Commission. 31 October 2016. (in Thai)