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

ปีที่ 50 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2566 • Nursing Journal CMU Volume 50 No.2 April-June 2023

ที่ปรึกษา (Consultants)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี แก้วธรรมานุกูล — คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Thanee Kaewthummanukul — Dean, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ มีสุขโข — รองคณบดีด้านวิจัย นวัตกรรม และบูรณาการพันธกิจสากล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Jutarat Mesukko — Associate Dean responsible for Research, Innovation and Global Mission Integration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ — อดีตนายกสภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan — Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council

ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ — ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
Professor Dr. Pranom Othaganont — Thailand Nursing and Midwifery Council Expert

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล — ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Somchit Hanucharurnkul — Thailand Nursing and Midwifery Council Expert

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล — สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Professor Emeritus Dr. Wipada Kunaviktikul — Panyapiwat Institute of Management

บรรณาธิการ (Editor)

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

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

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

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Professor Dr. Darawan Thapinta — Faculty of Nursing, Burapha University

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
Professor Dr. Phechnoi Singchugcha — Faculty of Nursing, Christian University

รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง — โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Supreeda Monkong — Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุกตศุทธ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth — Faculty of Nursing, Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Sunee Lagampan — Faculty of Public Health, Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี — คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee	Faculty of Nursing, Chulalongkorn univerdity
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัติศัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Associate Professor Dr. Teeranut Harnirattisai	Faculty of Nursing, Thammasat University
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Associate Professor Dr. Chanokporn Jitpanya	Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา สุคนธสรรพ์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Associate Professor Dr. Achara Sukonthasarn	School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Associate Professor Dr. Wannee Deoisres	Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr.Ampornpan Theeranut	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr. Marisa Krairiksh	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Ploenpit Thaniwattananon	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกานต์ กาละ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Sasikarn Kala	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.นัทธมน วุทธานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Nuttamon Vuttanon	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pratum Soivong	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.นงค์คราญ วิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Nattaya Suwankruhasn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Piyaporn Prasitwattanaseree	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Waruntorn Jongrungrotsakul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ ดร.จิตตวดี เหรียญทอง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Lecturer Dr. Jittawadee Rhiantong	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ ดร.ปรียกมล ไกรกิจราษฎร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Lecturer Dr. Preeyakamon Krikitrat	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN	School of Nursing, The University of Alabama at Birmingham, USA
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN	University of Washington Seattle, USA
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA	Department of Nursing, National Taiwan University, Taiwan

Tonda Hughes, PhD, RN, FAAN	Columbia School of Nursing, Columbia University Irving Medical Center, USA
Shake Ketefian, EdD, RN, FAAN	WMU Bronson School of Nursing, USA
Mari Kondo, PhD	Faculty of Nursing, Toho University, Japan
Karry Liu Ming, PhD, RN	School of Health Science, Macao Polytechnic Institute, Hong Kong
Pamela H. Mitchell, PhD, RN, FAHA, FAAN	Biobehavioral Nursing and Health Informatics, School of Nursing University of Washington, USA
Alan Pearson, PhD, RN, FRCNA, FCN, FAAG, FRCN	The Joanna Briggs Institute, School of Translational Health Science Faculty of Health Sciences, The University of Adelaide, Australia
Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN	School of Nursing, The University of North Carolina at Chapel Hill, USA
Josefina A. Tuazon, DrPH, RN, MF	College of Nursing, University of Philippines Manilla, The Philippines
Lynda Wilson, PhD, RN, FAAN	School of Nursing, The University of Alabama at Birmingham, USA
Nancy Fugate Woods, PhD, RN, FAAN	Biobehavioral Nursing and Health Informatics, University of Washington Seattle, USA
Hu Yan, PhD, RN	School of Nursing, Fudan University, China

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ (Editorial Staff)

นางอัมพิกา สุวรรณบุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Ampika Suwannabut	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
MR. Michael Scott Cote	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
MR. Michael Scott Cote	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวพรธิดา คำมงคล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Pornthida Kummongkol	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวนิตยา มะโนคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nittaya Manokam	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางจิราภรณ์ คุณวุฒิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Jiraporn Koonawoot	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

(Editorial office) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand
http://www.TCI-Thaijo.org/index.php/cmunursing

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

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

วัตถุประสงค์และขอบเขต

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

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

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

กำหนดการออกวารสารปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รับตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ และบทความภาษาไทย จำนวนบทความที่ตีพิมพ์ประมาณ 20 เรื่องต่อฉบับ

กระบวนการพิจารณาประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

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

ขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ

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

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

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อย

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

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

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission)

กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสารก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require)

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

5.2.1 ให้ปรับปรุงแก้ไขเพียงเล็กน้อย (Minor Revision)

เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข

5.2.2 ให้ปรับปรุงแก้ไขในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision)

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

5.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission)

กองบรรณาธิการ จะแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

เมื่อกองบรรณาธิการส่งผลการประเมินบทความของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมกับแบบฟอร์มตารางสรุปผลการแก้ไขให้กับผู้เขียนแล้ว ขอให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ รวมทั้งจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไขตามหัวข้อประเมิน ส่งมายังกองบรรณาธิการ

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทางคุณวุฒิ

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

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

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

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

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

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

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

การจัดเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย หรือบทความวิชาการในพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กองบรรณาธิการขอความร่วมมือให้ผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. สมัครเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

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

3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรก และไม่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัยและบทความวิชาการ

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

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

วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาให้ระบุชื่อหลักสูตร รวมทั้งสาขาวิชา ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

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

บทความวิชาการ เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ และบทสรุป

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

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความ

บทความวิจัย

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

บทความวิชาการ

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

ส่วนที่ 3 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Cite and References)

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

5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ American Psychological Association ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 อย่างเคร่งครัด

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

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

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (Reference list)

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

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงจากวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

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

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลขรหัส doi

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

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลขรหัส doi

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

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

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

2. การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

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

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

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

3. การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ได้จากเว็บไซด์

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

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์

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

การส่งบทความต้นฉบับ

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

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

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางหน้าเว็ปไซต์ระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

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

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention 1-13
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ
กัลยา จรินทรานนท์ Kallaya Charintranont
อุมา จันทวิเศษ Uma Juntawises
จารุวรรณ กฤตย์ประชา Charuwan Kritpracha

The Effects of a Caregiver Self-Efficacy Promoting Program in Rehabilitation Combined with Use of a Mobile Application on Self-Efficacy of Caregivers and Aphasia of Stroke Patients 14-26
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและภาวะเสียการสื่อความของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ปียานุช ลาหล้าเลิศ Peeyanuch Lalaloes
บวรลักษณ์ ทองทวี Borwarnluck Thongthawee
สมบัติ มุ่งทวีพงษา Sombat Muengtaweepongsa

Factors Related to Catheter-Associated Urinary Tract Infection Among Acute Stroke Patients in Thammasat University Hospital 27-40
ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ศุภชัย รักแก้ว Supachai Rakkaew
อุไร คำมาก Urai Kummarg
สุกัญญา ทองบุผา Sukanya Thongbupa
ธีรนุช ห้านิรัติศัย Teeranut Harnirattisai
ปียานุช ลาหล้าเลิศ Peeyanuch Lalaloes

The Critical Care Competency for COVID-19 Patients of Intensive Care Nurses in Bangkok Metropolitan Administration Hospitals 41-55
สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ของพยาบาลไอซียู โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร
ชานนท์ ขนานใต้ Chanon Khanantai
บวรลักษณ์ ทองทวี Borwarnluck Thongthawee
บุณฑริกา ชาตรีวัฒนกุล Buntarika Chatreewatanakul

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Professional Nurses' Practices in Providing Palliative Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease 56-70
การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
จิรวัฒน์ ประคองพันธ์ Jirawat Prakhongpun
บวรลักษณ์ ทองทวี Borwarnluck Thongthawee
เยาวรัตน์ มัชฌิม Yaowarat Matchim

Food Literacy and Consumption Behavior Among Dependent Elders 71-84
ความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ซอมพอ อุปขาว Sompor Auppakaw
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai
เดชา ทำดี Decha Tamdee

Physical Literacy and Physical Activities Among Older Persons with Hypertension 85-97
ความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ภัทราวลัย ไชยชมภู Pattrawalai Chaichompoo
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai
พนิดา จันทโสภีพันธ์ Phanida Juntasopeepun

Elderly Peoples' Experiences of Resilience Through Coping with Coronavirus Disease - 2019 98-111
ประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
พิไลพร สุขเจริญ Pilaiporn Sukcharoen
จิดาภา พลรักษ์ Jidapa Polruk
สุรีพร ชุมแดง Sureeporn Chumdaeng

Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Congestive Heart Failure 112-128
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
ปาลิกา ธนหิรัญกิจทอง Palika Thanahirankijthong
โรจนี จินตนาวัฒน์ Rojanee Chintanawat
พนิดา จันทโสภีพันธ์ Phanida Juntasopeepun

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Tuberculosis 129-143
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค
สายใจ จันแดง Saijai Jandaeng
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai
โรจนี จินตนาวัฒน์ Rojanee Chintanawat

The Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-efficacy in Promoting Living Wills of Professional Nurses Working in an Intensive Care Unit 144-157
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต
กัลยา มั่นล้วน Kanlaya Munluan
ณัฐพล ชัยหาญ Nattapol Chaihan

Quality Improvement of Recording in a Medical Reimbursement Claiming System, Nursing Department of Special Treatment, Lamphun Hospital 158-169
การพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน
มัทนีย์พร ขันคำกาศ Mattaneeporn Kankamgat
เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul
กุลวดี อภิชาติบุตร Kulwadee Abhicharttibutra

Effort–Reward Imbalance and Job Burnout of Nurses in Tertiary Hospitals 170-182
ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ
สุปราณี ชูรัตน์ Supranee Choorat
เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul
อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat

Activity-Based Costing of Services in an Endoscopy Room, Lamphun Hospital 183-194
ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการในห้องส่องกล้องโรงพยาบาลลำพูน
เสาวณีย์ กรุณา Saowanee Karuna
ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์ Thitinut Akkadechanunt
สมใจ ศิระกมล Somjai Sirakamon

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Health Literacy and Care Behaviors in Preventing Respiratory Infection Diseases Among Parents of Preschool Children in Child Development Centers 195-211
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ธมณณัฏฐ์	วิชา	Thamonnat	Wicha
วิภาวรรณ	ชัยลังกา	Wiphawan	Chailangka
ลาวัลย์	สมบูรณ์	Lawan	Somboon
สุดธิดา	แก้วขจร	Suthida	Kaewkajorn
บุญญฤทธิ์	อายุยืน	Boonyarit	Aryuyuen

Factors Related to COVID-19 Preventive Behaviors Among School-Age Children in Chiang Rai Municipality 212-226
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย

วิภาวรรณ	ชัยลังกา	Wiphawan	Chailangka
ธมณณัฏฐ์	วิชา	Thamonnat	Wicha
ญาณัชฌาน์	แก้วตา	Yanatcha	Kaewta
ศิริลักษณ์	สุมาดน	Sililuck	Sumadon
ลาวัลย์	สมบูรณ์	Lawan	Somboon

Effects of a Learning Enhancement Program on COVID-19 Prevention Knowledge and Practices of Student Leaders in Anukul Wittaya School, Mae Sot District, Tak Province 227-237
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่อความรู้และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนในโรงเรียนอนุกูลวิทยา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

สรอรรถ	จันธิดา	Sora-at	Chanthida
ศิวพร	อึ้งวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana
วิลาวัณย์	เตือนราษฎร์	Wilawan	Tuanrat

Development of an Online Training Program for Work Safety Preparation Among Vocational Students 238-254
การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา

พิมพิไล	ใจตรง	Pimpilai	Jaitrong
วันเพ็ญ	ทรงคำ	Wanpen	Songkham
กัลยาณี	ตันตรานนท์	Kunlayanee	Tantranont

สารบัญ

บทความวิชาการ **หน้า**

Foot Reflexology for Low Back Pain after Transfemoral Coronary Angiography 255-266
การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ
ธัญญลักษณ์ ตาทอง Thunyaluk Tatong
นรลักขณ์ เอื้อกิจ Noraluk Ua-Kit

Perceived Insufficient Milk Supply in Postpartum Mothers: A Nurse's Challenge 267-279
การรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอในมารดาหลังคลอด: ความท้าทายของพยาบาล
นพรัตน์ ธาระณะ Nopparat Tharana

สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) ปีที่ 50 ปัจจุบันวารสารได้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และได้รับการจัดอันดับวารสารไทยในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 และ**ตั้งแต่ฉบับนี้เป็นต้นไป วารสารจะนำเสนอบทความฉบับละ 20 เรื่อง และในฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) ปีที่ 50 จะปรับรูปแบบการเขียนอ้างอิงให้เป็นรูปแบบของ The American Psychological Association (APA) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 (7th ed.)**

วารสารฉบับนี้ได้นำเสนอบทความที่หลากหลายและน่าสนใจ จำนวน 20 เรื่อง เป็นบทความวิจัย 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง สำหรับบทความวิจัย เป็นบทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 10 เรื่อง ดังเช่น การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น บทความด้านบริหารทางการพยาบาล 4 เรื่อง ดังเช่น การพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลเด็ก 2 เรื่อง ดังเช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย 2 เรื่อง ดังเช่น การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา สำหรับบทความทางวิชาการในฉบับนี้มี 2 เรื่อง ดังเช่น การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ เป็นต้น บทความทั้งหมดนี้ได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ส่งผลให้บทความแต่ละเรื่องมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้อ้างอิงทางวิชาการ และนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอขอบคุณผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณากลั่นกรองบทความและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้บทความมีคุณภาพ เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะร่วมกันพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตามมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา
บรรณาธิการ

Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

กัลยา	จรินทรานนท์*	Kallaya	Charintranont*
อุมา	จันทวิเศษ**	Uma	Juntawises**
จารุวรรณ	กฤตย์ประชา***	Charuwan	Kritpracha***

Abstract

Patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention (PCI) should have appropriate self-care behavior, especially smoking cessation behaviors, for decreasing risk factors of disease or repeated stenosis and decreasing the severity of illness. This correlational predictive study aimed to identify levels of illness perception, smoking cessation behaviors, and predictability of illness perception toward smoking cessation behaviors in patients with acute coronary syndrome after PCI who came for follow-up at the internal medicine clinic and cardiac center at Songklanagarind Hospital. A purposive sampling technique was used to recruit 130 patients. The questionnaires for data collection consisted of 1) a demographic data questionnaire and clinical data recording form, 2) the Illness Perception Questionnaire: IPQ-R, and 3) a smoking cessation behaviors questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients of the IPQ-R and smoking cessation behaviors questionnaire were 0.81 and 0.90, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The results revealed that:

1. Participants perceived that personal control was at a high level ($\overline{X}$ = 22.40, SD =3.25). Time-line, consequences, treatment control, illness coherence, emotion representations, and cause were at a moderate level ($\overline{X}$ = 31.70, SD = 5.95; $\overline{X}$ = 21.27, SD = 3.90; $\overline{X}$ = 17.65, SD = 2.39; $\overline{X}$ = 15.57, SD = 2.96; $\overline{X}$ = 18.53, SD = 4.23; $\overline{X}$ = 51.75, SD = 8.40, respectively). Illness identity was at a low level ($\overline{X}$ = 4.55, SD = 2.80).

2. Smoking cessation behaviors were at a moderate level ($\overline{X}$ = 11.79, SD = 8.59).

3. Components of illness perception were able to predict smoking cessation behaviors at 25.30%.

The results from this study are beneficial for nurses to assess illness perception and can be basic information for developing guidelines to provide correct knowledge, including promoting smoking cessation behaviors for patients with acute coronary syndrome.

Keywords: Illness perception; Smoking cessation behaviors**;** Patients with acute coronary syndrome; Percutaneous coronary intervention

* Corresponding author, Professional Nurse, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; e-mail: ckallaya@medicine.psu.ac.th

** Senior Professional Nurse, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Received 22 February 2023; Revised 10 May 2023; Accepted 16 May 2023

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหรือการตีบตันซ้ำและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย การวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกอายุรกรรมและศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 130 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ multiple linear regression

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 22.40, SD = 3.25) การรับรู้ด้านช่วงเวลา ผลกระทบ การควบคุมอาการด้วยการรักษา ความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย อารมณ์ และด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 31.70, SD = 5.95; $\bar{X}$ = 21.27, SD = 3.90; $\bar{X}$ = 17.65, SD = 2.39; $\bar{X}$ = 15.57, SD = 2.96; $\bar{X}$ = 18.53, SD = 4.23; $\bar{X}$ = 51.75, SD = 8.40 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ด้านอาการของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 4.55, SD = 2.80)

2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 11.79, SD = 8.59)

3. การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 25.30

ผลจากการศึกษานี้เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้ความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
e-mail: ckallaya@medicine.psu.ac.th
** พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ 22 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไขบทความ 10 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 16 พฤษภาคม 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนทั่วโลก และอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 เป็น 8.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 31.4, 32.6 และ 33.5 ต่อประชากร 100,000 คน (Devision of Non Communicable Disease, 2023)

ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการรักษาที่พบบ่อยและมีประสิทธิภาพ โดยการเปิดหลอดเลือดด้วยการทำหัตถการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจที่อุดตันและหรือการใช้อุปกรณ์พิเศษเฉพาะเพื่อดูดลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจ (Hengrasamee & Kehasukcharoen, 2020) เพื่อต้องการให้เลือดแดงที่มีออกซิเจนจำนวนมากไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ลดอัตราการตาย ลดจำนวนวันการนอนโรงพยาบาล ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย PCI มากขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.63 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 70.73 ในปี พ.ศ. 2563 (National Health Security Office; NHSO, 2020) ข้อมูลเวชสถิติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2560 (Songkhla Nakarin Hospital, 2017) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีจำนวน 1,385 รายต่อปี และในจำนวนนี้ได้รับการรักษาด้วย PCI 958 ราย (ร้อยละ 69.17)

ถึงแม้ว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI มีการเกิดตีบตันซ้ำร้อยละ 39.43 (Zhang et al., 2022) สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการตีบตันซ้ำในผู้ป่วยคือพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ มีภาวะเครียด และการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาไม่เหมาะสม เป็นต้น (Chinphan, Sirisopon, Wattanaburanon, & Onsiri, 2019) ซึ่งพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 63.1 (Kamthornwijitkul, Chamnan, & Thanakitcharu, 2018) การหยุดสูบบุหรี่หลังทำ PCI จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสามารถลดอัตราการตายร้อยละ 29 (Wan et al., 2015)

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหรือการตีบตันซ้ำและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่มีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสุขภาพจิต และการมีโรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยการมีโรคเรื้อรัง การรับรู้ว่าตนมีความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Benjakul, Kengkanpanich, & Suchirarat, 2014) สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยของ ลีเวนทาล เนเรนซ์ และสตีล (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) และ มอส-มอริส และคณะ (Moss-Morris et al., 2002) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคล มี 8 องค์ประกอบ คือ การรับรู้อาการ การรับรู้สาเหตุของโรค การรับรู้ช่วงเวลาของความเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมอาการด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมอาการด้วยการรักษา ความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านอารมณ์ การรับรู้ความเจ็บป่วยทำให้บุคคลเข้าใจถึงภาวะที่คุกคามสุขภาพและการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ หากผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะมี

การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่ดีนำไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสม การศึกษาของ กันยารัตน์ ลาสุธรรม, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และ อรสา พันธ์ภักดี (Lasutham, Siripitayakunkit, & Panpakdee, 2018) พบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับมาก และความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ นอร์ (Nur, 2018) เรื่องการรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ไม่ได้เน้นเฉพาะเจาะจงด้านการเลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจยังมีจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของสังคมไทย ซึ่งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

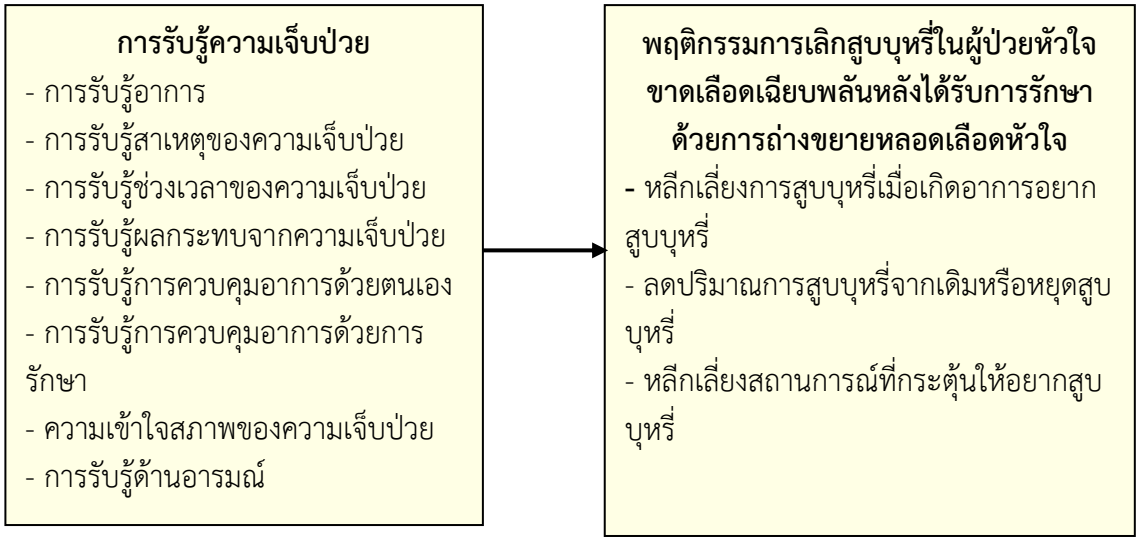
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย (illness perception) ตามแนวคิดของ ลีเวนทาล และคณะ (Leventhal et al., 1984) และ มอส-มอริส และคณะ (Moss-Morris et al., 2002) โดยแนวคิดนี้กล่าวว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย บุคคลจะมีการให้ความหมาย รับรู้ข้อมูล การรับรู้จึงมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยมี 8 องค์ประกอบ คือการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (identity) การรับรู้สาเหตุของโรค (cause) การรับรู้ช่วงเวลาของความเจ็บป่วย (timeline) การรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (consequences) การรับรู้การควบคุมอาการด้วยตนเอง (personal control) การรับรู้การควบคุมอาการด้วยการรักษา (treatment control) ความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย (illness coherence) และการรับรู้ด้านอารมณ์ (emotional representation)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ เช่น การไม่ซื้อบุหรี่ การไม่รับบุหรี่จากผู้อื่น การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงหรือหยุดสูบบุหรี่ รวมถึงการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ (Karunan, 2016)

โดยการรับรู้ความเจ็บป่วยน่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกอายุรกรรมและศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกอายุรกรรมและศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีประวัติสูบบุหรี่ก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่ สามารถพูดคุย สื่อสารเข้าใจ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง เหนื่อยหอบ หรือระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ ใช้สูตรของ ธรอนไดค์ (Thorndike, 1978 as cited in Srisathitnarakoon, 2010) ดังนี้ n = 10k + 50, n คือขนาดกลุ่มตัวอย่าง, k คือจำนวนตัวแปร การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 8 ตัวแปร จากการแทนค่าในสูตร จะได้ n = 10(8) + 50 = 130 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคร่วม ประวัติโรคหัวใจในครอบครัว ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการได้รับการทำ PCI ประวัติการสูบบุหรี่

2. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ-R) สร้างเครื่องมือโดย มอส-มอริส และคณะ (Moss-Morris et al., 2002) ซึ่งจารุวรรณ กฤตย์ประชา แปลเป็นภาษาไทยตามขั้นตอนการแปลย้อนกลับ (Brislin, 1980) แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นการประเมินด้านอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย มี 14 อาการ คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ (Wongratana, 2017)

ตอนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 38 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้ด้านช่วงเวลาของความเจ็บป่วย 10 ข้อ ด้านผลกระทบ 6 ข้อ ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง 6 ข้อ ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา 5 ข้อ ด้านความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย 5 ข้อ และด้านอารมณ์ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ

ตอนที่ 3 เป็นการประเมินด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อความสาเหตุ 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ในตอนที่ 3 นี้ มีอีก 1 คำถามให้ตอบ 3 สาเหตุแรกที่คิดว่าเป็นสาเหตุความเจ็บป่วย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ จิราภรณ์ เนียมกุญชร และ สุนิดา ปรีชาวงศ์ (Neamkulchon & Preechawong, 2007) มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ 4 ข้อ และมีข้อคำถามเกี่ยวกับการลดปริมาณการสูบบุหรี่จากเดิมและการหยุดสูบบุหรี่ 1 ข้อ อีก 10 ข้อ เป็นคำถามที่หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ การแปลผลคือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-2 รวมทั้งหมด 30 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยตรวจสอบค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยนำมาทดลองใช้ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 และ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่โครงการ REC 61-084-15-7 อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจหลังได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย และมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI จำนวน 2 ราย เพื่อให้เข้าใจตรงกันและมีทักษะในการเก็บข้อมูล หลังได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยก่อน เพื่อให้ได้การรับรู้ที่แท้จริง จึงทำแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน 130 ชุด ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม พร้อมทั้งนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression แบบทุกตัวแปรเข้าการวิเคราะห์แบบครั้งเดียว (ตรวจสอบการกระจายของตัวแปรเป็นโค้งปกติ)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.70 มีอายุระหว่าง 34-83 ปี อายุเฉลี่ย 60.5 ปี (SD = 11.49) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64.60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.90 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.00 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.90

ข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 58.50) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 26.90) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 22.30) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว (ร้อยละ 71.50) ร้อยละ 70.80 มีประวัติได้รับการทำ PCI ครั้งแรก พบจำนวนหลอดเลือดหัวใจตีบตันทั้ง 3 เส้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.40 ส่วนใหญ่เลิกดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 46.20 ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 29.20

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้ความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้านการควบคุมอาการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 22.40, SD = 3.25) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 4.55, SD = 2.80) ส่วนใหญ่รับรู้ว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุด (ร้อยละ 92.30) รองลงมาคือ อาการอึดอัดหายใจไม่ออก (ร้อยละ 70.80) และอาการอ่อนเพลีย (ร้อยละ 52.30) ส่วนการรับรู้ความเจ็บป่วยอีก 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ช่วงเวลาของความเจ็บป่วย โดยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นแบบเรื้อรังและมีทั้งช่วงที่มีอาการดีขึ้นและแย่ลงเป็นวงจร ($\bar{X}$ = 31.70, SD = 5.95) การรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อตนเอง ด้านการเงิน และบุคคลผู้ใกล้ชิด ($\bar{X}$ = 21.27, SD = 3.90) การรับรู้การควบคุมอาการด้วยการรักษา ($\bar{X}$ = 17.65, SD = 2.39) การรับรู้ความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 15.57, SD = 2.96) การรับรู้ด้านอารมณ์ในทางลบ ($\bar{X}$ = 18.53, SD = 4.23) และการรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 51.75, SD = 8.40) โดยรับรู้ว่าเกิดจากบุหรี่มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.04, SD = 0.86) รองลงมาคือ พฤติกรรมของตนเอง ($\bar{X}$ = 3.92, SD = 0.97) และอาหาร ($\bar{X}$ = 3.85, SD = 1.03) จากการสอบถามด้วยคำถามปลายเปิดให้ตอบ 3 สาเหตุแรกที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ (1) บุหรี่ (2) อาหาร และ (3) แอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.30, 53.80 และ 10.80 ตามลำดับ

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 11.79, SD = 8.59) พฤติกรรมแต่ละด้าน คือ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ลดปริมาณการสูบบุหรี่จากเดิม และหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.45, SD = 2.82; $\bar{X}$ = 0.99, SD = 0.89; $\bar{X}$ = 7.35, SD = 5.73 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 8 ด้านกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ คือ การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (n = 130)

ตัวแปรการรับรู้	พฤติกรรมเลิกบุหรี่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ (r)
1. ด้านอาการ	.124
2. ด้านช่วงเวลา	-.154
3. ด้านผลกระทบ	-.210
4. ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง	-.136
5. ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา	.298*
6. ด้านความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย	.022
7. ด้านอารมณ์	-.154
8. ด้านสาเหตุ	.329*

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบป้อนเข้า พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 8 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ด้านอาการ ด้านช่วงเวลา ด้านผลกระทบ ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา ด้านความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย ด้านอารมณ์ และการรับรู้ด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 25.30 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (n = 130)

ตัวแปรการรับรู้	B	SE	β	T	p-value
1. ด้านอาการ	.143	.254	.047	.564	.574
2. ด้านช่วงเวลา	-.090	.128	-.062	-.703	.483
3. ด้านผลกระทบ	-.326	.199	-.149	-1.637	.104
4. ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง	-.424	.220	-.160	-1.928	.056
5. ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา	.732*	.300	.204*	2.440	.016
6. ด้านความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วย	.159	.241	.055	.659	.511
7. ด้านอารมณ์	-.175	.184	-.086	-.949	.345
8. ด้านสาเหตุ	.340*	.086	.334*	3.965	.000

Constant = .657, t = .068, R = .503, R^2= .253, F = 5.136, *p < .05

การอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน อภิปรายได้ดังนี้

1. การรับรู้ด้านอาการของความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันน้อย ส่วนใหญ่รับรู้ว่าอาการที่เกี่ยวข้องมากที่สุด คืออาการเจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 92.30) รองลงมา คืออาการอึดอัดหายใจไม่ออก (ร้อยละ 70.80) ซึ่งเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้จากประสบการณ์การเกิดอาการของโรคที่คุกคามต่อตนเองและเป็นอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับ

อาการสำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Sitthisuk, 2014)

2. การรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ด้วยตนองอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มีระยะความเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ได้มากขึ้น และมีประสบการณ์การได้รับความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการ และการควบคุมการเจ็บป่วยได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา วงษ์กวน, ชนกพร จิตปัญญา, และ จรรยา ฉิมหลวง (Wongkuan, Jitpanya, & Chimluang, 2018) ที่ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสามารถควบคุมโรคด้วยตนเองในระดับสูง

3. การรับรู้ด้านสาเหตุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาจากหลายสาเหตุอยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่ พฤติกรรมของผู้ป่วย และอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวรรณ ชินพันธุ์ และคณะ (Chinphan et al., 2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด ส่งผลต่อการตีบตันซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

4. การรับรู้ด้านช่วงเวลาของความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นแบบเรื้อรังและมีทั้งช่วงอาการดีขึ้นและแย่ลงเป็นวงจร อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 29.20 มีประวัติการได้รับการทำ PCI 2-3 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัวโร, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และ จารุวรรณ กฤตประชา (Gauro, Thaniwat-tananon, & Kritpracha, 2020) ที่ศึกษาการรับรู้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการรับรู้ด้านช่วงเวลาของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

5. การรับรู้ด้านผลกระทบจากความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีผลกระทบต่อชีวิต การเงิน ทำให้ผู้ใกล้ชิดลำบาก ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง แต่ส่วนใหญ่สามารถใช้สิทธิการรักษาได้ โดยผู้ป่วยและญาติมีค่าใช้จ่ายเพิ่มด้านอื่น ๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา วงษ์กวน และคณะ (Wongkuan et al., 2018) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยระดับปานกลาง

6. การรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหัวใจขาดเลือดสามารถรักษาได้ การรักษาสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ เนื่องจากปัจจุบันการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรักษาที่พบบ่อยและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราการตาย (Hengrasamee & Kehasukcharoen, 2020) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การรักษาด้วยวิธีนี้ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้

7. การรับรู้ด้านความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Devision of Non Communicable Disease, 2019) มีสื่อหลายช่องทางในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน รวมทั้งการได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วยมากขึ้น

8. การรับรู้ด้านอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่รุนแรง เรื้อรัง อาการมีโอกาสกำเริบได้ แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยและผ่านขั้นตอนการรักษามาแล้ว ทำให้มีข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง ส่งผลให้ลดความกลัววิตกกังวลในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา วงษ์กวน และคณะ (Wongkuan et al., 2018) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านอารมณ์ระดับปานกลาง

9. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีประวัติเลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 69.80 การศึกษาของ วิชัย เอกพลากร, กนิษฐา ไทยกล้า, และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า (Aekplakorn, Thaikla, & Sathienoppakao, 2016) พบว่าในเพศชายกลุ่มที่สูบบุหรี่ประจำมีความชุกเริ่มตั้งแต่ร้อยละ 25.00 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดในกลุ่มอายุ 30-44 ปี และการศึกษาของ ปิยะมาศ ชาชมพร (Chachomporn, 2013) พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ระดับปานกลาง เนื่องจากหลังรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หายจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก จึงอาจลดความเคร่งครัดจากพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

2. การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยในภาพรวมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 25.30 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ การรับรู้ด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.334 และ 0.204 อธิบายได้ว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 8 ด้านมีผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยปัจจัยที่สำคัญคือการรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากการสูบบุหรี่ และความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อชีวิต จึงแก้ปัญหาที่สาเหตุโดยการเลิกสูบบุหรี่ ดังการศึกษาของ กันยารัตน์ ลาสุธรรม และคณะ (Lasutham et al., 2018) ที่พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.46$, $p < .01$)

การรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษาสามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.29$, $p < .05$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและสามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้ จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่ง ลีเวนทาล, ฟิลลิปส์, และ เบิร์นส์ (Leventhal, Phillips, & Burns, 2016) อธิบายว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่สามารถรักษาหรือควบคุมได้มาก จะให้ความสำคัญกับการรักษาและปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยที่สะท้อนว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ($\bar{X} = 3.26$, $SD = 1.17$) การรักษามีค่าใช้จ่ายสูง และต้องทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ ซึ่งผลการสวนหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้พบมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เส้นและ 3 เส้น ร้อยละ 37.70 และร้อยละ 45.40 ตามลำดับ ในรายที่มีการตีบตันของหลอดเลือดหลายเส้นต้องนัดมาทำ PCI ซ้ำ การมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งต้องใช้เวลานาน มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้เวลาในการมาตรวจเฉลี่ยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อครั้ง บางรายมีปัญหาการทรงตัวและปัญหาด้านสายตา จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือพามาตรวจติดตามอาการ (Boonkua, Wattanakitkrileart, Sriprasong, & Dumavibhat, 2022) ส่งผลให้การรักษาด้วยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจแม้จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็มีความยุ่งยากและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ควบคู่ไปกับการรักษาโดยเฉพาะด้านการเลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการรับรู้ด้านสาเหตุและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

2. สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ที่ถูกต้องทั้งด้านสาเหตุ การรักษา รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

3. สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

References

Aekplakorn, W., Thaikla, K., & Sathienoppakao, W. (2016). Health behavior. In W. Aekplakorn, (Ed.), *Report of the Thai people's health survey by physical examination No.5, 2014.* (pp. 46-55). Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)

Benjakul, S., Kengkanpanich, M., Kengkanpanich, T., & Suchirarat, D. (2014). *Prognosis and health hazards report: Tobacco consumption trends among Thai populations. (Research report).* Bangkok: Bureau of Tobacco Consumption Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)

Boonkua, C., Wattanakitkrileart, D., Sriprasong, S., & Dumavibhat, C. (2022). Factors predicting adherence to dual antiplatelet medications among patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention. *Nursing Science Journal of Thailand, 40*(3), 60-75. (in Thai)

Brislin, B. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In H. C. Triandis & J. W. Berry (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology*: Vol. 1 (pp. 389-444). Boston: Allyn & Bacaon.

Chachomporn, P. (2013). *Perception and in-stent restenosis prevention behaviors in patients who had undergone stent implantation.* (Master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand. Retrieved from https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/8713/1/361178.pdf (in Thai)

Chinphan, S., Sirisopon, N., Wattanaburanon, A., & Onsiri, S. (2019). Factors correlated with in-stent restenosis in coronary heart disease patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(3), 218-226. (in Thai)

Devision of Non Communicable Disease. (2019). *Number and rate of inpatients in 2016–2018*. Retrieved from http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020 (in Thai)

Devision of Non Communicable Disease. (2023). *Number and mortality rates of 4 diseases 2020-2022.* Retrieved from http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020 (in Thai)

Gauro, P., Thaniwattananon, P., & Kritpracha, C. (2020). Illness perception predicting cardiovascular health behaviors among patients with ischemic heart disease in Nepal: A descriptive cross-sectional study. *JNMA; Journal of the Nepal Medical Association, 58*(231), 884–888. doi: 10.31729/jnma.5426

Hengrasamee, K., & Kehasukcharoen, W. (2020). Percutaneous coronary intervention. In STEMI patients. *Standards of treatment for patients with acute myocardial ischemia* (pp. 20-30). Bangkok: Central Chest Institute of Thailand. (in Thai)

Kamthornwijitkul, L., Chamnan, P., & Thanakitcharu, P. (2018). Factor associated with recurrent myocardial infarction in acute coronary syndrome patient in Sunpasitthiprasong Hospital. *Sanpasitthiprasong Medical Journal*, *39*(2-3), 11-30. (in Thai)

Karunan, K. (2016). *The effect of behavioral change integrated with smoking cessation self-efficacy program on smoking cessation behaviors and self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease*. (Master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand. (in Thai)

Lasutham, K., Siripitayakunkit, A., & Panpakdee, O. (2018). Factors related to self-care behavior of Thai Buddhist Monks with coronary artery disease. *Ramathibodi Nursing Journal*, *24*(3), 313-327. (in Thai)

Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer, (Eds.), *Handbook of psychology and health, volume iv: Social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of self-regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, *39*(6), 935–946. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1–16. doi: 10.1080/08870440290001494

National Health Security Office. (2020). *NHSO health service indicator report (H0301), data at 30 September 2020, Bureau of Information and Technology, 15 December 2020, analyze by Bureau of Health Information and Outcome Evaluation, NHSO*. Retrieved from https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F_NHSO_Annual_Report_2020.pdf (in Thai)

Neamkulchon, J., & Preechawong, S. (2007). The effect of a transtheoretical model-based intervention on smoking cessation behavior in medical inpatients. *Journal of Tobacco Control, 1*(1), 2-13. (in Thai)

Nur, K. R. M. (2018). Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, *5*(2), 174–180. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.04.007

Sitthisuk, S. (2014). *Clinical practice guidelines for the care of patients with ischemic heart disease in Thailand*. (revised version). (2nd ed.). Bangkok: The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of His Majesty the King. (in Thai)

Srisathitnarakoon, B. (2010). *The methodology in nursing research.* Bangkok: You and I Intermedia. (in Thai)

Songkhla Nakarin Hospital. (2017). *Statistics for Patients with acute ischemic heart disease receiving coronary angiography*. Songkhla: Songkhla Hospital. (in Thai)

Thorndike, M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.

Wan, Y. F., Ma, X. L., Yuan, C., Fei, L., Yang, J., & Zhang, J. (2015). Impact of daily lifestyle on coronary heart disease. *Experimental and Therapeutic Medicine*, *10*(3), 1115–1120. doi: 10.3892/etm.2015.2646

Wongkuan, D., Jitpanya, C., & Chimluang, J. (2018). Relationships among illness perception, self-esteem, physical activity and sleep disturbances in acute myocardial infarction survivors. *Thai Red Cross Nursing Journal, 11*(2), 153-170. (in Thai)

Wongratana, C. (2017). *Techniques for using statistics for research* (13th ed.). Bangkok: Amon Publication. (in Thai)

World Health Organization. (2020). *The top 10 causes of death*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

Zhang, J., Zhang, Q., Zhao, K., Bian, Y. J., Liu, Y., & Xue, Y. T. (2022). Risk factors for in-stent restenosis after coronary stent implantation in patients with coronary artery disease: A retrospective observational study. *Medicine*, *101*(47), e31707. doi: 10.1097/MD.0000000000031707

The Effects of a Caregiver Self-Efficacy Promoting Program in Rehabilitation Combined with Use of a Mobile Application on Self-Efficacy of Caregivers and Aphasia of Stroke Patients*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและภาวะเสียการสื่อความของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

ปียานุช	ลาหล้าเลิศ**	Peeyanuch	Lalaloes**
บวรลักษณ์	ทองทวี***	Borwarnluck	Thongthawee***
สมบัติ	มุ่งทวีพงษา****	Sombat	Muengtaweepongsa****

Abstract

Aphasia usually happens suddenly after a stroke, and affects a person's language ability, causing difficulty speaking, reading, writing, and understanding language. As a result, patients with dependent conditions need to be cared for after discharge from the hospital. This quasi-experimental research aimed to study the effects of a caregiver self-efficacy promoting program in rehabilitation combined with the use of a mobile application on the caregivers' self-efficacy and the stroke patients' aphasia. The samples included 66 stroke patients with aphasia and their caregivers, who were divided into an experimental group and a control group. The research instruments consisted of the following: 1) the caregiver self-efficacy promoting program based on Bandura's theory of self-efficacy; 2) a demographic questionnaire; 3) a self-efficacy scale for caregivers; and 4) an aphasia screening form. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The findings demonstrated that after the experiment, the experimental group had significantly higher mean perceived self-efficacy scores and aphasia scores than those of the control group ($p < .05$; $p < .05$) and before the experiment ($p < .001$; $p < .001$).

The results show that the caregiver self-efficacy promoting program may increase the confidence of caregivers and result in improved patient communication.

Keywords: Aphasia; Stroke; Self-efficacy; Caregivers; Mobile application

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

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

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University; e-mail: borwarnluck.t@gmail.com

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

Received 13 May 2023; Revised 17 June 2023; Accepted 19 June 2023

บทคัดย่อ

ภาวะเสียการสื่อความมักเกิดขึ้นทันทีภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้มีปัญหาในการพูด การอ่าน การเขียน และความเข้าใจในภาษา ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและภาวะเสียการสื่อความของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความและผู้ดูแล จำนวน 66 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และ 4) แบบคัดกรองบุคคลเสียการสื่อความ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อความสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$; $p < .05$) และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความได้เพิ่มความมั่นใจผู้ดูแล และส่งผลให้ภาวะสื่อความในผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะเสียการสื่อความ โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ดูแล โมบายแอปพลิเคชัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: borwarnluck.t@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 13 พฤษภาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 17 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 19 มิถุนายน 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน และเป็นปัญหาสำคัญต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก รายงานจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก ในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 13.70 ล้านคน (World Stroke Organization, 2021) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยใน พ.ศ. 2559 มีจำนวน 451.39 และ พ.ศ. 2562 มีจำนวน 542.54 ต่อประชากร 100,000 คน (Strategy and Planning Division, 2019) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองมาจากโรคมะเร็งทุกชนิด (Ministry of Public Health, 2019) และภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะพบภาวะเสียการสื่อความ (Aphasia) ร้อยละ 28 – 38 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (National Aphasia Association, 2021)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ การรับความรู้สึก การมองเห็น ภาษา ความจำ และอารมณ์ (Saitree, Chaimay, & Woradet, 2019) ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เน้นให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามภาวะเสียการสื่อความเป็นปัญหาด้านภาษา ที่พบได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะมีปัญหาในการพูด อ่าน เขียน และความเข้าใจในภาษา (American Stroke Association, 2021) ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และอาจสูญเสียความสามารถในการเข้าใจสัญลักษณ์ทางภาษาที่รับรู้โดยการได้ยินหรือการมองเห็น (Jariengprasert, 2021) ผู้ป่วยจะไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลใกล้ชิดได้อย่างที่ต้องการ สื่อสารผิดหรือรุนแรงจนกระทั่งพูดไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ (Nätterlund, 2010) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการ

การฟื้นฟูภาวะเสียการสื่อความ ควรเริ่มให้เร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพด้านการสื่อความ โดยมีการศึกษาพบว่า สมองมีการฟื้นตัวด้านภาษาภายในสัปดาห์แรกหลังเกิดโรค (García et al., 2020) และมีอัตราการฟื้นตัวสูงสุดภายใน 3 เดือนแรก (Thiraworawong & Tantirithisak, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมพบรูปแบบการฟื้นฟูด้านการพูดและภาษา ได้แก่ 1) Speech-language therapy (SLT) เป็นการบำบัดการพูดและภาษา โดยนักแก้ไขการพูด (Speech therapist) (Sekhon, Oates, Kneebone, & Rose, 2019) 2) Technology-based therapies เป็นการพัฒนาโปรแกรมหรือชุดคำสั่ง และโปรแกรมประยุกต์ (Applications) ผ่านคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ (Repetto, Paolillo, Tuena, Bellinzona, & Riva, 2021) และ 3) Music-based therapies เป็นการใช้จังหวะ เพลง และดนตรีมาช่วยในการฟื้นตัวของเซลล์ประสาทสมอง (Leonardi et al., 2018) และในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการติดตามอาการและประเมินผลทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Suranartvatchavong & Sudnongbau, 2022) มีการสร้างแอปพลิเคชันที่เป็นโปรแกรมออกแบบเพื่อการใช้งานสำหรับโทรศัพท์สมาร์ทโฟน (Mobile application) ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านกายภาพและภาษาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน (Zhou, Du, & Zhou, 2018) โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถโต้ตอบและรับฟังข้อเสนอแนะ (feedback) และการฝึกบ่อย ๆ จะช่วยเพิ่มการฟื้นตัวของโรค (Szeto, Wan, Alavinia, Dukelow, & MacNeill, 2023) นอกจากนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถส่งข้อความและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และสามารถวางแผนการเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลอีกด้วย (Nam, Park, & Heo, 2013)

นอกจากนี้พบว่า การฝึกพูดโดยใช้โปรแกรมประยุกต์บนอุปกรณ์แท็บเล็ต (Sukcharoen & Saksiri, 2013) และใช้กระดานสนทนา (แผ่นภาพ) (Ngamsuriyaroj, Manoprasertkul, Fongaem, & Methayapa, 2015) ซึ่งฝึกโดยนักแก้ไขการพูดในโรงพยาบาล มีข้อจำกัดคืออัตรากำลังของนักแก้ไขการพูดต่อจำนวนผู้ป่วย

ไม่เพียงพอ จำนวนครั้งในการฝึกพูดน้อย อีกทั้งยังขาดอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกต่อที่บ้าน ดังนั้นผู้ดูแลนับเป็นบุคคลสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรก (early recovery) อย่างถูกต้องและต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น (Good, Bettermann, & Reichwein, 2011) แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลไม่คุ้นเคยกับภาวะเสียการสื่อความ ขาดกลยุทธ์และขาดประสบการณ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วย (Masuku, Mophosho, & Tshabalala, 2018) ซึ่งหากผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อความต่อเนื่อง และคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Phinyo et al., 2015) อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติในการสื่อความหมาย (Maladaptive behavior) เช่น อาการกราดเกรี้ยว หรือนิ่งเฉย (Jariengprasert, 2021) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วย (Masuku et al., 2018) เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (Panthong & Phatisena, 2018) นอกจากนั้น ยังพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล (Prombut, Piaseu, & Sakulhongsopon, 2014) และส่งผลกระทบโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพและการฟื้นตัวของผู้ป่วยในระยะยาว

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชันด้วยการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย โดยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านโปรแกรมประยุกต์ LINE official account สื่อภาษาอะฟาเซียที่ให้ผู้ดูแลฝึกกระตุ้นการสื่อความอย่างง่าย ทั้งยังสามารถพูดคุย กระตุ้น ให้กำลังใจผู้ดูแลและสะท้อนกลับถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ลดภาวะพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และหากผู้ดูแลมีความมั่นใจ (Efficacy beliefs) มากขึ้น และเห็นความสำคัญในการฟื้นฟูภาวะเสียการสื่อความของผู้ป่วย (Outcome expectation) จะนำมาสู่พฤติกรรมการใช้โปรแกรมการฝึกอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอป-พลิเคชันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและภาวะเสียการสื่อความของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

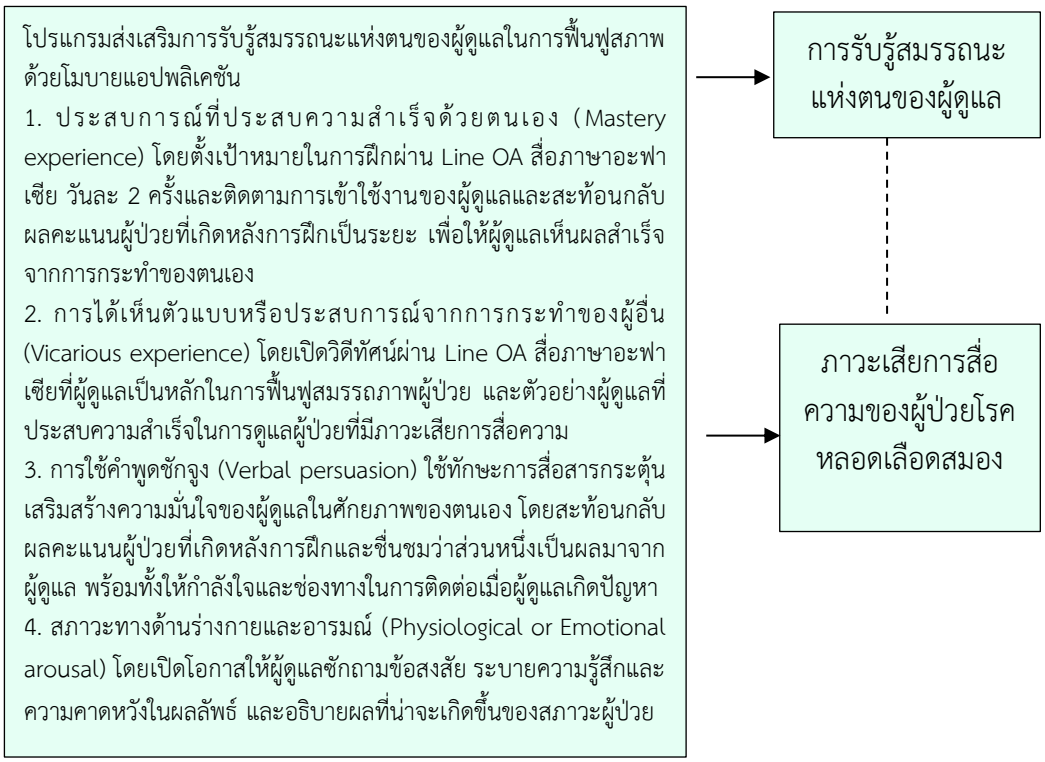
1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการสื่อความมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังเข้าร่วมวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ การที่บุคคลใช้ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นเป้าหมายภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) 3) การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริงเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น

ในความสามารถของตนเอง (Verbal persuasion) และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological or Emotional arousal) (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็น ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันที่มีภาวะเสียการสื่อความ เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันที่มีภาวะเสียการสื่อความ ที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าด้วยการสุ่มอย่างง่าย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) พ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง 3) ด้านที่ 1 ของ NIHSS (level of conscious) ได้ 0 คะแนน 4) ด้านที่ 9 NIHSS (best of language) มีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป 5) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Index of Activities of Daily Living) ระหว่าง 0–95 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นบุคคลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นหลักสามารถดูแลได้ในระยะเวลามากกว่า 3 เดือนขึ้นไปเนื่องจากต้องมีความต่อเนื่องของการใช้โปรแกรม และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง (เป็นการกระทำโดยไม่หวังผลหรือสิ่งตอบแทน) 3) มีโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์ที่สามารถดาวน์โหลดโปรแกรม LINE 4) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถพูด อ่าน

เขียน และฟังภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วย คือ มีประวัติเจ็บป่วยทางจิต โรคความจำเสื่อม โรคอัลไซ-เมอร์ สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกในผู้ดูแล คือ ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องหรือมีการเปลี่ยนผู้ดูแลหลัก

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่เคยทำมาก่อนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ต้องการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยของ วาสนา มูลฐี, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, และ สิริรัตน์ ลีลาจรัส (Moonthe, Monkong, Sirapo-ngam, & Leelacharas, 2016) ได้ค่า effect size = 1.7 ผู้วิจัยเลือกใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง effect size = 0.25 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 54 คู่ เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างในระหว่างการทำวิจัย (Dropped out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Srisatidnarakul, 2020) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 66 คู่ โดยผู้ดูแลและผู้ป่วย 66 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คู่ และกลุ่มควบคุม 33 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินวัดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale; NIHSS) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของบรอท และคณะ (Brott et al., 1989) เป็นข้อคำถาม 11 ข้อ ประเมิน 11 ด้าน เช่น ความสามารถด้านภาษา เป็นต้น การแปลผลคะแนน แบ่งเป็นแต่ละด้าน 0-4 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 42 คะแนน

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Index of Activities of Daily Living; ADL) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ มาโฮนี และ บาเทล (Mahoney & Brthel, 1965) เป็นข้อคำถาม 10 ข้อ ประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร เป็นต้น มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน ยิ่งคะแนนมากแสดงถึงความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชัน ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ออกแบบกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีภาวะเสียการสื่อความร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ แบน-ดูรา (Bandura, 1997) เป็นกิจกรรมเดี่ยว โดยโปรแกรมที่มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 วันติดต่อกัน ในวันที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที เป็นการให้ความรู้เรื่องภาวะเสียการสื่อความผ่านสื่อนำเสนอภาพนิ่ง วันที่ 2 ใช้เวลา 45 นาที แนะนำการดาวน์โหลดและวิธีการใช้งาน Line OA สื่อภาษาอะฟาเซีย และวันที่ 3 ใช้เวลา 30 นาที ทบทวน และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการใช้งาน Line OA สื่อภาษาอะฟาเซีย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (Stroke and Caregiver Characteristics Data) ที่ผู้วิจัยพัฒนาเอง แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 11 ข้อ เช่น เพศ อายุ เป็นต้น และตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล มี 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เป็นต้น

3.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียการสื่อความ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Scale) ของ กรกนก ริมนิล, ศุภร วงศ์วทัญญู, และ สุปรีดา มั่นคง (Rimnin, Wongvatunyu, & Monkong, 2016) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ

แห่งตนของ แบนดูรา และจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง รู้สึกมั่นใจมากที่สุด โดยคะแนนมาก แสดงว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถแห่งตนในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารมาก

3.3 แบบคัดกรองบุคคลเสียการสื่อความ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ รัชนี สุภวัตรจริยากุล, ปรียา หล่อวัฒนพงษา, และ อภิญญา เอื้อศิริรัตนไพศาล (Suphawatjariyakul, Lorwatanapongsa, & Euasiri-rattanapaisan, 2012) และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Matsakunpan, Saringkarinkun, Riewthong, Thimayom, Wichianphaisan, 2016) มีข้อคำถาม 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง มีภาวะเสียการสื่อความระดับเล็กน้อย และคะแนนน้อย หมายถึง มีภาวะเสียการสื่อความระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง อาจารย์พยาบาลและพยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนักแก้ไขการพูด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมฯ จากนั้นนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข สำหรับแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และแบบคัดกรองบุคคลเสียการสื่อความ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความ ซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 30 ราย (Srisatidnarakul, 2020) ที่คลินิกแก้ไขการพูด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และนำมาวิเคราะห์หาค่า Correlation Coefficient หรือค่า r ได้เท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการวิจัยที่ 036/2565 ผู้วิจัยชี้แจงจุดประสงค์ผลดีและผลเสียจากการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างได้รับอันตรายหรือความเจ็บป่วยที่พิสูจน์ได้ว่าเป็นผลจากการเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาหรือเงินชดเชยจากผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้รับถือเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ได้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยตามขั้นตอน ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพชี้แจงการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือและยินยอมร่วมวิจัย
3. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบคัดกรองบุคคลเสียการสื่อความในผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
5. เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ นัดหมายผู้ดูแลและผู้ป่วยให้มาพบที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมในสัปดาห์ที่ 2 และคลินิกแก้ไขการพูด ในสัปดาห์ที่ 4 หลังออกจากโรงพยาบาล

6. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบคัดกรองบุคคลเสียการสื่อความในผู้ป่วยและให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน ดังนี้

1. ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 30 นาที โดยการสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพและแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความ ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเสียการสื่อความและแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง และนัดหมายในการตรวจเยี่ยมครั้งที่ 2 ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 45 นาที ผู้วิจัยแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดาวน์โหลดและวิธีการใช้งาน Line OA สื่อภาษาอะฟาเซีย จากนั้นสอนและสาธิตการกระตุ้นการสื่อความและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองสาธิตย้อนกลับการเข้าใช้งานและวิธีการกระตุ้นการสื่อความ ผู้วิจัยให้กำลังใจและกล่าวชมเชย พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและนัดหมายในการตรวจเยี่ยมครั้งที่ 3 ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยทบทวนการใช้งานโปรแกรมประยุกต์ไลน์ ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามข้อสงสัย และแนะนำช่องทางการติดต่อผู้วิจัยโดยตรงเมื่อต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม และนัดหมายที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมในสัปดาห์ที่ 2 และคลินิกแก้ไขการพูดในสัปดาห์ที่ 4 หลังออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ chi-squared test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อความของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัยโดยใช้สถิติ t-test เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 66 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คู่ และกลุ่มควบคุม 33 คู่

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 54.50 มีอายุเฉลี่ย 62 ปี (SD = 11.34) โดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 60.60 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพเดี่ยว (โสด, หม้าย, หย่าร้าง) ร้อยละ 51.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 60.60 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.50 ซึ่งกลุ่มทดลองทุกคนมีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 มีภาวะเสียการสื่อความชนิด Broca’s aphasia และ Global aphasia เท่ากัน ร้อยละ 39.40 ซึ่งพบว่า บริเวณรอยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่พบอยู่ตำแหน่ง middle cerebral artery ร้อยละ 87.90 ก่อนจำหน่ายมีความรุนแรงของโรค (NIHSS) อยู่ในระดับปานกลาง (5-15 คะแนน) ร้อยละ 60.60 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay) อยู่ในช่วง 4-7 วันมากที่สุด ร้อยละ 54.50 มีระดับความพิการทางระบบประสาทขณะจำหน่าย (modified ranking scale) mRS 0-2 มากที่สุด ร้อยละ 69.60 และไม่ได้รับการรักษาด้วย Thrombolytic/ Thrombectomy มากที่สุด ร้อยละ 48.50

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มควบคุม พบเพศชายมากที่สุดร้อยละ 63.60 มีอายุเฉลี่ย 60 ปี (SD 11.08) เมื่อจัดกลุ่มพบว่ามีอายุน้อยกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 51.50 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ (สมรส) ร้อยละ 72.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด ร้อยละ 48.50 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.60 มีภาวะเสียการ

สื่อความชนิด Broca's aphasia มากที่สุด ร้อยละ 36.40 ซึ่งพบว่า บริเวณรอยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่พบอยู่ตำแหน่ง middle cerebral artery ร้อยละ 93.90 ก่อนจำหน่ายมีความรุนแรงของโรค (NIHSS) อยู่ในระดับปานกลาง (5-15 คะแนน) ร้อยละ 51.50 มีวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay) มากกว่า 7 วันมากที่สุด ร้อยละ 48.50 มีระดับความพิการทางระบบประสาทขณะจำหน่าย (modified ranking scale at discharge) mRS 3-4 มากที่สุด ร้อยละ 39.40 และไม่ได้รับการรักษาด้วย Thrombolytic/ Thrombectomy มากที่สุด ร้อยละ 69.70 โดยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นสถานภาพสมรส ($p < .05$)

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.70 มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (SD = 12.89) โดยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 87.90 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ (สมรส) ร้อยละ 54.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.70 จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 51.50 ผู้ดูแลส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวสายตรง ร้อยละ 75.80 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 97.00

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.80 มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (SD = 12.34) โดยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 90.90 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ (สมรส) ร้อยละ 51.50 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 81.80 จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 45.50 ผู้ดูแลส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวสายตรง ร้อยละ 87.90 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 90.90 โดยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อความของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.871$, $p < .05$; $t = 3.452$, $p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อความของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 33)		กลุ่มทดลอง (n = 33)		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล						
ก่อน	57.76	13.76	54.24	15.07	1.197	.240
หลัง	73.09	12.12	80.21	6.71	-2.871	.007*
คะแนนเฉลี่ยการสื่อความ						
ก่อน	3.27	4.35	4.27	4.07	-1.578	.124
หลัง	5.36	5.06	7.52	4.80	-3.452	.002*

* $P < .05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการสื่อความเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทได้เอง (Natural spontaneous neurological recovery) หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสมและรวดเร็ว ทำให้การไหลเวียน

เลือดของสมองดีขึ้น สมองยุบบวมและความดันภายในช่องกะโหลกลดลง (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, 2015) ซึ่งเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถขยับแขนขาได้ดีขึ้น ความสามารถในการพูดและเข้าใจภาษาดีขึ้นซึ่งการฟื้นฟูตามปกติมักจะเกิดขึ้นภายในหนึ่งเดือนหลังสมองมีพยาธิสภาพ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการสื่อความทันที เมื่ออาการทางระบบประสาทคงที่และสัญญาณชีพคงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ทำให้ระบบประสาทได้รับการกระตุ้นเร็วขึ้นส่งผลให้สมองมีการฟื้นตัวทางด้านภาษาดีขึ้นโดยเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลสัน และคณะ (Wilson et al., 2019) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการแก้ไขการพูดมีการฟื้นตัวของภาวะเสียการสื่อความมากขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการเกิดโรค โดยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบหรือกิจกรรมของการฟื้นฟู และจะแตกต่างกันไปในแต่ละระดับของภาวะเสียการสื่อความ ซึ่งความมั่นใจในการเรียนรู้และการฝึกฝนของผู้ดูแลจะช่วยกระตุ้นให้เซลล์ประสาทสมอง (Neural plasticity) มีการงอกใหม่ของแขนงประสาทและเชื่อมต่อกันเพื่อสร้างเครือข่ายประสาทใหม่ขึ้น ส่งผลให้เกิดการทำงานของเซลล์สมองดีขึ้น

นอกจากนี้พบว่า ระดับความหนัก (intensity) ที่แตกต่างกันของการฝึกหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาหรือการฟื้นตัวของผู้ป่วย การศึกษาส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการจัดกระทำโปรแกรมครั้งละ 30-60 นาที จัดอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และจากแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559 (Masskul-pan et al., 2016) ได้แนะนำให้ฝึกผู้ป่วยวันละ 15 - 20 นาทีทุกวัน โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูผู้ป่วยเฉลี่ย 45 นาที/ครั้ง เฉลี่ย 10 ครั้ง/สัปดาห์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีเวลาฝึกพูดอย่างเพียงพอและต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวทางด้านภาษาดียิ่งขึ้น

สำหรับผู้ดูแล พบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชัน อาจเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) โดยความรู้ที่ผู้ดูแลได้รับได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเสียการสื่อ แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง และโปรแกรมประยุกต์ LINE official account และสื่อภาษาอะฟาเซีย ได้สร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแล และองค์ประกอบการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยผู้ดูแลตั้งเป้าหมายในการฝึกผ่าน Line OA สื่อภาษาอะฟาเซีย และติดตามการเข้าใช้งานและสะท้อนกลับผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่เกิดจากการดูแลของผู้ดูแล 2) การเห็นประสบการณ์ของผู้อื่น จากการดูวิดีทัศน์ตัวอย่างผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียการสื่อความ 3) การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และเห็นสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย 4) การได้รับโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและความคาดหวังในผลลัพธ์ มีพยาบาลคอยให้คำแนะนำและให้กำลังใจให้ผู้ดูแลปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

การที่ผู้วิจัยติดตาม กระตุ้นและให้คำปรึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางโทรศัพท์เป็นการทำให้ผู้ดูแลตระหนักในความสามารถของตนเอง (Whitmore, 2002) ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติตน และการให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยผ่านโปรแกรมประยุกต์ LINE official account สื่อภาษาอะฟาเซีย ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกนก ริมนิล และคณะ (Rimnin et al., 2016) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ในวันที่ 2 วันที่ 7 และวันที่ 14 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ปิยหิรัญ, ทวีศักดิ์ กสิผล, และ ชฎาภา ประเสริฐทรง (Piyahiran, Kasiphol, & Prasertsong, 2018) ที่ศึกษาการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพื่อศึกษาเปรียบเทียบสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับปอดอักเสบและแผลกดทับ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หอผู้ป่วยหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำขั้นตอนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งยังสามารถพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาว เนื่องจากภาวะเสียการสื่อความบางกลุ่มมีพยาธิสภาพรุนแรง ต้องอาศัยระยะเวลาเป็นปีในการฟื้นตัวด้านภาษา นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำข้อมูลไปพัฒนาต่อยอดงานวิจัย เพื่อพัฒนาความรู้ คุณภาพทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความต่อไป

กิติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม-พระเกียรติ ที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

References

American stroke Association. (2021). *Let's talk about stroke and aphasia*. Retrieved from https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/lets-talk-about- stroke/ life-after-stroke/ ltas_strokeandaphasia_2020.pdf?la=en

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. freeman.

Brott, T., Olinger, C. P., Spilker, J., Eberle, R., Rorick, M., Barsan, W. G., ... Walker, M. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: A clinical examination scale. *Stroke, 20*(7), 864-870. doi: 10.1161/01.STR.20.7.864

García, A. O., Brambati, S. M., Brisebois, A., Désilets-Barnabé, M., Houzé, B., Bedetti, C., ... Marcotte, K. (2020). Predicting early post-stroke aphasia outcome from initial aphasia severity. *Frontiers in Neurology, 11*, 120. doi: 10.3389/fneur.2020.00120

Good, D. C., Bettermann, K., & Reichwein, R. K. (2011). Stroke rehabilitation. *Continuum (Minneap Minn), 17*(3 Neurorehabilitation), 545-567.

Jariengprasert, C. (2021). *Speech training for stroke patients with speech problems*. Retrieved from http://www.vichaiyut.com/jul/32_03- 2548/32_03-2548_P35.pdf (in Thai)

Leonardi, S., Cacciola, A., De Luca, R., Aragona, B., Andronaco, V., Milardi, D., ... Calabrò, R. S. (2018). The role of music therapy in rehabilitation: Improving aphasia and beyond. *International Journal of Neuroscience, 128*(1), 90-99.

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal, 14*(2), 61-65.

Matsakunpan, P., Saringkarinkun, T., Riewthong, K., Thimayom, P., & Wichianphaisan, P. (2016). *Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation* (3rd ed.). Bangkok: Thana press. (in Thai)

Masuku, K. P., Mophosho, M., & Tshabalala, M. (2018). 'I felt pain. Deep pain…': Experiences of primary caregivers of stroke survivors with aphasia in a South African township. *African Journal of Disability, 7*, 368. doi: 10.4102/ajod.v7i0.368

Ministry of Public Health. (2019). *Public Health Statistics A.D. 2019*. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf

Moonthe, W., Monkong, S., Sirapo-ngam, U., & Leelacharas, S. (2016). Impact of transitional care programme and family caregivers on stroke patients' routine activity performance, complications, and satisfaction. *Thai Journal of Nursing Council, 31*(1), 95-110. (in Thai)

Nam, H. S., Park, E., & Heo, J. H. (2013). Facilitating stroke management using modern information technology. *Journal of Stroke, 15*(3), 135-143.

National Aphasia Association. (2021). *Aphasia definitions*. Retrieved from https://www.aphasia.org/aphasia-definitions/

Nätterlund, B. S. (2010). A new life with aphasia: Everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 17*(2), 117-129.

Ngamsuriyaroj, S., Manoprasertkul, S., Fongaem, P., & Methayapa, N. (2015). *Web board for people with communication disabilities*. Paper presented at the 4th national conference on medical informatics, Bangkok. (in Thai)

Panthong, P., & Phatisena, T. (2018). The empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal, 24*(2), 57–66. (in Thai)

Phinyo, K., Limtragool, P., Tiamkao, S., Worawong, C., Chuasuan, W., Aphiphatkan, W., … Sripromsa, W. (2015). Care improvement for patients with stroke through community participation. *Songklanagarind Journal of Nursing, 35*(2), 93-112. (in Thai)

Piyahiran, J., Kasiphol, T., & Prasertsong, C. (2018). Effects of a self-efficacy promotion program for stroke caregivers. *HCU Journal of Health Science, 22*(43-44), 130-142. (in Thai)

Prombut, P., Piaseu, N., & Sakulhongsopon, S. (2014). Factors related to stress of family caregivers of patients with stroke at home. *Ramathibodi Nursing Journal, 20*(1), 82-96. (in Thai)

Repetto, C., Paolillo, M. P., Tuena, C., Bellinzona, F., & Riva, G. (2021). Innovative technology-based interventions in aphasia rehabilitation: A systematic review. *Aphasiology, 35*(12), 1623-1646.

Rimnin, K., Wongvatunyu, S., & Monkong, S. (2016). Effects of the communication support program on the caregiver's knowledge and self-efficacy to care for stroke patients with communication impairment. *Ramathibodi Nursing Journal, 22*(3), 293-309. (in Thai)

Saitree, R., Chaimay, B., & Woradet, S. (2019). Activities of daily living among stroke patients. *Academic Journal of Community Public Health, 5*(2), 1-13. (in Thai)

Sekhon, J. K., Oates, J., Kneebone, I., & Rose, M. (2019). Counselling training for speech–language therapists working with people affected by post-stroke aphasia: A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders, 54*(3), 321-346.

Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. (2015). *Caring for people with hearing and interpretive disabilities*. Nonthaburi: Sahamitr Printing. (in Thai)

Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*Power software*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Strategy and Planning Division. (2019). *Statistical Thailand 2019*. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (in Thai)

Sukcharoen, S., & Saksiri, B. (2013). Evaluation of application program of meaningful pictures communication on a tablet for people with motor aphasia. *Journal of Ratchasuda College, Research and Development of Persons with Disabilities, 9*(12), 35-49. (in Thai)

Suphawatjariyakul, R., Lorwatanapongsa, P., & Euasirirattanapaisan, A. (2012). *Handbook for helping people with aphasia*. Saraburi: Thaisiri printing. (in Thai)

Suranartvatchavong, S. S., & Sudnongbau, S. (2022). Applications of digital technology for elderly health care during the spread of COVID-19 pandemic. *Journal of Southern Technology, 15*(1), 129-138.

Szeto, S. G., Wan, H., Alavinia, M., Dukelow, S., & MacNeill, H. (2023). Effect of mobile application types on stroke rehabilitation: A systematic review. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation, 20*, 12. doi: 10.1186/s12984-023-01124-9

Thiraworawong, T., & Tantirithisak, T. (2019). *Clinical practice guidelines for ischemic stroke*. Bangkok: Prasat Neurological Institute. (in Thai)

Whitmore, J. (2002). Coaching for performance (Vol. 108). *Coaching for Performance: Growing People, Performance and Purpose*. London: Nicholas Bradley.

Wilson, S. M., Eriksson, D. K., Brandt, T. H., Schneck, S. M., Lucanie, J. M., Burchfield, A. S., ... Kidwell, C. S. (2019). Patterns of recovery from aphasia in the first 2 weeks after. *Stroke, 62*(3), 723-732.

World Stroke Organization. (2021). *Learn about stroke*. Retrieved from https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/learn-about-stroke

Zhou, X., Du, M., & Zhou, L. (2018). Use of mobile applications in post-stroke rehabilitation: A systematic review. *Topics in Stroke Rehabilitation, 25*(7), 489- 499. doi: 10.1080/10749357.2018.1482446

Factors Related to Catheter-Associated Urinary Tract Infection Among Acute Stroke Patients in Thammasat University Hospital

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ศุภชัย	รักแก้ว*	Supachai	Rakkaew*
อุไร	คำมาก**	Urai	Kummarg**
สุกัญญา	ทองบุผา***	Sukanya	Thongbupa***
ธีรนุช	ห้านิรัติศัย****	Teeranut	Harnirattisai****
ปียานุช	ลาหล้าเลิศ**	Peeyanuch	Lalaloes**

Abstract

Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) is a common complication of acute stroke, resulting in inefficient recovery and increased mortality. A retrospective analytic study was conducted to determine factors associated with CAUTI in 147 stroke patients who were admitted between January 2021-December 2022. The content validity index (CVI) of the data collection form developed by the researcher was 1.0. Statistical analysis included percentage, mean, and standard deviation. Binary logistic regression analysis was used to analyze factors associated with CAUTI.

The study found that factors significantly associated with CAUTI included being female (OR = 1.21, 95% CI: 0.559-2.618, $p < .05$), being younger (<60 years old) (OR = 0.58, 95% CI: 0.239-1.392, $p < .05$), being a patient with DM (OR = 2.70, 95% CI: 1.239-5.884), $p < .01$), the severity of the stroke (NIHSS score 16-42) (OR = 2.93, 95% CI: 1.223-6.996, $p < .05$), neurological disability (mRS ≥ 4 score) (OR = 1.20, 95% CI: 0.780-6.180, $p < .05$), a duration of catheterization ≥5 days (OR = 2.38, 95% CI: 1.077-5.243, $p < .05$), and a fasting blood sugar level ≥ 181 mg% (OR = 5.16, 95% CI: 2.292-11.614, $p < .001$).

The results of this study can be used to develop a model of care for stroke patients in the acute phase to prevent CAUTI infection and to provide guidelines for further research on predicting factors for CAUTI.

Keywords: Urinary tract infection; Indwelling catheterization; Acute stroke patients

* Corresponding author, Registered Nurse, Thammasat University Hospital, Thammasat University; e-mail: Supachai.rak@dome.tu.ac.th

** Registered Nurse, Thammasat University Hospital, Thammasat University

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University

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

Received 1 April 2023; Revised 12 June 2023; Accepted 14 June 2023

บทคัดย่อ

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated urinary tract infection: CAUTI) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ส่งผลทำให้การฟื้นตัวไม่มีประสิทธิภาพและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อ CAUTI โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564-ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 147 ราย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด CAUTI ด้วย Binary logistic regression analysis

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ CAUTI ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เพศหญิง (OR = 1.21, 95% CI: 0.559-2.618, $p < .05$) กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี (OR = 0.58, 95% CI: 0.239-1.392, $p < .05$) ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน (OR = 2.70, 95% CI: 1.239-5.884), $p < .01$) ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS16-42) (OR = 2.93, 95% CI: 1.223-6.996, $p < .05$) ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการ (mRS ≥ 4) (OR = 1.20, 95% CI: 0.780-6.180, $p < .05$) จำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะ ≥ 5 วัน (OR = 2.38, 95% CI: 1.077-5.243, $p < .05$) ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 181 mg% (OR = 5.16, 95% CI: 2.292-11.614, $p < .001$)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ CAUTI และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการติดเชื้อ CAUTI ต่อไป

คำสำคัญ: การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
e-mail: Supachai.rak@dome.tu.ac.th
** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 1 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 12 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 14 มิถุนายน 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated urinary tract infection: CAUTI) หมายถึง การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับสายสวนปัสสาวะซึ่งเป็นท่อระบายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ (Urinary bladder) ผ่านทางท่อปัสสาวะ (Urethra) และค้างอยู่กับที่เพื่อระบายปัสสาวะอย่างต่อเนื่องมากกว่า 48 ชั่วโมงหรือเท่ากับ 2 วันปฏิทิน (calendar day) หรือภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากถอดสายสวนปัสสาวะออก (Chuang & Tambyah, 2021) ซึ่งการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะนี้สามารถพบได้ร้อยละ 6.0 โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke patients) จะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคหลอดเลือดสมอง (Non-stroke patients) มากถึง 3.53 เท่า (OR = 3.53; 95% CI: 1.24-10.03, P = .018) (Retelski, Richardson, Mahabaleshwarkar, Gohs, & Spencer, 2017) เพิ่มค่ารักษาและระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ 3 เดือนสูงขึ้นอีกด้วย (Smith, Almallouhi, & Feng, 2019)

จากการศึกษาพบว่าการถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อไม่มีความจำเป็นสามารถช่วยลดอัตราการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Incident Rate Ratio [IRR]: 0.38, 95% CI: 0.21-0.65) (Tyson et al., 2020) แต่ในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ อาการปัสสาวะกะปริดกะปรอย ปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urgency of urination) ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพที่สมองบริเวณส่วนหน้า (Frontoparietal area) และสมอง ส่วนอินเทอนอลแคปซูล (Internal capsule) ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณยอดกระเพาะปัสสาวะ (Detrusor Muscle) ไวต่อการตอบสนองมากกว่าปกติอาการปัสสาวะกะปริดกะปรอย ปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ในขณะที่เกิดพยาธิสภาพที่สมองส่วนพอนส์ (Pons) จะมีกลุ่มของเซลล์ประสาทควบคุมการปัสสาวะ (Pontine micturition center) ที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) และพาราซิมพาเทติก (parasympathetic) ที่ระดับไขสันหลังส่วน S2-S4 และระบบประสาทโซมาติก (Somatic Nervous System) ที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณยอดกระเพาะปัสสาวะ เมื่อก้านสมองส่วนพอนส์ได้รับบาดเจ็บจากการขาดเลือดไปเลี้ยงจะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณยอดกระเพาะปัสสาวะคลายตัว ในขณะที่กล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะภายนอก (External sphincter) หดรัดตัว จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง (Hill, Kowalik, Cohn, & Dmochowski, 2019) สามารถพบได้ร้อยละ 32-72 ในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และพบได้ร้อยละ 25 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Shen & Liu, 2018) ดังนั้นการใส่สายสวนเพื่อระบายปัสสาวะจึงเป็นหนึ่งในวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่อยู่เขตบริการสุขภาพที่ 4 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 815 ราย มีอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 0.7/1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 0.9/1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ ในปี พ.ศ. 2565 (Thammasat University Hospital, 2022) ซึ่งจากการทบทวนการปฏิบัติงานพบว่ามีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ให้ดีเท่าที่ควรได้

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit: ICU) ในช่วงปี ค.ศ. 2015-2022 ได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะดังนี้คือ เพศ (Gender) (Perrin et al., 2021; Yan et al., 2018) อายุ (Age) (Hagerty et al., 2015; Mukapa, Mataruse, Ngwende, & Robertson, 2022; Perrin et al., 2021) โรคร่วมเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) (Hariati, Suza, & Tarigan, 2019) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar level: FBS) (Hagerty et al., 2015; Mukapa et al., 2022)ระดับอัลบูมินในเลือด (Albumin level) (Peach, Garvan, Garvan, & Cimiotti, 2016) ระดับความรุนแรงของโรค (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) ระดับความพิการทางระบบประสาท (modified Rankin Scale: mRS) (Mukapa et al., 2022) ระยะวันเวลานอนโรงพยาบาล (Length of stay: LOS) และระยะเวลาในการคาสายสวน (Duration of Catheterization) (Tyson et al., 2020)

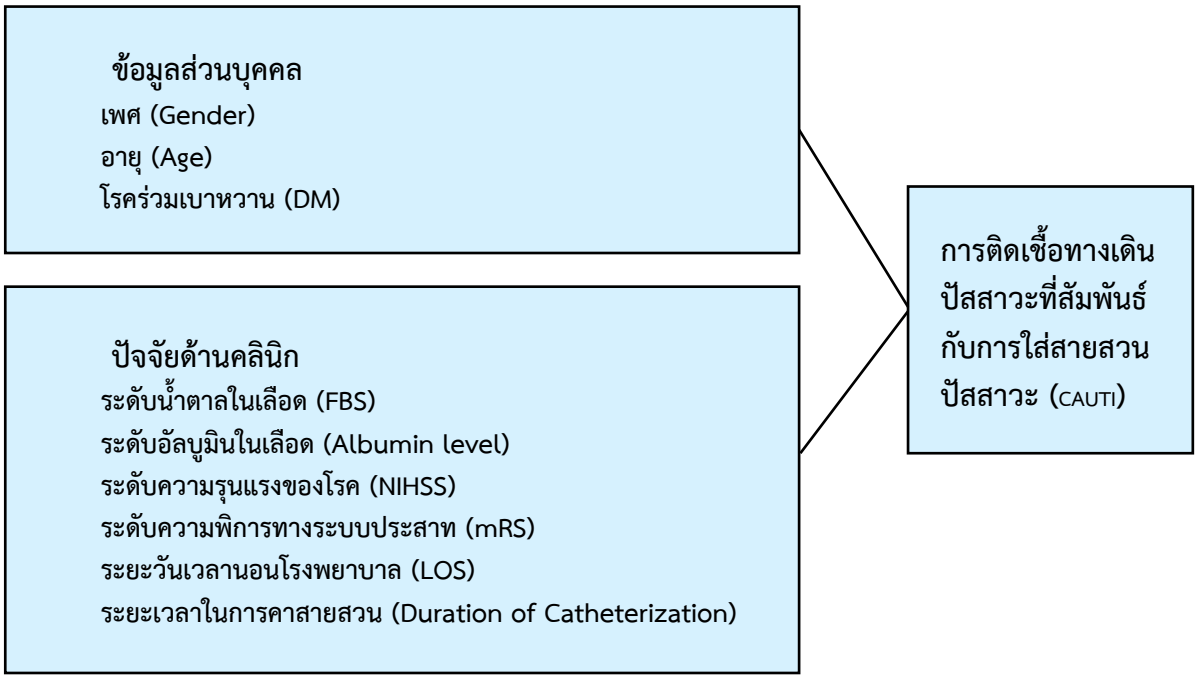
แม้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะเหล่านี้จะมีความชัดเจน แต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยและยังไม่เคยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในบริบทของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ที่รับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะดังกล่าว ทั้งนี้ผลการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เนื่องจากในบางปัจจัยสามารถแก้ไขหรือวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันได้ และสามารถนำผลการศึกษาครั้งนี้มาเป็นแนวทางพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันได้เป็นอย่างดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (Gender) อายุ (Age) และโรคร่วมเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) ปัจจัยด้านคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar level: FBS) ระดับอัลบูมินในเลือด (Albumin level) ระดับความรุนแรงของโรค (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) ระดับความพิการทางระบบประสาท (modified Rankin Scale: mRS) ระยะวันเวลานอนโรงพยาบาล (Length of stay: LOS) และระยะเวลาในการคาสายสวน (Duration of Catheterization) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analysis study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันที่มารับการรักษาที่งานการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ-เกียรติ จังหวัดปทุมธานี ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564-ธันวาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) โดยใช้โปรแกรม G * Power version 3.1.9.7 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบตามค่ามาตรฐาน คือ 0.95 และค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Odd ratio) จากงานวิจัยก่อนหน้าที่มีความคล้ายคลึงกัน (previous study) ของ เรเทลสกี และคณะ (Retelski et al., 2017) เรื่องการวิเคราะห์ย้อนหลังของความสัมพันธ์ของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่ได้มาจากสายสวนกับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรใกล้เคียงกัน มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 3.53 (odds ratio = 3.53; 95% CI: 1.24-10.03, P = .018) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 147 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะซึ่งเป็นท่อระบายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ผ่านทางท่อปัสสาวะ และค้างอยู่กับที่เพื่อระบายปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูล ประกอบไปด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่งรอยโรค ความรุนแรงของโรค (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) และระดับความพิการทางระบบประสาท (modified Rankin Scale: mRS) ของวันที่เข้ารับการรักษา การรักษา ระยะวันนอนโรงพยาบาล และผลทางห้องปฏิบัติการ

3. ข้อมูลการคาสายสวนปัสสาวะ ได้แก่ วันที่ใส่สาย วันที่ถอดสาย และระยะวันคาสายสวนปัสสาวะ

4. ข้อมูลการวินิจฉัยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ การวินิจฉัยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และวันที่ให้การวินิจฉัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และหัวหน้างานการพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้เชี่ยวชาญการควบคุมการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน

หลังจากผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาและโครงสร้าง และภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) เพื่อทดสอบความสมบูรณ์และความชัดเจนของเนื้อหาและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผลการตรวจสอบดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ TUH-EC-MR-1-019/65 เลขที่ 004/2566 และขออนุญาตเข้าถึงแฟ้มข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ได้รับสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บคำตอบและข้อมูลที่ได้เป็นความลับ การเข้าถึงข้อมูลใช้รหัสที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น ผลการศึกษานำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษา ซึ่งเก็บรักษาเอกสารไว้จำนวน 1 ปี เพื่อการตรวจสอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และจะทำลายด้วยวิธีการย่อยหลังจากครบกำหนด 1 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. นำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้วทำการตรวจสอบเครื่องมือ และรหัสผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในเดือน มกราคม พ.ศ. 2564-ธันวาคม พ.ศ. 2565

2. ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อคัดเลือกแฟ้มของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อดำเนินการศึกษาจำนวน 147 ราย โดยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และนำเผยแพร่ในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ที่ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบข้อมูลในด้านความถูกต้องและความสมบูรณ์ จากนั้นสร้างคู่มือและลงรหัสข้อมูลโดยนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 และกำหนดระดับนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามคุณลักษณะส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ โรคประจำตัว ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่งรอยโรค ความรุนแรงของโรค การรักษา ระดับความพิการทางระบบประสาท ระยะวันนอนโรงพยาบาลและผลทางห้องปฏิบัติการ ระยะวันคาสายสวนปัสสาวะ และการวินิจฉัยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยการวิเคราะห์ Binary Logistic regression ซึ่งก่อนดำเนินการได้วิเคราะห์ข้อมูลแล้วว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง มีทั้งเพศชาย (ร้อยละ 56.50) และเพศหญิง (ร้อยละ 43.50) ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 71.40) มีระดับความรุนแรงของโรคระดับรุนแรง (Severe) มากที่สุด (ร้อยละ 39.50) รองลงมาเป็นระดับรุนแรง (Severe) มากที่สุด (ร้อยละ 39.50) ระดับปานกลาง (Moderate) (ร้อยละ 31.30) และระดับปาน-กลางถึงรุนแรง (Moderate - Severe) (ร้อยละ 18.40) ตามลำดับ มีระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.20 วัน (SD = 12.53) ส่วนใหญ่มีระดับความพิการมากกว่าหรือเท่ากับ 4 (ร้อยละ 77.60)

กลุ่มตัวอย่างมีระยะการคาสายสวนปัสสาวะเฉลี่ย 5.61 วัน (SD = 4.25) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (ร้อยละ 76.20) ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านจุลชีพ (ร้อยละ 82.30) และผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผล FBS มีค่าเฉลี่ย 162.07 mg% (SD = 65.97) ผล HbA1C มีค่าเฉลี่ย 6.49 mg% (SD = 1.61) และผล Albumin มีค่าเฉลี่ย 3.60 g/dL (SD = 0.55) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 147)

ตัวแปร	ความถี่ (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
เพศ	
ชาย	83 (56.50)
หญิง	64 (43.50)
อายุ	Mean = 67.68 ปี (SD = 14.92) Range 26-95 ปี
≤ 45 ปี	11 (7.50)
46-59 ปี	31 (21.10)
≥ 60 ปี	105 (71.40)
โรคร่วมเบาหวาน	
เป็นเบาหวาน	61 (41.50)
ไม่เป็นเบาหวาน	86 (58.50)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 147) (ต่อ)

ตัวแปร	ความถี่ (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
ระดับความรุนแรง (NIHSS)	Mean = 16.37 คะแนน (SD = 8.49) Range 0-36 คะแนน
Mild (0-4)	16 (10.88)
Moderate (5-15)	46 (31.29)
Moderate–severe (16-20)	27 (18.37)
Severe (21-42)	58 (39.46)
ระดับความพิการ (mRS)	Mean = 4.41 คะแนน (SD = 1.48) Range 0-6 คะแนน
≤3	33 (22.40)
≥4	114 (77.60)
ระยะวันนอน (LOS)	Mean = 14.20 วัน (SD = 12.53) Range 2-101 วัน
สถานที่ใส่สายสวน	
ER	26 (17.70)
Stroke unit	96 (65.30)
Another ward	3 (2.00)
Other hospital	22 (15.00)
ระยะการคาสายสวนปัสสาวะ	Mean = 5.61 วัน (SD = 4.25) Range 2-26 วัน
การวินิจฉัยการติดเชื้อ	
CAUTI	35 (23.80)
No CAUTI	112 (76.20)
การได้รับยาฆ่าเชื้อ	
Antibiotic	121 (82.30)
No Antibiotic	26 (17.70)
ผลทางห้องปฏิบัติการ	
FBS	Mean = 162.07 mg% (SD = 65.97) Range 69-415 mg%
HbA1C	Mean = 6.49 mg% (SD = 1.61) Range 4-13 mg%
Albumin	Mean = 3.60 g/dL (SD = 0.55) Range 2-5 g/dL

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ โดยที่เพศหญิง มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่าเพศชาย 1.21 เท่า (OR = 1.21, 95% CI: 0.559-2.618, p < .05) กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI น้อยกว่ากลุ่มที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42 (OR = 0.58, 95% CI: 0.239-1.392, p < .05) ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีโอการติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน 2.70 เท่า (OR = 2.70, 95% CI: 1.239-5.884, p < .01) ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) กลุ่มที่มีคะแนน 16-42 คะแนน มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีระดับคะแนน 1-15 คะแนน 2.93 เท่า (OR = 2.93, 95% CI: 1.223-6.996, p < .05) ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการทางระบบประสาท (mRS) กลุ่มที่มีคะแนน ≥ 4 คะแนน มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มี

คะแนน ≤ 3 คะแนน 1.20 เท่า (OR = 1.20, 95% CI: 0.780-6.180, p < .05) จำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะในกลุ่มที่จำนวนวันคาสายสวน ≥ 5 วัน มีอากาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีจำนวนวันคาสายสวน ≤ 4 วัน 2.38 เท่า (OR = 2.38, 95% CI: 1.077-5.243, p < .05) ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 181 mg% มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg% 5.16 เท่า (OR = 5.16, 95% CI: 2.292-11.614, p < .001) และผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพ มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับต้านจุลชีพ ร้อยละ 78 (OR = 0.22, 95% CI: 0.050-0.993, p < .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (n = 147)

Factor	N (%)	CAUTI		Univariate analysis
		Yes	No	OR (95%CI)
เพศ				
ชาย	83 (56.5)	21	62	Ref
หญิง	64 (43.5)	14	50	1.21 (0.559-2.618) *
อายุ				
60 ปี ขึ้นไป	101 (68.7)	27	74	Ref
น้อยกว่า 60 ปี	46 (31.3)	8	38	0.58 (0.239-1.392) *
โรคเบาหวาน				
ไม่เป็น	86 (58.5)	14	72	Ref
เป็น	61 (41.5)	21	40	2.70 (1.239-5.884) **
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)				
0-15 คะแนน	60 (40.8)	8	52	Ref
16-42 คะแนน	87 (59.2)	27	60	2.93 (1.223-6.996) *
ระดับความพิการทางระบบประสาท (mRS)				
≤ 3 คะแนน	35 (23.8)	5	30	Ref
≥ 4 คะแนน	112 (76.2)	30	82	1.20 (0.780-6.180) *
ระยะวันนอน (LOS)				
≤ 7 คะแนน	44 (29.9)	8	36	Ref
≥ 8 คะแนน	103 (70.1)	27	76	0.63 (0.259-1.513)
จำนวนวันที่ใส่สายสวน				
≤ 4 วัน	74 (50.3)	12	62	Ref
≥ 5 วัน	73 (49.7)	23	50	2.38 (1.077-5.243) *
FBS				
≤ 180 mg%	104 (70.7)	15	89	Ref
≥ 181 mg%	43 (29.3)	20	23	5.16 (2.292-11.614) ***

ตารางที่ 2 ปัจจัยสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (n = 147) (ต่อ)

Factor	N (%)	CAUTI		Univariate analysis OR (95%CI)
		Yes	No	
Albumin level				
≤ 3.49 g/dL	**49 (33.3)**	**12**	**37**	**Ref**
≥ 3.50 g/dL	**98 (66.7)**	**23**	**75**	**0.95 (0.424-2.107)**
การได้รับยาต้านจุลชีพ				
ไม่ได้รับยา	26 (17.7)	2	24	Ref
ได้รับยา	121 (82.3)	33	88	0.22 (0.050-0.993) *

* p< .05, ** p < .01, *** p < .001, OR: odds ratio

โดยปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ CAUTI ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มี 2 ปัจจัย โดยเมื่อผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) คงที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) กลุ่มที่มีคะแนน 16-42 คะแนน มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีระดับคะแนน 0-15 คะแนน 2.88 เท่า (OR = 2.881, 95% CI: 1.150-7.218, p < .05) และเมื่อป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) คงที่ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ≥ 181 mg% มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ≤ 180 mg% 5.11 เท่า (OR = 5.16, 95% CI: 2.225-11.738, p < .001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์แบบถดถอยแบบ Binary Logistic regression เกี่ยวกับปัจจัยสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (n = 147)

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95%Cl
NIHSS	1.058	.468	5.103	.024	2.881	1.150-7.218
FBS	1.631	.424	14.780	.000	5.110	2.225-11.738
Constant	-.214	.348	.379	.538	.807	

Binary Logistic regression, NIHSS: The National Institutes of Health Stroke Scale,
FBS: Fasting blood sugar level

อภิปรายผล

ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CAUTI โดยที่เพศหญิง มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่าเพศชาย 1.21 เท่า (OR = 1.21, 95% CI: 0.559-2.618, p < .05) อาจเป็นเพราะผู้หญิงมีท่อปัสสาวะสั้นและอยู่ใกล้กับช่องคลอดและทวารหนัก ทำให้เชื้อโรคที่อาศัยอยู่ในบริเวณดังกล่าวมีโอกาสเคลื่อนเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะผ่านทางท่อปัสสาวะได้โดยง่าย ขณะที่ผู้ชายมีท่อปัสสาวะยาวกว่าและอยู่ห่างจากทวารหนัก โอกาสที่เชื้อโรคจะผ่านเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะจึงมีน้อยกว่ามาก สอดคล้องคล้องกับการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) เรื่อง “ความชุกและปัจจัยทำนายการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์อภิมาน”ที่ว่าเพศหญิงมีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมากกว่าผู้ชายถึง 1.93 เท่า (OR, 1.93; 95% CI: 1.55-2.41) (Yan et al., 2018) และ การศึกษาเรื่อง “การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท โดยใช้การควบคุมกลุ่มตัวอย่าง” ที่ว่า เพศหญิงมีอัตราการเกิดการ

ติดเชื้อขณะเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตทางระบบประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (75.60% female vs 24.20% males in case group, p < 0.0001) (Perrin et al., 2021)

อายุ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CAUTI โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI น้อยกว่ากลุ่มที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42 (OR = 0.58, 95% CI: 0.239-1.392, p < .05) อาจเป็นเพราะกระบวนการเปลี่ยนแปลงของความชราที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับอายุตามทฤษฎีผู้งสูงอายุได้อธิบายในเรื่องของผลกระทบของความชราที่ทำให้ระบบการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายลดลงจนกระทั่งไม่สามารถทำงานได้ง่การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุไม่ได้แตกต่างกันเฉพาะระหว่างบุคคล แต่ในบุคคลเดียวกันระบบต่าง ๆ ในร่างกายยังมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราที่แตกต่างกัน โดยที่ผู้หญิงจะมีช่องทางเดินปัสสาวะและช่องคลอดแคบและสั้นลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เกิดการสะสมของเชื้อโรคภายนอกและทำให้เชื้อโรคภายนอกเคลื่อนผ่านเข้าทางเดินปัสสาวะง่ายขึ้น ในขณะที่เพศชายมีต่อมลูกหมากที่โตขึ้นเกิดปัสสาวะที่คั่งค้างในทางเดินปัสสาวะ เกิดการสะสมของเชื้อโรคที่กระเพาะปัสสาวะและทางเดินปัสสาวะ อีกทั้งการเสื่อมถอยของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ที่มีอายุมากขึ้นก็ลดลงทำให้โอกาสการติดเชื้อสูงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ที่สูงอายุจะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณยอดกระเพาะปัสสาวะลดลง โดยผู้หญิงจะมีการหดตัวลดลงร้อยละ 30 และผู้ชาย ร้อยละ 12 (Rosier, Ten Donkelaar, & De Kort, 2019) ส่วนการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกในหอผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทจำนวน 242 รายพบว่าการติดเชื้อ CAUTI ในผู้มีอายุสูงขึ้นมากถึง 1.06 เท่าเมื่อเทียบกับผู้มีอายุน้อยกว่า (OR = 1.06, 95% CI: 1.01- 1.11) (Hagerty et al., 2015) และการศึกษาของ เพอร์ริน และคณะ (Perrin et al., 2021) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทจำนวน 3,045 รายพบว่า การติดเชื้อ CAUTI ในผู้มีอายุมากกว่าก็มีโอกาสเกิดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (66.44 years of age vs 58.09 years; p < 0.0001)

โรคร่วมเบาหวาน (DM) มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CAUTI โดยผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน 2.70 เท่า (OR = 2.70, 95% CI: 1.239-5.884, p < .01) อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานจะมีการกรองน้ำตาลออกมาทางไตและส่งออกพร้อมกับปัสสาวะทำให้บริเวณอวัยเพศที่เป็นช่องทางออกของปัสสาวะมีน้ำตาลสะสม ซึ่งเป็นแหล่งอาหารของเชื้อโรคทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 8.92 เท่า (OR = 8.92 95% CI: 1.02-11.83, p = 0.00) (Hariati et al., 2019) และการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 145 ราย พบว่ามีผู้ป่วยมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมากถึงร้อย 19.3 และยังพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน (DM) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 8.92 เท่า (OR = 1.85, 95% CI: 0.65-5.32, p = 0.00) (Mukapa et al., 2022)

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CAUTI โดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 181 mg% มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg% 5.16 เท่า (OR = 5.16, 95% CI: 2.292-11.614, p < .001) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของการที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานจะมีการกรองน้ำตาลออกมาทางไตและส่งออกพร้อมกับปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะที่ออกมามีน้ำตาลสะสมจนเป็นแหล่งอาหารของเชื้อโรคทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น สอดคล้องการศึกษาวิในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกในหอผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทจำนวน 242 รายพบว่าการติดเชื้อ CAUTI ในผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จะมีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้มากกว่าผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 13.0 เท่า (OR = 13.0, 95% CI: 1.28-107.4) (Hagerty et al., 2015)

ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) และระดับความพิการทางระบบประสาท (mRS) มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CAUTI โดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) กลุ่มที่มีคะแนน 16-42 คะแนน มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีระดับคะแนน 1-15 คะแนน 2.93 เท่า (OR = 2.93, 95% CI: 1.223-6.996, p < .05) และผู้ป่วยที่มีระดับความพิการทางระบบประสาท (mRS) กลุ่มที่มีคะแนน ≥ 4 คะแนน มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนน ≤ 3 คะแนน 1.20 เท่า (OR = 1.20, 95% CI: 0.780-6.180, p < .05) นั้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง มักจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ อาการปัสสาวะกะปริดกะปรอย ปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urgency of urination) ที่เกิดจากพยาธิสภาพที่สมองทำให้กล้ามเนื้อบริเวณยอดกระเพาะปัสสาวะ กล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะภายนอก ทำงานไม่ปกติ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง (Hill et al., 2019) ทำให้มีความจำเป็นต้องใส่สายสวนเพื่อระบายปัสสาวะ อีกทั้งผู้ป่วยที่ระดับคะแนนความพิการทางระบบประสาทมากกว่าหรือเท่า 4 คะแนน จะทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจนถึงเป็นผู้ป่วยที่ติดเตียงทำให้โอกาสที่เชื้อโรคจะผ่านเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะจึงมีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) กลุ่มที่มีคะแนน 16-42 คะแนน มีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมากกว่ากลุ่มที่มีระดับคะแนน 0-15 คะแนน 3.59 เท่า (OR = 3.59, 95% CI: 1.46-8.82, p < .001) และผู้ป่วยที่มีระดับความพิการ (mRS) กลุ่มที่มีคะแนน ≥ 4 คะแนน มีโอกาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนน ≤ 3 คะแนน 18.69 เท่า (OR = 18.69, 95% CI: 4.23-82.48, p < .01) (Mukapa et al., 2022)

ระยะเวลาในการคาสายสวน (Duration of Catheterization) มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CAUTI โดยที่จำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะในกลุ่มที่จำนวนวันคาสายสวน ≥ 5 วัน มีอากาสติดเชื้อ CAUTI มากกว่ากลุ่มที่มีจำนวนวันคาสายสวน ≤ 4 วัน 2.38 เท่า (OR = 2.38, 95% CI: 1.077-5.243, p < .05) อาจเป็นเพราะการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นการสอดใส่ท่อส่งตรงจากสภาพแวดล้อมภายนอกไปยังกระเพาะปัสสาวะ ผ่านทางท่อปัสสาวะ และไม่ค้างหรือค้างอยู่กับที่เพื่อระบายปัสสาวะ จึงเป็นช่องทางสำหรับจุลินทรีย์ที่ออกทางทวารหนักและท่อปัสสาวะขึ้นสู่กระเพาะปัสสาวะ และอาจทำให้ติดเชื้อได้ อีกทั้งการที่สายสวนผ่านหูรูดท่อปัสสาวะทำให้ไม่สามารถปิดกั้นการเดินของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นอกจากนี้การใส่สายสวนอาจทำให้ระคายเคืองและทำให้เยื่อบุของทางเดินปัสสาวะ (uroepithelium) เกิดความเสียหาย ทำลายสรีรวิทยา โดยทำให้ mucopolysaccharide ที่เคลือบเยื่อบุของทางเดินปัสสาวะหลุดออก เป็นเหตุทำให้แบคทีเรียสามารถยึดเกาะและเข้าสู่กระเพระปัสสาวะได้ง่ายขึ้น โดยหากมีสายสวนปัสสาวะที่นานขึ้นก็อาจทำให้โอกาสการติดเชื้อ CAUTI มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อไม่มีความจำเป็นสามารถช่วยลดอัตราการเกิดการติดเชื้อ CAUTI ได้ร้อยละ 62 (IRR: 0.38, 95% CI: 0.21-0.65) (Tyson et al., 2020)

ส่วนระดับอัลบูมินในเลือด (Albumin level) และระยะวันเวลานอนโรงพยาบาล (LOS) ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ CAUTI โดยที่ ระดับอัลบูมินในเลือด ≤ 3.49 g/dL กับ ≥ 3.50 g/dL ไม่ทำให้การติดเชื้อ CAUTI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.95, 95% CI: 0.424-2.107, p > .05) และระยะวันเวลานอนโรงพยาบาล ≤ 7 คะแนน และ ≥ 8 คะแนนไม่ทำให้การติดเชื้อ CAUTI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.63, 95% CI: 0.259-1.513, p > .05) อาจเป็นเพราะอัลบูมินในเลือดและระยะวันเวลานอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่ทำการศึกษามีระดับที่ไม่แตกต่างกันมากนักจึงอาจทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อทำการศึกษาในครั้งต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CAUTI ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรูปแบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจง อาจทำให้ไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CAUTI ในกลุ่มโรคอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มหลาย ๆ กลุ่มโรคที่พบปัญหาการติดเชื้อ CAUTI เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรที่มากขึ้น
2. ควรทำการศึกษาโดยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายเพื่อนำไปสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
3. ควรทำการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิด CAUTI ที่ยังไม่มีความชัดเจน เช่น ระดับอัลบูมินในเลือด และระยะวันเวลานอนโรงพยาบาล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่สนับสนุนทุนพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2566 และขอขอบคุณงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาทที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย

References

Chuang, L., & Tambyah, P. A. (2021). Catheter-associated urinary tract infection. *Journal of Infection and Chemotherapy, 27*(10), 1400-1406. doi: 10.1016/j.jiac.2021.07.022

Hagerty, T., Kertesz, L., Schmidt, J. M., Agarwal, S., Claassen, J., Mayer, S. A., ... Shang, J. (2015). Risk factors for catheter-associated urinary tract infections in critically ill patients with subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neuroscience Nursing, 47*(1), 51-54. Retrieved from https://journals.lww.com/jnnonline/Fulltext/2015/02000/Risk_Factors_for_Catheter_Associated_Urinary_Tract.8.aspx

Hariati, H., Suza, D. E., & Tarigan, R. (2019). Risk factors analysis for catheter-associated urinary tract infection in Medan, Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 7*(19), 3189-3194.

Hill, B. J., Kowalik, C. G., Cohn, J. A., & Dmochowski, R. R. (2019). Cerebrovascular accidents. In L. Liao & H. Madersbacher (Eds.), *Neurourology: Theory and practice* (pp. 495-498). Dordrecht: Springer Netherlands.

Mukapa, N., Mataruse, A., Ngwende, G. W., & Robertson, V. (2022). Incidence, risk factors and microbiological aetiology of urinary tract infections in admitted stroke patients at a teaching hospital in Zimbabwe: A prospective cohort study. *Infection Prevention in Practice, 4*(2), 100210. doi: 10.1016/j.infpip.2022.100210

Peach, B. C., Garvan, G. J., Garvan, C. S., & Cimiotti, J. P. (2016). Risk factors for urosepsis in older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine,* 2, 2333721416638980. doi: 10.1177/2333721416638980

Perrin, K., Vats, A., Qureshi, A., Hester, J., Larson, A., Felipe, A., ... Busl, K. (2021). Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) in the NeuroICU: Identification of risk factors and time-to-cauti using a case–control design. *Neurocritical Care, 34*(1), 271-278. doi: 10.1007/s12028-020-01020-3

Retelski, J., Richardson, T., Mahabaleshwarkar, R., Gohs, F. X., & Spencer, M. D. (2017). Retrospective analysis of catheter-acquired urinary tract infection: Relationship to stroke diagnosis. *Clinical Nurse Specialist, 31*(4), E11-E16. doi: 10.1097/nur.0000000000000307

Rosier, P. F. W. M., Ten Donkelaar, C. S., & de Kort, L. M. O. (2019). Clinical epidemiology: Detrusor voiding contraction maximum power, related to ageing. *Urology, 124*, 72-77. doi: 10.1016/j.urology.2018.10.038

Shen, S. X., & Liu, Y. (2018). A retrospective study of neuromuscular electrical stimulation for treating women with post-stroke incontinence. *Medicine, 97*(26), e11264. doi: 10.1097/MD.0000000000011264

Smith, C., Almallouhi, E., & Feng, W. (2019). Urinary tract infection after stroke: A narrative review. *Journal of the Neurological Sciences, 403*, 146-152. doi: 10.1016/j.jns.2019.06.005

Thammasat University Hospital. (2022). *Statistics of stroke patients admitted to Thammasat Hospital*. Bangkok: Author.

Tyson, A. F., Campbell, E. F., Spangler, L. R., Ross, S. W., Reinke, C. E., Passaretti, C. L., & Sing, R. F. (2020). Implementation of a nurse-driven protocol for catheter removal to decrease catheter-associated urinary tract infection rate in a surgical trauma ICU. *Journal of Intensive Care Medicine, 35*(8), 738-744.

Yan, T., Liu, C., Li, Y., Xiao, W., Li, Y., & Wang, S. (2018). Prevalence and predictive factors of urinary tract infection among patients with stroke: A meta-analysis. *American Journal of Infection Control, 46*(4), 402-409. doi: 10.1016/j.ajic.2017.10.001

The Critical Care Competency for COVID-19 Patients of Intensive Care Nurses in Bangkok Metropolitan Administration Hospitals*

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ของพยาบาลไอซียู โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร*

ชานนท์	ขนานใต้**	Chanon	Khanantai**
บวรลักษณ์	ทองทวี***	Borwarnluck	Thongthawee***
บุณฑริกา	ชาตรีวัฒนกุล****	Buntarika	Chatreewatanakul****

Abstract

ICU nurses caring for critically ill COVID-19 patients must have the ability or competency to take care of them throughout the crisis. The purpose of this descriptive research was to study the competency of caring for critically ill patients with COVID-19 among ICU nurses. The sample consisted of 280 ICU nurses who had at least 1 month's experience caring for critically ill COVID-19 patients in six Bangkok Metropolitan Administration Hospitals and one university hospital. The instruments included a demographic questionnaire and a questionnaire on nurses' competency of providing care for critically ill patients with COVID-19 (QNCPC-COVID). The QNCPC-COVID was developed from a review of the relevant literature using the conceptual competency of caring for critically ill patients covering knowledge, practical skills, attitudes, and caring experiences. The QNCPC-COVID was validated by 5 experts and exhibited validity by CVI (0.90) and reliability coefficient by Cronbach's alpha coefficient (0.98). The data were analyzed using descriptive statistics.

The study found that ICU nurses took care of critically ill COVID-19 patients with a high level of overall performance. The highest mean was found in 3 domains: 1) principles of nursing, 2) clinical guidelines, and 3) development work. The lowest domain areas, which need to be developed, were 1) nursing interventions, 2) decision-making, and 3) ethics and law, respectively.

The results of this study can be used as baseline data for nurses developing competencies in caring for COVID-19 patients to increase efficiency of care outcomes.

Keywords: Nurse competency; Intensive care unit nurses; Critically ill patients; Covid-19 disease

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

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

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

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

Received 5 April 2023; Revised 16 June 2023; Accepted 19 June 2023

บทคัดย่อ

พยาบาลไอซียูที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ต้องมีความสามารถหรือสมรรถนะในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตได้ การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ของพยาบาลไอซียู กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลไอซียูจำนวน 280 ราย ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 อย่างน้อย 1 เดือน ในโรงพยาบาลสังกัด สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร 6 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ครอบคลุมด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ เจตคติ และประสบการณ์ดูแล เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.98 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 มีสมรรถนะโดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง พบ 3 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงมากที่สุด คือ 1) ด้านพื้นฐานเชิงวิชาชีพ 2) ด้านการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และ 3) ด้านการพัฒนาทีมพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ ส่วนด้านที่ต้องได้รับการเพิ่มสมรรถนะมากที่สุด 3 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านการตัดสินใจทางคลินิก และ 3) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย ตามลำดับ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤต โรคโควิด-19

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

e-mail: borwarnluck@nurse.tu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 5 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 16 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 19 มิถุนายน 2566

ความเป็นมาและความสำคัญ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อว่า SARS-CoV-2 ข้อมูลจากกรมอนามัยโลก วันที่ 16 มีนาคม 2566 พบการติดเชื้อทั่วโลกสูงถึง 760,897,555 ราย เสียชีวิตสูงถึง 6,874,585 ราย สำหรับประเทศไทยพบการติดเชื้อจำนวน 4,728,304 ราย เสียชีวิตจำนวน 33,924 ราย (WHO, 2023) พบสูงสุดในเขตกรุงเทพมหานคร คาดการณ์ว่า 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อจะมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) และพบว่าร้อยละ 26 ของผู้ติดเชื้อต้องเข้ารับการรักษาในไอซียู และใช้เครื่องช่วยหายใจถึงร้อยละ 59 รวมถึงมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 45 (Tzotzos, Fischer, Fischer, & Zeitlinger, 2020) การเสียชีวิตส่วนใหญ่มาจากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ failure) จากการเกิดภาวะพายุไซโตไคน์ (Cytokine Strom) ที่หลั่งสารเคมีทำให้เนื้อเยื่อเกิดการอักเสบ และเซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้ได้รับความเสียหาย (Hu, Huang, & Yin, 2021)

จากความรุนแรง และพยาธิสภาพที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะโดยพยาบาลไอซียูที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันความต้องการการดูแลของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้น สวนทางกับจำนวนของพยาบาลไอซียูที่ขาดแคลน จึงจำเป็นต้องหมุนเวียนพยาบาลจากหอผู้ป่วยทั่วไปมาช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพยาบาลต้องปรับการทำหน้าที่การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในห้องแยกอย่างใกล้ชิด ต้องติดตามอาการเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินของโรค การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการเพื่อแก้ไขความผิดปกติ และตัดสินใจจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินภายใต้ทรัพยากรความรู้ ความชำนาญที่จำกัด (Gordon, Magbee, & Yoder, 2021) เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานการบริการพยาบาล และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ประเทศไทย กำหนดสมรรถนะของพยาบาลไอซียูโดยกำหนดกรอบสมรรถนะเฉพาะทาง (Specific competency framework) ตามบริบทหรือความต้องการเฉพาะของหน่วยงานเพื่อให้ได้พยาบาลที่มีสมรรถนะตามคุณสมบัติ และตำแหน่งของหน่วยงานที่ต้องการ สมรรถนะของพยาบาลไอซียูจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิต โดยสมรรถนะเป็นการผสานระหว่างความรู้ ทักษะ เจตคติ และประสบการณ์ที่ช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย (Lakanmaa, Suominen, Ritmala-Castrén, Vahlberg, & Leino-Kilpi, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบเพียงการศึกษาถึงแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของเชื้อโควิด-19 แต่ยังไม่สะท้อนถึงระดับของสมรรถนะ และการวัดผลที่ชัดเจน (Chukumnird, Leecharoen, Suwanwaha, Warahut, & Chuakompeng, 2022) รวมถึงการเพิ่มขีดความสามารถในการรับมือของแต่ละองค์การที่เน้นสอนใช้เครื่องช่วยหายใจ ยาที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ยานอนหลับ และยาหย่อนกล้ามเนื้อ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การจัดการด้านโภชนาการ ตลอดจนหัวใจสำคัญของการดูแล คือ การฝึกใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Brickman et al., 2020; Lauck et al., 2022) อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมข้างต้น ยังเป็นเพียงส่วนน้อยที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มนี้เป็นไปอย่างครอบคลุมและเหมาะสม

สำหรับประเทศไทยสภาการพยาบาล ได้กำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ แต่อาจยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีความซับซ้อนรุนแรง ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษา รวมถึงการดูแลรูปแบบใหม่ที่เน้นการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อซึ่งต่างจากผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พยาบาลไอซียูจำเป็นต้องมีสมรรถนะ 7 ด้าน ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านพื้นฐานวิชาชีพพยาบาล 2) สมรรถนะด้านการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล 4) สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย 5) สมรรถนะด้านการตัดสินใจทางคลินิก 6) สมรรถนะด้านการพัฒนาทีมพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ และ 7) สมรรถนะด้านความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย (Ääri, Tarja, & Helena, 2008) กรอบสมรรถนะข้างต้นเป็นกรอบแนวคิดที่มีความเฉพาะกับพยาบาลไอซียู ครอบคลุมความสามารถที่จำเป็น ที่จะทำให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแล

อย่างเหมาะสม

ปัจจุบันโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร รับดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ขณะที่ประเทศไทยได้กำหนดให้โรคดังกล่าวเป็นเพียงการติดเชื้อประจำถิ่น และการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตกลุ่มนี้ยังไม่แตกต่างจากบริบทเดิม พยาบาลไอซียูที่ทำหน้าที่ดูแลจึงต้องมีประสบการณ์ และพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินสมรรถนะพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรทีมพยาบาลเพื่อให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ของพยาบาลไอซียูโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และจากกรอบสมรรถนะพยาบาลไอซียูของอารี และคณะ (Äari et al., 2008) โดยกรอบสมรรถนะถูกกำหนดบนพื้นฐานความสามารถทางด้านคลินิก และความสามารถทางด้านวิชาชีพ โดยแบ่งสมรรถนะออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านพื้นฐานวิชาชีพพยาบาล 2) ด้านการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 4) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย 5) ด้านการตัดสินใจทางคลินิก 6) ด้านการพัฒนาทีมพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ และ 7) ด้านความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมพื้นฐานทางด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ทัศนคติ คุณค่าความเชื่อ และประสบการณ์ หากพยาบาลไอซียู มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมองค์ประกอบพื้นฐานข้างต้น จะสามารถตอบสนองความต้องการปัญหาทางด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุม และเหมาะสม รวมถึงสามารถลดอันตรายจากความรุนแรงของพยาธิสภาพ การรักษา และการเสียชีวิตลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลไอซียูที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 จากโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร 6 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 7 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลไอซียูที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 จากโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร 6 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 อย่างน้อย 1 เดือน และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรเป้าหมายเป็นพยาบาลไอซียู ที่หมุนเวียนช่วยปฏิบัติงานจากหลายหน่วยงาน และข้อจำกัดด้านการเข้าเก็บข้อมูลจากสถานการณ์ระบาดของเชื้อโควิด-19 โดยสำรวจข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเป้าหมายที่เปิดรับดูแลผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มดังกล่าว พบประชากรจำนวน 280 ราย อีกทั้งการศึกษาก่อนหน้ามีการตอบกลับ แบบสอบถามเพียงร้อยละ 30.9 (Vachprasit, Ppetpichetchian, Wannasuntad, Matchim, & Sitthimongkol, 2021) ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า การศึกษาครั้งนี้ได้รับการตอบแบบสอบถามส่งคืนร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทำวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลไอซียู ได้แก่ เพศ อายุ สภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางการพยาบาล หน่วยงานเดิมก่อนมาปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล ระยะเวลาประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 และการได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นใหม่จากกรอบสมรรถนะพยาบาลไอซียูของ อารี และคณะ (Äari et al., 2008) โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 จำนวน 7 ด้าน ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านพื้นฐานวิชาชีพพยาบาล 2) สมรรถนะด้านการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3) สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาล 4) สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย 5) สมรรถนะด้านการตัดสินใจทางคลินิก 6) สมรรถนะด้านการพัฒนาทีมพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ และ 7) สมรรถนะด้านความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย รวม 70 ข้อ

คำถามมี 5 ตัวเลือก โดยมีการให้ความหมาย ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (1) หมายถึง รับรู้ แสดงออก และมีประสบการณ์ดังกล่าวน้อยที่สุด ระดับน้อย (2) หมายถึง รับรู้ แสดงออก และมีประสบการณ์ดังกล่าวน้อย ระดับปานกลาง (3) หมายถึง รับรู้ แสดงออก และมีประสบการณ์ดังกล่าวปานกลาง ระดับมาก (4) หมายถึง รับรู้ แสดงออก และมีประสบการณ์ดังกล่าวมาก และระดับมากที่สุด (5) หมายถึง รับรู้ แสดงออก และมีประสบการณ์ดังกล่าวมากที่สุด

โดยคะแนนจะอยู่ช่วง 70–350 คะแนน แบ่งสมรรถนะเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น โดยอันตรภาคชั้นที่ 1 ค่าเฉลี่ยช่วง 1-2.33 หมายถึง พยาบาลไอซียูมีสมรรถนะการดูแลอยู่ในระดับต่ำ อันตรภาคชั้นที่ 2 ค่าเฉลี่ยช่วง 2.34-3.67 หมายถึง พยาบาลไอซียูมีสมรรถนะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และอันตรภาคชั้นที่ 3 ค่าเฉลี่ยช่วง 3.68-5.00 หมายถึง พยาบาลไอซียูมีสมรรถนะการดูแลอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามข้างต้นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์แพทย์ สาขาเวชบำบัดวิกฤต 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 2 ท่าน และ 3) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 ท่าน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 ทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลไอซียูโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งซึ่งมีบริบทคล้ายคลึงกับบริบทของโรงพยาบาลเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่า Cronbach’s alpha coefficient ของเครื่องมือ ได้เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่โครงการ 055/2565 รวมถึงสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เลขที่โครงการ COA 153/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่โครงการ U015q/65_EXP ผู้วิจัยได้ชี้แจงหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์หรือสิทธิที่จะได้รับจากการวิจัย วิธีการดำเนินวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ต้องการ ก่อนลงชื่อในใบยินยอม ระหว่างเก็บข้อมูลผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยงในสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยปฏิบัติตามแนวทางของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด การตอบแบบสอบถามครั้งนี้มีของที่ระลึกเป็นค่าตอบแทนเล็กน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ของโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 7 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์หรือสิทธิที่จะได้รับจากการวิจัย วิธีการดำเนินวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครการวิจัย ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทำแบบสอบถามเป็นเวลา 2 สัปดาห์แล้วส่งคืน ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวมรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ครั้งนี้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และระดับสมรรถนะพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 280 ราย ร้อยละ 88.90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.40 อายุอยู่ในช่วง 22-30 ปี ร้อยละ 82.50 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 97.50 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีเพียงส่วนน้อยจบการศึกษาปริญญาโท ร้อยละ 75 อยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในไอซียู ร้อยละ 70 และร้อยละ 42.10 มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี และร้อยละ 49.30 มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยโควิด-19 ร้อยละ 60.70 ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยโควิด-19 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 280)

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	n	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	249	88.90
ชาย	31	11.10
อายุ (Min = 22, Max = 60, Mean = 30.64, SD = 7.55)		
22-30 ปี	169	60.40
31-40 ปี	70	25.00
41-50 ปี	39	13.90
51-60 ปี	2	0.70
สถานภาพ		
โสด	231	82.50
คู่	41	14.60
หย่า/หม้าย	8	2.90
ศาสนา		
พุทธ	273	97.50
คริสต์	4	1.40
อิสลาม	3	1.10

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 280) (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	n	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	270	96.40
ปริญญาโท (สาขาทางการพยาบาล)	10	3.60
ตำแหน่งทางการพยาบาล		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	210	75.00
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	65	23.20
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	5	1.80
หน่วยงานเดิมก่อนมาปฏิบัติงานไอซียูโควิด-19		
หอผู้ป่วยไอซียู	196	70.00
หอผู้ป่วยทั่วไป	84	30.00
ระยะเวลาทำงานในวิชาชีพพยาบาล		
(Min = 3 เดือน, Max = 25 ปี, Mean = 7.2 ปี, SD = 6.30)		
น้อยกว่า 1 ปี	24	8.57
1 – 5 ปี	118	42.13
6 – 10 ปี	69	24.65
มากกว่า 10 ปี	69	24.65
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19		
(Min = 1 เดือน, Max = 38 เดือน, Mean = 7.54 เดือน, SD = 9.01)		
1 – 3 เดือน	138	49.29
4 – 6 เดือน	58	20.71
7 – 9 เดือน	18	6.43
10 – 12 เดือน	13	4.64
มากกว่า 1 ปี	53	18.93
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลวิกฤต หรือการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 (นับตั้งแต่ใช้เวลาอบรมมากกว่า 4 ชั่วโมง)		
ไม่เคย	170	60.70
เคย	110	39.30

2. สมรรถนะของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีระดับสมรรถนะสูงที่สุด คือ 1) ด้านพื้นฐานวิชาชีพพยาบาล ($\bar{X}$ = 4.42, SD = 0.45) 2) ด้านการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 0.69) 3) ด้านการพัฒนาทีมพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ ($\bar{X}$ = 3.95, SD = 0.76) และ 4) ด้านความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 3.90, SD = 0.63) ส่วนสมรรถนะด้านที่ควรได้รับการพัฒนามากที่สุด คือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X}$ = 3.73, SD = 0.54) 2) ด้านการตัดสินใจทางคลินิก ($\bar{X}$ = 3.77, SD = 0.72) และ 3) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย ($\bar{X}$ = 3.84, SD = 0.70) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สมรรถนะของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 รายด้าน (n = 280)

สมรรถนะพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 (รายด้าน)	Score Range	Min-Max	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	ระดับสมรรถนะ จำนวนคน (ร้อยละ)		
					ต่ำ	ปานกลาง	สูง
1. ด้านพื้นฐานวิชาชีพพยาบาล	7-35	7-35	4.42 (0.45)	สูง	-	17 (6.1)	263 (93.9)
2. ด้านการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก	3-15	5-15	3.99 (0.69)	สูง	2 (0.7)	103 (36.8)	175 (62.5)
3. ด้านการพัฒนาทีมพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ	3-15	4-15	3.95 (0.76)	สูง	7 (2.50)	96 (34.3)	177 (63.2)
4. ด้านความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย	10-50	13-50	3.90 (0.63)	สูง	2 (0.7)	91 (32.5)	187 (66.8)
5. ด้านจริยธรรมและกฎหมาย	4-20	6-20	3.84 (0.70)	สูง	11 (3.9)	88 (31.4)	181 (64.6)
6. ด้านการตัดสินใจทางคลินิก	4-20	5-20	3.77 (0.72)	สูง	9 (3.2)	100 (35.7)	171 (61.1)
7. ด้านปฏิบัติการพยาบาล	39-195	73-191	3.73 (0.54)	สูง	2 (0.7)	124 (44.3)	154 (55)
สรุปรวม	70-350	132-344	3.85 (0.49)	สูง	1 (0.4)	96 (34.3)	183 (65.4)

แม้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะในแต่ละด้านจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังพบว่าในแต่ละด้านยังมีข้อที่ต้องพัฒนาปรับปรุง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สมรรถนะของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 จากการประเมินตนเอง ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดสามอันดับแรกในแต่ละด้าน ตามลำดับ (n = 280)

สมรรถนะพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 รายด้าน	สมรรถนะ	
	$\bar{X}$	SD
1. ด้านพื้นฐานวิชาชีพพยาบาล		
1.1 ผู้ป่วยที่จัดท่านอนคว่ำต้องจัดท่า Swimming position สลับทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการเกิดแผลกดทับและการบาดเจ็บของเส้นประสาท	3.87	1.06
1.2 ตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ค้นหาปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย	4.54	0.82

ตารางที่ 3 สมรรถนะของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 จากการประเมินตนเองมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดสามอันดับแรกในแต่ละด้าน ตามลำดับ (n = 280) (ต่อ)

สมรรถนะพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 รายด้าน	สมรรถนะ	
	$\bar{X}$	SD
1.3 มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ตั้งแต่เริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจจนถึงการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับ Post COVID syndrome ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	4.55	0.72
2. ด้านการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก		
2.1 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจัดท่านอนคว่ำ จะลดการเกิดแผลกดทับ ลดการบาดเจ็บของเส้นประสาท และเพิ่มค่าสัดส่วนของออกซิเจนในเลือดแดง (PF ratio) ดีขึ้น	3.72	1.25
2.2 มีประสบการณ์หรือมีส่วนร่วมในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น video call สื่อสารระหว่างผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 กับครอบครัว	4.03	0.97
2.3 การใช้ยา Heparin ในผู้ป่วยที่ใช้ ECMO เพื่อป้องกันการอุดตันภายในวงจรของเครื่องต้องติดตามค่า ACT aPTT และใช้เครื่องมือ 4T Score เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Heparin induced thrombocytopenia	4.23	0.81
3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล		
3.1 สามารถอ่านและแปลผลเอกซเรย์ปอดเพื่อดูพยาธิสภาพการติดเชื้อโควิด-19 และภาวะแทรกซ้อนปอดแตกได้	2.58	1.17
3.2 ไม่อยากดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะ Happy hypoxemia ซึ่งเป็นตัวสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจที่นำไปสู่ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว	4.32	0.81
3.3 การเลือกและตัดสินใจใช้น้ำยาทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์หรือสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย รวมถึงการกำจัดขยะมีความยุ่งยาก	4.48	0.77
4. ด้านจริยธรรมและกฎหมาย		
4.1 มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต กฎหมายโรคติดเชื้อ และมาตรการควบคุมโรคติดเชื้ออุบัติใหม่	3.44	0.94
4.2 มีประสบการณ์ให้ข้อมูล และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ในกรณีทดลองใช้ยาหรือการทดลองด้วยวิธีการรักษาใหม่	3.87	0.91
4.3 มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลและประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิต่าง ๆ ตามที่ควรได้รับ	4.53	0.73
5. ด้านการตัดสินใจทางคลินิก		
5.1 การจัดท่านอนคว่ำจะต้องมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และฝึกซ้อมก่อนมาปฏิบัติกับผู้ป่วย	3.34	1.10
5.2 ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ที่มีค่า PF ratio < 95 และ AGB เป็น severe acidosis ผล CRP = 350 และ IL-6 > 350 จะเตรียมทีมเพื่อจัดท่านอน	4.03	0.89

ตารางที่ 3 สมรรถนะของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 จากการประเมินตนเอง ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดสามอันดับแรกในแต่ละด้าน ตามลำดับ (n = 280) (ต่อ)

สมรรถนะพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 รายด้าน	สมรรถนะ	
	$\bar{X}$	SD
ควร่ำ ก่อนประสานงานหน่วยไตเทียมทำ Cytokine removal (สถานการณ์ตัดสินใจ)		
5.3 มีประสบการณ์รวบรวมข้อมูลปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือนวัตกรรมทางการพยาบาล	4.12	0.81
6. ด้านการพัฒนาทีมพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ		
6.1 นำหลักฐานเชิงประจักษ์มารวบรวมทำแนวปฏิบัติเพื่อใช้พัฒนางานพยาบาล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการรักษา	3.78	0.99
6.2 สืบค้นและศึกษาเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 เพื่อให้ตนเองทันสมัยอยู่เสมอ	3.95	0.79
6.3 นำแนวปฏิบัติหรือนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ARDS มาใช้ในการดูแล เพื่อความปลอดภัย และผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ	4.13	0.88
7. ด้านความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย		
7.1 มีประสบการณ์ร่วมมือในการจัดเตรียมอุปกรณ์และอัตรากำลังพยาบาลในการดูแล ป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อให้เพียงพอ	3.33	0.74
7.2 สามารถสอน ให้คำแนะนำ เป็นพี่เลี้ยงหรือเป็นที่ปรึกษาให้บุคลากรในหอผู้ป่วยได้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19	4.33	0.72
7.3 กรณีอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ มีประสบการณ์เป็นพี่เลี้ยงพยาบาลจากหน่วยงานอื่นที่มาช่วยงาน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้	4.42	0.74

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ของพยาบาลไอซียู โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าสมรรถนะภาพรวมอยู่ในระดับสูงโดยสมรรถนะสูงสุดอยู่ในกลุ่มพยาบาลระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ ถึงร้อยละ 80 และกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 82.60 รองลงมาเป็นพยาบาลไอซียูที่มีประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี ร้อยละ 60.86 เป็นไปได้ว่าพยาบาลกลุ่มดังกล่าวได้ผ่านการเรียนรู้ สั่งสมประสบการณ์ จนสามารถคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงและสามารถคาดการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ การพยาบาลเป็นการบูรณาการความรู้ ทักษะประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีทักษะในการปฏิบัติงาน และสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานได้ดี (Benner, 1982) ผู้วิจัยอภิปรายสมรรถนะรายด้าน ดังนี้

สมรรถนะด้านพื้นฐานวิชาชีพพยาบาลอยู่ในระดับสูงที่สุด สอดคล้องกับพื้นฐานวิชาชีพพยาบาลที่ได้สอนและปลูกฝังตั้งแต่การเรียนระดับอุดมศึกษาให้ปฏิบัติการพยาบาลโดยแสดงออกถึงความเมตตา กรุณา คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย เน้นย้ำให้พยาบาลแสดงออกถึงความรับผิดชอบจากการปฏิบัติงานของตน และสามารถตัดสินใจดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตได้ (Khoyun, Sukontawat, Kitkhuandee, Loomon, & Thoin, 2020) สมรรถนะด้านพื้นฐานวิชาชีพพยาบาล เป็นขีดความสามารถที่สภาวิชาชีพกำหนด และคาดหวังให้เกิดขึ้น

สมรรถนะด้านการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับสูง ด้วยบริบทของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้มีระบบสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ต้องทำหัตถการพิเศษ และใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษา หน่วยงานมีการจัดอบรม ฝึกทักษะเพิ่มเติม รวมถึงการฝึกอบรมระหว่างทำงาน ซึ่งเชื่อว่าการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการเพิ่มคุณค่าการดูแล ส่งมอบความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ (Salem, Ali, Hady, Taha, & Diab, 2020)

สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลแม้ว่าจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในสมรรถนะทุกด้าน พบว่า ร้อยละ 70.91 ของพยาบาลไอซียูที่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอื่นมาก่อน มีสมรรถนะด้านนี้อยู่ในระดับสูง แต่ในกลุ่มพยาบาลไอซียูที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 48.80 มีสมรรถนะในด้านนี้เพียงระดับปานกลาง การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 เป็นการดูแลเฉพาะด้านซึ่งต้องใช้ความสามารถหรือประสบการณ์ที่แตกต่างจากการพยาบาลรูปแบบเดิม การดูแลผู้ป่วยที่ไม่คุ้นชินหรือในบริบทที่แตกต่างจากผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอื่น ๆ ทำให้การแสดงสมรรถนะที่มีได้อย่างไม่เต็มประสิทธิภาพ นอกจากนี้กลุ่มพยาบาลไอซียูที่เคยได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมส่วนใหญ่ร้อยละ 74.54 มีสมรรถนะด้านนี้อยู่ในระดับสูง การศึกษาเพิ่มเติมย่อมเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน (Nupinit, Nilmanat, & Mutchim, 2017) นอกเหนือจากการดูแลพื้นฐานในไอซียู เช่น การติดตามสัญญาณชีพ การแปลผลพารามิเตอร์ต่าง ๆ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ARDS การบริหารยาที่มีผลต่อหลอดเลือด และยากล่อมประสาท (Camilleri et al., 2020; Wang et al., 2021) จำเป็นต้องเพิ่มความรู้ในการดูแลระยะท้าย ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ และท้าทายในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว (Chisbert-Alapont, García-Salvador, De La Ossa-Sendra, García-Navarro, & De La Rica-Escuín, 2021) นอกเหนือจากการฝึกใส่-ถอดชุด PPE แล้วนั้น อาจต้องเพิ่มเติมประเด็นการใช้น้ำยาทำความสะอาด และน้ำยาฆ่าเชื้อโควิด-19 ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแล การที่พยาบาลไอซียูมีความรู้ในการควบคุม การแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อตนเอง และเพื่อนร่วมงานอีกด้วย (Ye et al., 2021)

สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายอยู่ในระดับสูง นอกจากการต้องมีความรู้ และปฏิบัติตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ ปี พ.ศ. 2558 ที่สำคัญ คือ การพิทักษ์และประสานสิทธิให้เกิดความเท่าเทียมกันของการรักษา รวมถึงการใช้ข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ศึกษาวิจัย แม้ว่าการศึกษานั้นอาจได้รับประโยชน์มากมาย แต่พึงต้องเคารพสิทธิ ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย และครอบครัว (Jia et al., 2021) พยาบาลไอซียูจึงต้องเพิ่มพูนความรู้ในประเด็นดังกล่าว เพื่อสามารถพิทักษ์สิทธิเกิดความตระหนัก และจัดการเมื่อเผชิญสถานการณ์ดังกล่าวได้ สำหรับสมรรถนะด้านการตัดสินใจทางคลินิกอยู่ในระดับสูง พบว่ากลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 มากกว่า 1 ปี ร่วมกับมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอื่น ๆ มาก่อนมีประสบการณ์ด้านนี้สูงที่สุด แตกต่างจากกลุ่มพยาบาลไอซียูที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 1 ปี รวมถึงไม่เคยดูแลผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน กลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มที่มีระดับสมรรถนะด้านนี้สูง อาจเนื่องมาจากต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซ้ำ ๆ ทำให้มีประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดความสามารถในการทำงาน วิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และสามารถมองปัญหากว้างขึ้น (Benner, 1982) ทั้งนี้การตัดสินใจทางคลินิกที่ดี และเลือกสรรการพยาบาลที่ถูกต้องนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขณะเดียวกันทักษะการตัดสินใจทางคลินิกระดับต่ำอาจทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที (Punsomreung & Kanhadilok, 2017)

สมรรถนะด้านการพัฒนาทีมพยาบาล และองค์กรวิชาชีพอยู่ในระดับสูง สมรรถนะด้านนี้ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการ และชำนาญการหรือชำนาญการพิเศษแต่พบว่ากลุ่มพยาบาลไอซียูที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 มากกว่า 1 ปี มีสมรรถนะด้านนี้อยู่ในระดับสูง โดยพยาบาลที่หมุนเวียน

ช่วยปฏิบัติงานมีความสามารถที่ต่างกัน พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า ย่อมต้องทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ พัฒนาทีม และจัดการทีมตามระดับความสามารถ ประสบการณ์ทำงาน และมอบหมายหน้าที่ให้เหมาะสม ทำให้พยาบาลที่ช่วยปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย (Lauck et al., 2022)

สมรรถนะด้านความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ มีพยาบาลที่มีประสบการณ์ อายุ และหน่วยงานที่หลากหลายหมุนเวียนช่วยทำงาน สิ่งที่สำคัญและทำให้งานบรรลุได้ คือ การสื่อสาร พบว่า อายุ และประสบการณ์ทำงานที่น้อยมีผลต่อความมั่นใจในการสื่อสาร และขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานที่มีประสบการณ์ และมีความอาวุโสมากกว่า (Ruaisungnoen et al., 2020) รวมถึงการต้องเข้าดูแลผู้ป่วยในห้องแยก และใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) โดยเฉพาะเครื่อง PAPR ที่เสียงดัง (Costa et al., 2023) ซึ่งถือเป็นอุปสรรคในการทำงาน การสื่อสารจึงเป็นความท้าทายของทีมที่จะทำให้เกิดการประสานความร่วมมือจากทีมพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ และญาติ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Chukumnird, Suwanwaha, Warahut, Chuakompeng, & Leecharoen, 2022)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้นำทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน เพื่อสร้างหรือพัฒนาองค์ความรู้ ทิศทางการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ตลอดจนการประเมินผลสมรรถนะพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

3. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำกรอบสมรรถนะ หรือผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน หรืออบรมเพิ่มทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

4. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคอุบัติใหม่ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลต่อความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การตอบแบบสอบถามจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง อาจยังไม่สะท้อนสมรรถนะที่แท้จริงของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพียงด้านเดียวเท่านั้น จึงอาจจำเป็นต้องมีการประเมินร่วมกับหัวหน้างานเพื่อสะท้อนถึงสมรรถนะที่แท้จริง

2. เนื่องจากเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพียง 1 แห่ง การบริการ และการบริหารจัดการของโรงพยาบาลอาจมีกฎเกณฑ์ และข้อบังคับเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น อาจมีการศึกษาโรงพยาบาลในเขตสุขภาพอื่นนอกกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภูมิภาคอื่นจะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น

References

Ääri, R. L., Tarja, S., & Helena, L. K. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing, 24*(2), 78-89. doi: 10.1016/j.iccn.2007.11.006

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, *82*(3), 402-407.

Brickman, D., Greenway, A., Sobocinski, K., Thai, H., Turick, A., Xuereb, K., ... Liu, S. I. (2020). Rapid critical care training of nurses in the surge response to the coronavirus pandemic. *American Journal of Critical Care, 29*(5), e104-e107. doi: 10.4037/ajcc2020142

Camilleri, M., Zhang, X., Norris, M., Monkhouse, A., Harvey, A., Wiseman, A., ... Corner, E. (2020). Covid-19 ICU remote-learning course (CIRLC): Rapid ICU remote training for frontline health professionals during the COVID-19 pandemic in the UK. *Journal of the Intensive Care Society*, *23*(2), 183-190. doi: 10.1177/1751143720972630

Chisbert-Alapont, E., García-Salvador, I., De La Ossa-Sendra, M. J., García-Navarro, E. B., & De La Rica-Escuín, M. (2021). Influence of palliative care training on nurses' attitudes towards end-of-life care during the COVID-19 pandemic in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(21), 11249. doi: 10.3390/ijerph182111249

Chukumnird, S., Leecharoen, P., Suwanwaha, S., Warahut, J., & Chuakompeng, A. (2022). Registered nurses' competencies in nursing for patients with COVID-19 of primary, secondary, and tertiary care units. *Journal of Health and Nursing Research, 38*(3), 189-200. (in Thai)

Chukumnird, S., Suwanwaha, S., Warahut, J., Chuakompeng, A., & Leecharoen, P. (2022). *The development of the essential competencies of registered nurses during and after the COVID-19 pandemic: A case study of Songkhla province in Thailand.* Songkhla: Faculty of Nursing Praboromrajchanok institute, Health Systems Research Institute. Retrieved from http://hdl.handle.net/11228/5554">http://hdl.handle.net/11228/5554</a

Costa, D. K., Wright, N. C., Hashem, O., Posa, A. M., Juno, J., Brown, S., ... McSparron, J. I. (2023). Team dynamics in a COVID-19 intensive care unit: A qualitative study. *Australian Critical Care, 36*(1), 99-107. doi: 10.1016/j.aucc.2022.11.001

Gordon, J. M., Magbee, T., & Yoder, L. H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Applied Nursing Research, 59*, 151418. doi: 10.1016/j.apnr.2021.151418

Hu, B., Huang, S., & Yin, L. (2021). The cytokine storm and COVID‐19. *Journal of Medical Virology, 93*(1), 250-256. doi: 10.1002/jmv.26232

Jia, Y., Chen, O., Xiao, Z., Xiao, J., Bian, J., & Jia, H. (2021). Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nursing Ethics, 28*(1), 33-45. doi: 10.1177/0969733020944453

Khoyun, S., Sukontawat, W., Kitkhuandee, B., Loomon, J., & Thoin, P. (2020). The critical care competencies of registered nurses after finishing short course trainingin critical care nursing. *Chiangrai Medical Journal, 12*(2), 88-102. (in Thai)

Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic competence of intensive care unit nurses: Cross-sectional survey study. *BioMed Research International, 2015*, 536724. doi: 10.1155/2015/536724

Lauck, S. B., Bains, V. K., Nordby, D., Iacoe, E., Forman, J., Polderman, J., & Farina, L. (2022). Responding to the COVID-19 pandemic: Development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximise competencies. *Australian Critical Care, 35*(1), 13-21. doi: 10.1016/j.aucc.2021.02.009

Nupinit, W., Nilmanat, K., & Mutchim, Y. (2017). Selective factors related to intensive care units' registered nurses' competency in caring for terminally ill patients. *Thai Journal of Nursing Council, 32*(4), 94-106. (in Thai)

Punsomreung, T., & Kanhadilok, S. (2017). Clinical judgement: An essential skill for nursing intervention. *Journal of Nursing, Siam University, 18*(35), 81-94. (in Thai)

Ruaisungnoen, W., Saensom, D., Silarat, M., Surit, P., Methakarnjanasak, N., Somjaivong, B., ... Seubkinorn, O. (2020). Perceived knowledge and skills acquisition and among trainees finished the short course program in critical care nursing (Adult). *Journal of Nursing Science & Health, 43*(4), 158-170. (in Thai)

Salem, F. A., Ali, K. A. G., Hady, A., Taha, A. H., & Diab, S. M. (2020). Development of clinical nurses' competency in cardiothoracic intensive care unit. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), 9*(2), 17-31. doi: 10.9790/1959-0902081731

Tzotzos, S. J., Fischer, B., Fischer, H., & Zeitlinger, M. (2020). Incidence of ARDS and outcomes in hospitalized patients with COVID-19: A global literature survey. *Critical Care, 24*, 516. doi: 10.1186/s13054-020-03240-7

Vachprasit, R., Petpichetchian, W., Wannasuntad, S., Matchim, Y., & Sitthimongkol, Y. (2021). A survey of workforce distribution, workload, and performance outcomes of doctorally-prepared nurse faculty members in nursing institutions in Thailand. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 36*(3), 62-82. (in Thai)

Wang, H., Kang, K., Gao, Y., Yang, B., Li, J., Wang, L., ... Zhao, M. Y. (2021). Remote nursing training model combined with proceduralization in the intensive care unit dealing with patients with COVID-19. *World Journal of Clinical Cases, 9*(5), 999-1004. doi: 10.12998/wjcc.v9.i5.999

World Health Organization. (2023). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. Retrieved from https://covid19.who.int/

Ye, Y., Shi, P., Gui, Y., Li, A. M., Huang, G., Xu, H., ... Zhang, X. (2021). Point-of-care training program on COVID-19 infection prevention and control for pediatric healthcare workers: A multicenter, cross-sectional questionnaire survey in Shanghai, China. *Translational Pediatrics, 10*(1), 44-53. doi: 10.21037/tp-20-247

Professional Nurses' Practices in Providing Palliative Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

จิรวัฒน์	ประคองพันธ์**	Jirawat	Prakhongpun**
บวรลักษณ์	ทองทวี***	Borwarnluck	Thongthawee***
เยาวรัตน์	มัชฌิม****	Yaowarat	Matchim****

Abstract

Professional nurses' practice in providing palliative care is nursing practice for people with a seriously ill patient, in order to relieve suffering from severe symptoms and treatment, and to promote care which satisfies physical, psychosocial, and spiritual needs. This descriptive research aimed to examine nurses' practice in providing palliative care for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) who were eligible for palliative care. The participants comprised 326 professional nurses who worked at medical wards of eight hospitals in Health Region 4. Research instruments were composed of 1) a demographic form and 2) a questionnaire about nursing behavior in providing palliative care for COPD patients (QNBPC-COPD) with a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that nurses' caring behaviors in providing palliative care for COPD patients were at a moderate level ($\bar{X}$ = 128.80, SD = 26.01). Regarding each dimension, 1) the physical care mean score was at a moderate level ($\bar{X}$ = 58.07, SD = 13.01), with the lowest score for the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS); 2) psychosocial care was at a moderate level ($\bar{X}$ = 42.07, SD = 8.42), with the lowest score for pain and discomfort management; and 3) spiritual care was at a moderate level ($\bar{X}$ = 28.65, SD = 6.39), with the lowest score for identifying beliefs, something of value, and meaning in life for providing spiritual care.

The results of this research can be used as information for policymakers and administrators of hospitals in Health Region 4 to improve the quality of palliative care health services for registered nurses with COPD patients. Further research should explore ways to develop and improve nurses' palliative care behaviors.

Keywords: Professional nurses' practices; Palliative care; Chronic obstructive pulmonary disease

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

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

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Thammasat University, e-mail: borwarnluck@nurse.tu.ac.th

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

Received 18 December 2022; Revised 16 June 2023; Accepted 19 June 2023

บทคัดย่อ

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา รวมทั้งส่งเสริมให้ได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจากโรงพยาบาลจำนวน 8 แห่งในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 326 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 128.80, SD = 26.01) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า 1) ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 58.07, SD = 13.01) โดยข้อที่คะแนนต่ำสุด คือ การใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ประเมินอาการและติดตามผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ด้านจิตสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 42.07, SD = 8.42) โดยข้อที่คะแนนต่ำสุดคือ การสัมผัสเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และ 3) ด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 28.65, SD = 6.39) โดยข้อที่คะแนนต่ำสุด คือ การค้นหาสิ่งที่เป็นความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายในชีวิตเพื่อให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารของโรงพยาบาลในสังกัดเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

คำสำคัญ: การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ การดูแลแบบประคับประคอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: borwarnluck@nurse.tu.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 18 ธันวาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 16 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 19 มิถุนายน 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นภาวะที่มีการตีบแคบของทางเดินหายใจ โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 ของประชากรโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2022) สำหรับสถิติการเสียชีวิตในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 (Division of Non Communicable Diseases, 2019) สำหรับเขตสุขภาพที่ 4 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2560, 2561, และ 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 8,615 คน 9,561 คน และ 10,684 คน ตามลำดับ อีกทั้งมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา (Central Chest Institute of Thailand, 2019)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษทางอากาศ การสัมผัสเชื้อเพลิงชีวมวล รวมถึงความผิดปกติทางพันธุกรรม และการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจที่ผิดปกติจากอายุที่เพิ่มขึ้น (multicomponent disease) (Thoracic Society of Thailand Under Royal Patronage, 2022) สำหรับความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ในบริบทของเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเป็นแหล่งเศรษฐกิจ ที่มีการประกอบอุตสาหกรรมขนาดใหญ่มากถึง 12,326 แห่ง (Department of Industrial Works, 2019) และมีการปล่อยควันไฟ ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) ที่เกิดจากกระบวนการเผาไหม้หรือกระบวนการผลิตของโรงงานอุตสาหกรรม (Department of Industrial Works, 2019) จึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่งผลต่อการกำเริบของอาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2022; Landers, Wiseman, Pitama, & Beckert, 2017)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีวิถีการดำเนินโรค (illness trajectory) ที่ไม่แน่นอน โดยไม่สามารถพยากรณ์การดำเนินโรคได้ (Disler et al., 2021) เมื่อมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะการดำเนินโรคที่รุนแรง จะมีโอกาสของการเกิดอาการกำเริบฉับพลันได้บ่อยครั้ง และอาจต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน (Thoracic Society of Thailand Under Royal Patronage, 2022) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความทุกข์ทรมาน จากกลุ่มอาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก พบร้อยละ 100 อาการเหนื่อยล้า พบร้อยละ 91.70 อาการซึมเศร้า พบร้อยละ 73.20 อาการวิตกกังวล พบร้อยละ 66.70 อาการนอนไม่หลับ พบร้อยละ 58.90 (Ekkamart, 2021) และ อาการปวด พบร้อยละ 58 (Maignan et al., 2019) นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีการกำเริบฉับพลันซ้ำ 2-3 ครั้งต่อปี ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและมีอัตราการตายใน 5 ปี เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55 และพบว่าผู้ป่วย 1 ใน 5 คน เสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปี (Landers et al., 2017) เมื่อความถี่ของการกำเริบเกิดบ่อยขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนดังที่กล่าวมา ซึ่งส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากบริบทดังกล่าว ทำให้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 (Vermylen, Szmuilowicz, & Kalhan, 2015) สำหรับประเทศไทยเริ่มกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2559 เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่รบกวนผู้ป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จากผลการสำรวจสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยยังเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง เพียงร้อยละ 20.89 (Office of Policy and Strategy, 2020)

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย โดยมีการประเมินและรักษา เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2018) โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Nilmanat, 2016) ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2559 ระบุว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรคมีความก้าวหน้า โดยมีค่า forced expiratory volume (FEV1) < 30% และเข้ารับการรักษาอาการกำเริบฉับพลันในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Department of Medical Services, 2020) เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่รบกวนผู้ป่วย และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย จากผลการสำรวจสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลในประเทศไทยพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลยังต้องการความพร้อมทั้งในเรื่องระบบบริการและการเตรียมการด้านบุคลากร เนื่องจากในขอบเขตการปฏิบัติงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ พยาบาลวิชาชีพมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมักเป็นผู้พบเจอกับอาการ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วย หรือเป็นผู้รับรู้ปัญหาเบื้องต้นที่เกิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เช่นเดียวกับในบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง หากพยาบาลสามารถประเมินอาการรบกวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วย รวมถึงสามารถจัดการเบื้องต้น เพื่อบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย อีกทั้งสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมทั้งด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Subwongcharoen & Chintapanyakun, 2020)

บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการปฏิบัติที่พยาบาลให้การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษาจนเมื่อโรคอยู่ในระยะที่เกินกว่าจะรักษาได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลควรประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคองให้ได้ตั้งแต่ระยะแรก และให้การดูแลควบคู่ไปกับแนวทางการรักษาหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (Subwongcharoen & Chintapanyakun, 2020) องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ 1) การดูแลทางด้านร่างกาย 2) การดูแลด้านจิตสังคม และ 3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2013) อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลที่ผ่านมายังคงพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่ครอบคลุมในทุกมิติ เช่น มุ่งเน้นให้การดูแลเฉพาะด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ อีกทั้งหลีกเลี่ยงการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว (Thepsaw, Payakkaraung, Sanasuttipun, & Srichantaranit, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในต่างประเทศไม่สามารถนำมาอ้างอิงได้ในบริบทของประเทศไทย อาจเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระยะเวลาในการดำเนินของโรคนาน และไม่สามารถพยากรณ์โรคได้อย่างชัดเจน (Lilly & Senderovich, 2016) ประกอบกับการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศแถบยุโรป อเมริกา (Halpin, 2018) ซึ่งประเทศดังกล่าวมีระบบสุขภาพ การศึกษา การอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองแตกต่างจากประเทศไทย ดังข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020) ที่แบ่งระดับการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง (Level of Palliative Care Development) โดยประเทศไทยอยู่ที่ระดับขั้นต้น (preliminary stage of integration: 4a) แตกต่างกับประเทศในยุโรปและอเมริกา ที่อยู่ในระดับขั้นสูง (advance stage of integration: 4b)

ในเขตสุขภาพที่ 4 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน จากรายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ประจำปี 2561 ของเขตสุขภาพที่ 4 พบว่ามีจำนวนพยาบาลที่อบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง 18 คน และพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรตั้งแต่ 10 วันขึ้นไป จำนวน 135 คน แต่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็ง (non-cancer) 3,328 คน โดยกลุ่มดังกล่าวไม่มีการรายงานข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Region 4 Health Provider Office, 2018) แสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลกับจำนวนของบุคลากรที่ไม่เพียงพอกับการปฏิบัติของพยาบาล อีกทั้งยังขาดข้อมูลที่เจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในบริบทของเขตสุขภาพที่ 4 โดยผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง โดยการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลร่างกาย เป็นการดูแลเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดจากอาการต่าง ๆ เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย อาการปวด อาการอ่อนเพลีย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก 2) การดูแลด้านจิตสังคม เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความเฉพาะในแต่ละรายที่มีความแตกต่างกันในด้านจิตสังคมที่ขึ้นกับบุคคลนั้น ๆ ซึ่งอาจพบผลกระทบทางด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า การแยกตัวออกจากสังคม สูญเสียความหวัง และ 3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การดูแลด้านจิตวิญญาณจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น การให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความสงบสุข การช่วยเหลือสิ่งที่ค้างคาใจ การเปิดโอกาสพูดคุยใช้เวลากับบุคคลอันเป็นที่รัก ความไวต่อวัฒนธรรมของผู้ป่วย เป็นต้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ ในโรงพยาบาลพื้นที่สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลบ้านหมี่ และโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 935 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการดังกล่าวข้างต้น โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในวิชาชีพระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และ2) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างน้อย 1 ราย

การวิจัยในครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร เครซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ค่าความเชื่อมั่น 95 จากการคำนวณ ได้ขนาดของตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 272 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามรวมถึงความสมบูรณ์ในการตอบกลับของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 326 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล (proportionate simple random sampling) ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 49 ราย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 48 ราย โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 67 ราย โรงพยาบาลนครนายก จำนวน 22 ราย โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 45 ราย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 50 ราย โรงพยาบาลบ้านหมี่ จำนวน 15 ราย และโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 30 ราย โดยผู้ดำเนินการประสานงานแต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้จับฉลาก เพื่อเป็นตัวแทนในการศึกษาครั้งนี้ จากจำนวนพยาบาลที่มีอยู่จริงในแต่ละหอผู้ป่วย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีแบบสอบถามทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน หน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล พยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) การอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็กแบบประคับประคอง ซึ่งสร้างขึ้นโดย จินตนา เทพเสาร์ และคณะ (Thepsaw et al., 2019) โดยใช้กรอบแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง WHO โดยแบ่งการปฏิบัติเป็น 3 ด้าน คือ 1) การดูแลด้านร่างกาย จำนวน 22 ข้อ 2) การดูแลด้านจิตใจ จำนวน 14 ข้อ และ 3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงโดยนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง มีข้อคำถามรวมจำนวน 46 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ทสเกล (Likert scale) โดย มีเกณฑ์การให้คะแนนระดับการปฏิบัติ 4 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน เท่ากับ ไม่เคยปฏิบัติ 2 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 4 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติเป็นประจำ

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลระดับการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้น (Kaiyawan, 2009) และให้ความหมายของคะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลคะแนนการปฏิบัติแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นแบบประคับประคองรายด้าน	ช่วงคะแนน	ระดับคะแนน		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
1) การดูแลด้านร่างกาย (22 ข้อ)	22-88	22-44	45-67	68-88
2) การดูแลด้านจิตสังคม (14 ข้อ)	14-56	14-28	29-43	44-56
3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ (10 ข้อ)	10-40	10-20	21-30	31-40

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลคะแนนการปฏิบัติแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ต่อ)

การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นแบบประคับประคองรายด้าน	ช่วงคะแนน	ระดับคะแนน		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
รวม (46 ข้อ)	46-184	46-92	92-138	139-184

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน 4) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน และ 5) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.97 และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิเคราะห์ Cronbach's alpha coefficient กับกลุ่มพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ (022/2564) และดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 โรงพยาบาล ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (0085/2564) โรงพยาบาลสระบุรี (SRBR64-014) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (KNH08/2564) โรงพยาบาลบ้านหมี่ (02/2564) โรงพยาบาลนครนายก (04/2564) โรงพยาบาลปทุมธานี (ปท 0032.203.4/13462) โรงพยาบาลสิงห์บุรี (อว.67.34/ศ.311) และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (อว. 67.07/601) โดยการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ การเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามเพิ่มเติม อาสาสมัครวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรงตลอดเวลาตามเอกสารที่ผู้วิจัยแจ้งไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ และภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้รับผิดชอบประสานงานวิจัยประจำโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผู้ประสานงานวิจัย หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลนำแบบสอบถามแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และสุ่มรายชื่อพยาบาลตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยกำหนดระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 2 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดผู้วิจัยจึงประสานงานเพื่อรับแบบสอบถามคืนจากผู้ประสานงานวิจัยหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล และตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 326 คน เป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.50) มีอายุเฉลี่ย 34.97 ปี (SD = 10.47) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.10) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.47) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 12.49 ปี (SD = 10.47) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 9.23 ปี (SD = 8.54) มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร้อยละ 80.37 มีพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย ร้อยละ 66.26 พยาบาลไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 56.13 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 86.50 มีประสบการณ์ดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 29.75 และร้อยละ 80.37 เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 326)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	2.50
หญิง	318	97.50
อายุ (M = 34.97, SD = 10.47, min = 23, max = 58)		
21-29 ปี	162	49.7
30-39 ปี	55	16.9
40-49 ปี	67	20.6
50-60 ปี	42	12.9
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี	310	95.10
ปริญญาโทการพยาบาล	12	3.68
ปริญญาโทสาขาอื่น ๆ	3	0.92
ปริญญาเอก	1	0.30
ศาสนา		
พุทธ	321	98.47
อิสลาม	2	0.61
คริสต์	3	0.92
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล (M = 12.49, SD = 10.47, min = 1, max = 38)		
1 – 5 ปี	104	31.90
5.1 – 10 ปี	68	20.86
10.1 – 15 ปี	41	12.58
15.1 – 20 ปี	19	5.83
> 20 ปี	94	28.83

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 326) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (M = 9.23, SD = 8.54, min = .2, max = 38)		
< 1 ปี	8	2.45
> 1.1 - 2 ปี	35	10.74
> 2.1 - 3 ปี	31	9.51
> 3.1 - 5 ปี	59	18.10
> 5 ปี	193	59.20
มีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
มี	262	80.37
ไม่แน่ใจ	37	11.35
ไม่มี	27	8.28
มีพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย (Palliative Care Ward Nurse: PCWN)		
มี	216	66.26
ไม่แน่ใจ	16	4.91
ไม่มี	94	28.83
ประสบการณ์อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง		
มีประสบการณ์	143	43.87
ไม่มีประสบการณ์	183	56.13
มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
มีประสบการณ์	282	86.50
ไม่มีประสบการณ์	44	13.50
มีประสบการณ์ดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เช่น บิดา มารดา เป็นต้น)		
มีประสบการณ์	97	29.75
ไม่มีประสบการณ์	229	70.25
มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ≥ 2 ครั้งต่อปี (น้อยกว่า 2 ครั้ง ถือว่าไม่มีประสบการณ์)		
มีประสบการณ์	262	80.37
ไม่มีประสบการณ์	64	19.63

2. การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนโดยรวมสูงสุด 184 คะแนนต่ำสุด 46 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 128.80 คะแนน (SD = 26.01) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองรายด้าน พบว่า การปฏิบัติทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดย 1) ด้านการดูแลด้านร่างกายเท่ากับ 58.07 คะแนน (SD = 13.01) 2) ด้านการดูแลด้านจิตสังคมเท่ากับ 42.07 คะแนน (SD = 8.42) และ 3) ด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณเท่ากับ 28.65 คะแนน (SD = 6.39) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองรายด้าน (n = 326)

การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นแบบประคับประคองรายด้าน	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1) การดูแลด้านร่างกาย (22 ข้อ)	22-88	58.07	13.01	ปานกลาง
2) การดูแลด้านจิตสังคม (14 ข้อ)	14-56	42.07	8.42	ปานกลาง
3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ (10 ข้อ)	10-40	28.65	6.39	ปานกลาง
รวม (46 ข้อ)	46-184	128.80	26.01	ปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง รายข้อ ในแต่ละด้าน ดังนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ฉันใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย ($\bar{X}$ = 1.90, SD = 0.94) และฉันเปิดพัดลม เพื่อให้มีลมกระทบบริเวณใบหน้าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก ($\bar{X}$ = 2.03, SD = 0.93) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง การดูแลด้านร่างกาย ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด (n = 326)

ข้อคำถาม	ช่วงคะแนน	Min-Max	$\bar{X}$	SD
1. ฉันใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน	1-4	1-4	1.90	0.94
2. ฉันเปิดพัดลม เพื่อให้มีลมกระทบบริเวณใบหน้าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก	1-4	1-4	2.03	0.93.

2. การดูแลด้านจิตสังคม ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ฉันสัมผัสผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ($\bar{X}$ = 2.83, SD = 0.76) และฉันดำเนินการประสานงานให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย และบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจทำการประชุมครอบครัวและทีมที่ดูแล (Family meeting) เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างทีมกับผู้ป่วยและครอบครับเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค รวมถึงวิถีความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต ($\bar{X}$ = 2.80, SD = 0.76) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยของข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง การดูแลด้านจิตสังคม ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด (n = 326)

ข้อคำถาม	ช่วงคะแนน	Min-Max	$\bar{X}$	SD
1. ฉันประสานงานให้ครอบครัว ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย ทำการประชุมครอบครัวกับทีมที่ดูแล	1-4	1-4	2.83	0.76
2. ฉันสัมผัสผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน	1-4	1-4	2.80	0.76

3. การดูแลด้านจิตวิญญาณ ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ฉันค้นหาสิ่งที่เป็นความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย (อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี) ($\bar{X}$ = 2.70, SD = 0.84) และฉันช่วยประสานงานในการติดต่อบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ หรือผู้นำทางศาสนา ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย (อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี) ($\bar{X}$ = 2.70, SD = 0.81) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยของข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง การดูแลด้านจิตวิญญาณ ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด (n = 326)

ข้อคำถาม	ช่วงคะแนน	Min-Max	$\bar{X}$	SD
1. ฉันช่วยประสานงานในการติดต่อบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ หรือผู้นำทางศาสนา ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย	1-4	1-4	2.70	0.84
2. ฉันค้นหาสิ่งที่เป็นความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย	1-4	1-4	2.70	0.81

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ มีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.13 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองมีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ อาจส่งผลต่อความรู้และความเข้าใจ และนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติได้ อีกทั้งในเขตสุขภาพที่ 4 ตามยุทธศาสตร์ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ประจำปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีจำนวนพยาบาลที่อบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 18 คน และพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรตั้งแต่ 10 วันขึ้นไป จำนวน 135 คน (Region 4 Health Provider Office, 2018) ซึ่งจำนวนของพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองมีไม่เพียงพอต่อการสอนบนคลินิก

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้การปฏิบัติดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง และอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี มีสมรรถนะเป็นพยาบาลความเชี่ยวชาญ (expert) ซึ่งสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้ดีและรวดเร็ว (Wisestrith, 2022) ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวช่วยให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการจดจำข้อมูล หรือข้อเท็จจริงโดยเกี่ยวข้องกับการใช้สติปัญญาส่วนบุคคลในการตัดสินใจแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ หรือแสดงการปฏิบัติ (Bloom, 1964) สมรรถนะดังกล่าวเป็นเพียงสรรถนะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมแบบประคับประคอง

เมื่อวิเคราะห์การปฏิบัติด้านร่างกาย พบว่า การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นแบบประคับประคองด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อคำถามที่มีการปฏิบัติที่พยาบาลปฏิบัติน้อย คือ การใช้แบบประเมิน ESAS อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบวิธีการประเมินและใช้แบบประเมิน สำหรับผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองน้อย จึงทำให้ข้อคำถามดังกล่าวมีคะแนนน้อยที่สุด โดยการใช้แบบประเมิน ESAS เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Department of Medical Services, 2020) เนื่องจากเป็นเครื่องมือในการประเมินอาการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้บรรเทาความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Soowit, Panasakulkan, & Muksiri-tipanun, 2015)

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดทักษะของการดูแลด้านจิตสังคมในบางเรื่องของการดูแลด้านจิตสังคม จึงทำให้การดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการดูแลด้านจิตสังคมเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตใจ สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เลวร้ายได้อย่างมีความสุข (Nuekwen, Hanprasitkam, & Junda, 2016) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามที่มีการปฏิบัติที่พยาบาลปฏิบัติน้อย คือ การสัมผัสผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน อาจเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีปัญหาหลักที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก จึงทำให้การดูแลเกี่ยวกับการเจ็บปวดอาจไม่ได้เป็นปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จึงทำให้พยาบาลไม่ทราบแนวทางในการแสดงการปฏิบัติที่สื่อถึงความเข้าใจ เพื่อเพิ่มความสบายใจให้ผู้ป่วย และพยาบาลมุ่งเน้นให้การดูแลเฉพาะด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยได้รับเพียงการพยาบาลพื้นฐานเท่านั้น (Thepsaw et al., 2019) กลุ่มตัวอย่างจึงมีการปฏิบัติดังกล่าวน้อย

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยผ่านการเรียนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพียงพื้นฐานเท่านั้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างดูแลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง โดยการดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านศาสนา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และพยาบาลต้องเข้าใจถึงความเป็นตัวตนเข้าใจความเชื่อของผู้ป่วย การติดต่อประสานในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ (Nuekwen et al., 2016) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือการดูแลผู้ป่วยเปรียบเสมือนบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณค่า ในส่วนของข้อคำถามที่พยาบาลปฏิบัติน้อย ได้แก่ การค้นหาสิ่งที่

เป็นความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายในชีวิต ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย และพยาบาลช่วยประสานงานในการติดต่อบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ หรือผู้นำทางศาสนา ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย อาจด้วยอุปสรรคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง (Scheerens et al., 2018) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการประเมินทางจิตวิญญาณและการประสานงานในประเด็นดังกล่าวน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองทั้งระดับโรงพยาบาลและเขตสุขภาพที่เป็นแหล่งศึกษา เพื่อใช้ประกอบการพัฒนา และส่งเสริมการจัดการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองหรือปรับปรุงคุณภาพบริการต่อไป

2. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการกำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากรพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดเขตสุขภาพที่ 4 เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อแบบประคับประคอง

2. ควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลและศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

References

Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals*. New York: McKay.

Central Chest Institute of Thailand. (2019). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) rates.* Retrieved from https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads /2019 /01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf

Department of Industrial Works. (2019). *Industry statistics for 2019.* Retrieved from http:// www.diw.go.th/hawk/content.php?mode=spss62

Department of Industrial Works. (2019). *PM 2.5 and Industry.* Retrieved from http://www.diw.go.th/hawk/job/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%20PM2.5.pdf

Department of Medical Services. (2020). *Handbook for palliative and end-of-life care*. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health.

Disler, R., Pascoe, A., Luckett, T., Donesky, D., Irving, L., Currow, D. C., & Smallwood, N. (2021). Barriers to palliative care referral and advance care planning (ACP) for patients with COPD: A cross-sectional survey of palliative care nurses. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, *39*(2). doi: 10.1177/10499091211018192

Division of Non Communicable Diseases. (2019). *Number and rate of non-communicable disease deaths* 2016 - 2017 (*hypertension, diabetes, ischemic heart, cerebrovascular disease, bronchitis, emphysema).* Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)

Ekkamart, B. (2021). *Symptom experience, symptom management, functional status, and the impact of disease on the health status among patients with chronic obstructive pulmonary disease* (Master's thesis). Thammasat University, Thailand.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2022). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2023 report).* Retrieved from https://goldcopd.org/

Halpin, D. M. G. (2018). Palliative care for people with COPD: Effective but underused. *European Respiratory Journal, 51*(2), 1702645. doi: 10.1183/13993003.02645-2017

Kaiyawan, Y. (2009). *Research tools*. Bangkok: Bangkok Enhanced Media Center. (in Thai)

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

Landers, A., Wiseman, R., Pitama, S., & Beckert, L. (2017). Severe COPD and the transition to a palliative approach. *Breathe, 13*(4), 310-316. doi: 10.1183/20734735.013917

Lilly, E. J., & Senderovich, H. (2016). Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Critical Care*, *35*, 150-154. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.05.019

Maignan, M., Chauny, J. M., Daoust, R., Duc, L., Mabiala-Makele, P., Collomb-Muret, R., ... Viglino, D. (2019). Pain during exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective cohort study. *PLoS One, 14*(5), e0217370. doi: 10.1371/journal.pone.0217370

Nilmanat, K. (2016). Palliative care in Thailand: Development and challenges. *Canadian Oncology Nursing Journal*, *26*(3), 262-267.

Nuekwen, P., Hanprasitkam, K., & Junda, T. (2016). Nurses' perceptions and practice on palliative care. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 27*(1), 128-141. (in Thai)

Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2020). *Public health resources information report 2020*. Retrieved form http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/healthresource2558_100160

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Region 4 Health Provider Office. (2018). *Service plan 2018*. Retrieved from https://rh4.moph.go.th

Scheerens, C., Deliens, L., Van Belle, S., Joos, G., Pype, P., & Chambaere, K. (2018). A palliative end-stage COPD patient does not exist: A qualitative study of barriers to and facilitators for early integration of palliative home care for end-stage COPD. *Nature Partner Journals Primary Care Respiratory Medicine, 28*(23), 1-10.

Soowit, B., Panasakulkan, S., & Muksiritipanun, B. (2015). The assessment of the suffering symptoms in palliative care patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *35*(1), 153-164.

Subwongcharoen, N., & Chintapanyakun, T. (2020). Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 21*(1), 26-34. (in Thai)

Thepsaw, J., Payakkaraung, S., Sanasuttipun, W., & Srichantaranit, A. (2019). *Relationship between knowledge, attitude, barriers to care, and behavior of nurses in pediatric palliative care* (Master's thesis). Mahidol University, Thailand.

Thoracic Society of Thailand Under Royal Patronage. (2022). *Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease 2022*. Bangkok: Author. (in Thai)

Vermylen, J. H., Szmuilowicz, E., & Kalhan, R. (2015). Palliative care in COPD: An unmet area for quality improvement. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 10*, 1543-1551. doi: 10.2147/COPD.S74641

Wisestrith, W. (2022). *Palliative care: Service system design and professional nurse competency development*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.

World Health Organization. (2013). *WHO definition of palliative care.* Retrieved from https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/

World Health Organization. (2018). *Palliative care*. Retrieved from http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

Worldwide Palliative Care Alliance. (2020). *Global Atlas of Palliative Care*. Retrieved from http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care

Food Literacy and Consumption Behavior Among Dependent Elders*
ความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*

ซอมพอ	อุปขาว**	Sompor	Auppakaw**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
เดชา	ทำดี****	Decha	Tamdee****

Abstract

Older persons with dependency who have good food literacy will be able to manage their consumption behavior. This descriptive correlational research aimed to determine the relationship between the food literacy and food consumption behavior in dependent elders. The sample comprised 88 dependent elders residing in Mae Wang district in Chiang Mai province. The data collection period was between July and September 2021. Purposive sampling was used. The tools for data collection were a demographic and illness information questionnaire, a food literacy questionnaire, and a questionnaire on dietary behavior of dependent elders. The quality of the instruments was tested using content validity and test-retest reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation statistics.

The study revealed that the food literacy and consumption behavior of dependent elders were at a moderate level. Food literacy was moderate, and it was positively related to consumption behavior ($r = .32$, $p < .001$).

The findings of this study can be applied as basic information for health personnel planning about promoting consumption behavior in dependent elders.

Keywords: Food literacy; Consumption behavior; Dependent elders

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

** Graduate Student of Nursing Science program, 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

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

Received 23 November 2022; Revised 8 December 2022; Accepted 13 December 2022

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความรอบรู้ด้านอาหารที่ดี จะสามารถจัดการกับพฤติกรรมการบริโภคได้ การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการทดสอบซ้ำ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson’s product-moment correlation

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32$, $p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภค ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com
**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 23 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 8 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 13 ธันวาคม 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยในปี 2564 ประชากรสูงอายุมีร้อยละ 19.60 (National Statistical Office Thailand, 2022) โดยคาดว่าในปี 2565 อาจถือได้ว่าสังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปัญหาที่พบจากการมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นคืออุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังและอัตราภาวะพึ่งพิงจะสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือผู้ที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ในปี 2562-2563 พบความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 21.70 โดยในผู้สูงอายุชายร้อยละ 18.30 และผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 24.40 ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 18.30 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เพิ่มเป็นร้อยละ 24.60 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และเป็นร้อยละ 34.80 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (Aekplakorn, Puckcharem, & Satheannoppakao, 2021) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552 และครั้งที่ 5 ในปี 2557 ที่พบร้อยละ 15.50 และ 20.70 ตามลำดับ นอกจากนั้นจากการสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่าอัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ตั้งแต่ปี 2560-2562 อัตราลดลงเรื่อย ๆ จาก 592.64 เป็น 562.50 และ 551.79 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นในปี 2563 และ 2564 คือ 569.65 และ 586.98 ต่อแสนประชากร (Prayoonwong, 2022) จากสถานการณ์ดังกล่าวมีความใกล้เคียงกับต่างประเทศ จากการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในประเทศอินเดีย จำนวน 31,464 คน ในจำนวนดังกล่าวมีอุบัติการณ์ของความพิการในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2561 พบจำนวนถึงร้อยละ 3 หรือ 943 คน ที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activities of daily living) และร้อยละ 6 หรือ 1,887 คน มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (instrumental activities of daily living) (Chauhan, Kumar, Bharti, & Patal, 2022)

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระและต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Chitaphankul, 2001) โดยภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุนำมาซึ่งผลกระทบที่สำคัญและพบได้บ่อยคือ ภาวะพร่องโภชนาการ (Prayoonwong, 2022) ดังการศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ ฐิตินันท์ ดวงจินา, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ (Duangina, Panuthai, & Suwankruhasn, 2020) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาวะทุพโภชนาการ อันได้แก่ มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวนถึงร้อยละ 32.90 โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กก./ตร.ม. และอีกจำนวนไม่น้อย มีภาวะพร่องโภชนาการ ถึงร้อยละ 29.60 โดยมีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.50 กก./ตร.ม. ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังพบอีกว่าพฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .233$ $p < .05$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (consumption behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่เกี่ยวกับอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง 2) ความถี่ในการบริโภคอาหาร 3) ปริมาณของอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละวัน 4) ลักษณะอาหารที่เหมาะสมในการบริโภค (Pantha, 2009) สำหรับอาหารที่ควรบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน ควรเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น ปลา เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายสลายโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานและช่วยให้ร่างกายมีภูมิต้านทานโรคได้ดีขึ้น สำหรับคาร์โบไฮเดรตควรได้รับคิดเป็นร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน (Thunthisirin & Yamborisuth, 2018) ไขมันซึ่งเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูงผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดและมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด (Bernhardt & Kasko, 2008) สำหรับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารที่มีเกลือโซเดียมหรือเครื่องปรุงรสมาก (World Health Organization, 2021) อาหารที่มีไขมัน และน้ำตาลเป็นส่วนประกอบมาก เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะมี

โรคเรื้อรังซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ อันจะนำมาสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จากผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของ ฐิตินันท์ ดวงจินา และคณะ (Duangina et al., 2020) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง และด้านลักษณะอาหารที่บริโภคอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ส่วนด้านความถี่ในการบริโภคอาหาร และด้านปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวันอยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน สำหรับปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยมต่อการบริโภคอาหาร ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น แหล่งอาหาร ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหาร อิทธิพลของกลุ่ม รวมถึงอิทธิพลของสื่อออนไลน์ วิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ (Green & Kreuter, 1999) จากการศึกษาของ สุระเดช ไชยตอกเกี้ย (Chaitokkia, 2015) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ภาวะโภชนาการ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แหล่งอาหาร ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร การเข้าถึงอาหารและความปลอดภัยของอาหาร และปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข ข้อมูลในอินเตอร์เน็ต สื่อออนไลน์ วิทยุโทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคโดยภาพรวม คือ ผู้บริโภคต้องมีความรอบรู้ด้านอาหาร คือ รู้ถึงคุณค่า ความเหมาะสมทางโภชนาการต่อสุขภาพ รู้ถึงแหล่งข้อมูลทางโภชนาการที่น่าเชื่อถือ รู้ถึงแหล่งที่มีผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพให้บริการ ซึ่งเป็นความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Vidgen & Gallegous, 2014)

ความรอบรู้ด้านอาหาร เป็นความสามารถในการคิดวางแผน การจัดการ การเลือก การเตรียม และรับประทานอาหาร เพื่อให้ตรงกับความต้องการและความเหมาะสม ซึ่งความสามารถประกอบด้วยทั้งความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และพฤติกรรม (behavior) ซึ่งองค์ประกอบความรอบรู้ด้านอาหาร มี 4 องค์ประกอบ (Vidgen & Gallegos, 2014) ได้แก่ 1) ความสามารถในการวางแผนและการจัดการ (plan and manage) โดยเริ่มจากการจัดลำดับความสำคัญด้านการเงิน เวลาในการจัดมื้ออาหาร รวมไปถึงความสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารต่าง ๆ 2) ความสามารถในการเลือก (select) เป็นทักษะการเข้าถึงอาหารจากหลาย ๆ แหล่งที่มา มีการรับรู้ถึงข้อดี ข้อเสียของอาหารและแหล่งที่มา มีการตรวจสอบแหล่งที่มา วิธีการจัดเก็บของส่วนประกอบผลิตภัณฑ์จากอาหาร และมีการตัดสินใจบริโภค 3) ความสามารถในการเตรียม (prepare) เป็นทักษะการทำอาหาร และความสามารถในการเตรียมตัวทำอาหารที่หาได้ทั่วไปและมีประสิทธิภาพ โดยมีอุปกรณ์ครัวและมีทักษะเพียงพอที่จะดัดแปลงสูตรโดยใช้หลักการพื้นฐานของสุขอนามัยอาหารที่ปลอดภัย 4) ความสามารถในการรับประทานอาหาร (eat) โดยมีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีความตระหนักถึงความจำเป็นในการบริโภคอาหาร การจำกัดปริมาณอาหาร และความถี่ที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังมีทักษะการเข้าร่วมและการจัดการในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การที่บุคคลมีการรับรู้และมีทักษะในการคิด การวางแผน การเลือก และการปฏิบัติ จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี เนื่องจากการคิดและการวางแผนที่ดีช่วยให้บุคคลสามารถกำหนดความถี่ในการบริโภคให้เหมาะสม และการกำหนดชนิดและปริมาณอาหารที่จะบริโภค รวมถึงลักษณะของอาหารที่จะบริโภคให้เหมาะสมกับตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่พบองค์ความรู้ดังกล่าวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเรื้อรังและเยาวชน ดังการศึกษาความรอบรู้ด้านอาหารกับการกำหนดลักษณะอาหารในผู้ป่วย

ผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรังซึ่งสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของ เทเลอร์, ซัลลิแวน, เอลเลอร์เบค, กาจิวสกี, และ กิบส์ (Taylor, Sullivan, Ellerbeck, Gajewski, & Gibbs, 2019) พบว่าความรอบรู้ด้านอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดลักษณะอาหารในผู้ป่วย ที่ควรเน้นการบริโภคอาหารที่เป็นผัก ผลไม้และธัญพืช หรืออาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) (β = 0.12, p = 0.02) และอาหารที่ควบคุมไขมันและคลอเรสเตอรอล (prudent diet) (β = 0.36, p < 0.001) และการศึกษาของ โอติ และ อีชุน (Oti & Eshun, 2020) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเมืองวินเนบา ภาคกลางของประเทศกานา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.660, p ≤ 0.05) ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวอาจไม่สามารถนำมาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ เนื่องจากความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของประชากร ทั้งปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุ และวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการบริโภคให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เช่น ไม่สามารถออกไปซื้ออาหาร หรือ ไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ ซึ่งส่งผลต่อการได้รับสารอาหารที่เหมาะสม และเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมด้วยเช่นกัน ซึ่งการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ประกอบด้วยการเลือกชนิดของอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง การเลือกลักษณะของอาหารที่เหมาะสม และการบริโภคอาหารตามความถี่และปริมาณอาหารที่เหมาะสมจะส่งเสริมให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดี และเหมาะกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการบริโภคได้ต้องอาศัยความรู้ความสามารถพื้นฐานนำมาก่อน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านอาหารซึ่งประกอบด้วยความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ที่เป็นความสามารถในการวางแผนและการจัดการด้านการบริโภคอาหาร ความสามารถในการเลือก ความสามารถในการเตรียม และความสามารถในการรับประทาน (Vidgen & Gallegous, 2014) โดยความสามารถในการวางแผนและการจัดการด้านการเงิน ด้านเวลา และด้านการตัดสินใจเพื่อรักษาสมดุลระหว่างความต้องการอาหารและแหล่งทรัพยากรด้านอาหาร จะเป็นพื้นฐานแรกเพื่อนำมาสู่ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารที่หลากหลายและรู้เกี่ยวกับข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละแหล่งอาหาร วิธีการเก็บรักษา และส่วนประกอบของอาหาร และการตัดสินคุณภาพของอาหาร ความสามารถในการเตรียมอาหารจากแหล่งที่มีเพื่อให้มีรสชาติอาหารที่อร่อยและมีคุณประโยชน์ รวมถึงความสามารถดัดแปลงอาหารโดยการปรุงอาหารในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงความสามารถในการตัดสินคุณค่าเชิงสุขภาพของอาหาร และการสร้างความสมดุลของอาหารที่บริโภค หากผู้สูงอายุมีทักษะดังที่กล่าวมาทั้งหมดนี้แล้ว จะส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (target population) คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประชากรที่เข้าถึงได้ (accessible population) คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีจำนวนมากถึง 5,945 คนในกลุ่มติดสังคม และจำนวน 239 คน เป็นกลุ่มติดบ้าน และอีก 58 คนเป็นกลุ่มติดเตียง จากประชากรทั้งหมด 24,867 คน (Department of health service support, 2021)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. มีภาวะพึ่งพิง โดยมีคะแนนที่ได้จากการประเมินด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอลของ Department of Medical Services (2014) อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน
2. มีระดับสติปัญญาและการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนที่ประเมินด้วยแบบประเมินสภาพจิต (Mental Status Questionnaire) ของ คาฮ์น, โกลด์ฟาร์บ, โพลเลค, และ เพค (Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck, 1960) อยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน
3. สื่อสารด้วยภาษาไทย
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุได้รับอาหารทางสายยาง (tube feeding)

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง (medium effect size) ที่ 0.30 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit & Beck, 2016)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตำบลในอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จาก 5 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลบ้านกาด ตำบลทุ่งปี๊ ตำบลทุ่งรวงทอง ตำบลแม่วิน และตำบลดอนเปา จากนั้นสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุในตำบลที่สุ่มได้ที่ผ่านการคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน และนำรายชื่อมาสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) ให้ได้จำนวนตามที่กำหนด หลังจากนั้นจะมีการคัดกรองคุณสมบัติด้านระดับสติปัญญาและการรับรู้ การสื่อสาร และการบริโภคอาหารทางปาก เมื่อคุณสมบัติไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยทำการสุ่มทดแทนและคัดกรองจนได้จำนวน 88 ราย ตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ชุด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแหล่งที่มาของอาหาร ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ประจำ การได้รับการเยี่ยมบ้าน
2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของ ฐิตินันท์ ดวงจินา และคณะ (Duangina et al., 2020) ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ ซึ่งมีข้อคำถามปลายปิดจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามชนิดของอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง 9 ข้อ

ความถี่ในการบริโภคอาหาร 1 ข้อ ปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน 7 ข้อ และลักษณะอาหารที่บริโภค 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ช่วงคะแนนได้แก่ 0-72 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ คือ เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง และไม่เหมาะสม โดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น ได้แก่ คะแนนรวม 49-72 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมมาก คะแนนรวม 25-48 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมปานกลาง คะแนนรวม 0-24 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (Jirojkul, 2005)

3. แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านอาหารฉบับสั้น (Short Food Literacy Questionnaire) ของ เคราเซอร์, ซอมเมอร์ฮาลเดอร์, เบียร์-บอร์สต์, และ อาเบล (Krause, Sommerhalder, Beer-Borst, & Abel, 2018) ฉบับภาษาไทยโดย ศิริรัตน์ ปานอุทัย, สุทธินันท์ คอดริงตัน, ฐิตินันท์ ดวงจินา, และ รังสิมา โตสงวน (Panuthai, Codrington, Duangina, & Tosanguan, 2023) ที่ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยจากเจ้าของเครื่องมือ เพื่อประเมินทักษะที่เกี่ยวข้องกับอาหารทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน คือ ความเข้าใจข้อมูลอาหาร การเลือกเมนูอาหารที่สมดุล ระดับปฏิสัมพันธ์ คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลอาหารกับครอบครัว และเพื่อน และระดับวิจารณญาณ คือ ความสามารถในการวิเคราะห์และตัดสินข้อมูลอาหาร หรือประเมินผลกระทบของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะยาวต่อสุขภาพ มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4-5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมากถึงไม่เห็นด้วยอย่างมาก ดีมากถึงไม่ดีมาก ง่ายมากถึงยากมาก เป็นประจำถึงไม่เคย และดีมากถึงแย่มาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านอาหารระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ ฐิตินันท์ ดวงจินา และคณะ (Duangina et al., 2020) และแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านอาหารฉบับสั้น ฉบับภาษาไทยของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ (Panuthai et al., 2023) ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วโดยผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ จึงไม่ได้หาความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านอาหารและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่า Cronbach's alpha coefficient โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารเลขที่ 061/2021 หลังจากนั้นผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อนำไปยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ในขั้นตอนของการเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

และการถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่เสียประโยชน์ใด ๆ และการพิทักษ์สิทธิในการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการและการใช้ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ ในระหว่างการสัมภาษณ์ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เว้นระยะห่างทางสังคม และวัดอุณหภูมิก่อนการการสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากผ่านการรับรองทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมและได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล ให้นัดหมายวัน เวลาเพื่อพบผู้สูงอายุที่บ้าน ตามรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มระบบฐานข้อมูลภาวะพึ่งพิง ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการคัดกรองระดับสติปัญญาและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอีกครั้ง เมื่อคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อราย โดยเรียงลำดับแบบสัมภาษณ์ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคตามลำดับ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติมและให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ขณะสัมภาษณ์เว้นระยะห่างทางสังคม ใส่หน้ากากอนามัย และนั่งห่างจากผู้สูงอายุ 1 เมตร โดยมีมุมเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นส่วนตัว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ทั้ง 88 ฉบับ ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย คะแนนความรอบรู้ด้านอาหาร และคะแนนพฤติกรรมการบริโภค วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภค นำข้อมูลที่ได้ทุกชุดไปทดสอบการแจกแจงด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Pearson product-moment correlation ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภค โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.09) เป็นเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าครึ่งมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 47.70) มีอายุเฉลี่ย 77.53 ปี (SD = 10.49) กลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.05) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 50.00) มีสถานะภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 29.55) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน และเกือบ 1 ใน 4 (ร้อยละ 22.73) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน และ 4 คน กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 ใน 3 อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน (ร้อยละ 37.50) มีเพียงส่วนน้อยที่อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว (ร้อยละ 2.27) กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 37.50) มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.09) มีรายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน 1,001-2,000 บาท แหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทั้งหมดมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100.00) รองลงมาได้รับจากบุตรหลาน คู่สมรส และการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 15.91, 3.40, และ 1.14 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.90) ใช้สิทธิรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 ใน 3 (ร้อยละ 75.00) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพิงตนเองได้บ้าง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.10) ประกอบอาหารเอง

และซื้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.50) มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 57.94) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 12.50) กลุ่มตัวอย่างประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 76.14) มีจำนวนยาที่ใช้ประจำมากกว่า 3 ชนิดขึ้นไปและได้รับการเยี่ยมบ้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านอาหารโดยรวมเท่ากับ 35.07 คะแนน (SD = 9.51) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกระดับความรอบรู้ด้านอาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.40 สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคโดยรวมเท่ากับ 28.34 คะแนน (SD = 8.33) อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลางเช่นกัน และเมื่อแยกระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 83.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n = 88)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนแบบวัด	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนที่ได้ $\bar{X}$ (SD)	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านอาหารโดยรวม	0.00-60.00		35.07 (9.51)	ปานกลาง	
ระดับน้อย	0.00-20.00	10.00-20.00			13 (14.80)
ระดับปานกลาง	20.01-40.00	21.00-40.00			69 (78.40)
ระดับสูง	40.01-60.00	41.00-51.00			6 (6.80)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	0.00-72.00		28.34 (8.33)	ปานกลาง	
ไม่เหมาะสม	0.00-24.00	-			-
เหมาะสมปานกลาง	24.01-48.00	26.00-48.00			73 (83.00)
เหมาะสมมาก	48.01-72.00	49.00-61.00			15 (17.00)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation พบว่า ความรอบรู้ด้านอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรอบรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คือมีความสามารถในด้านการวางแผน การจัดการ การเลือก การเตรียมและรับประทานอาหาร แต่ยังไม่ครอบคลุมและยังอาจมีความบกพร่องความสามารถในบางส่วน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งการศึกษาที่ต่ำแสดงถึงข้อจำกัดในด้านความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจกับข้อมูล และการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถวางแผนในการบริโภคอาหารซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการบริหารการเงินและเวลา การตัดสินใจเรื่องอาหาร เพื่อสร้างความ

สมดุลระหว่างความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่ (Kaeodumkoeng & Thummakul, 2015) นอกจากนี้ ความสามารถในการเลือกอาหารก็ต้องอาศัยการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อดีหรือข้อจำกัดของอาหารและแหล่งที่มาของอาหาร การตรวจสอบคุณภาพของอาหาร วัตถุดิบหรือส่วนประกอบของอาหาร ดังการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านการมีความสามารถในการอ่านออกเขียนและความสามารถด้านตัวเลขที่ต่ำมีผลต่อระดับของความรอบรู้ด้านอาหาร และผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาจะมีความรอบรู้ด้านอาหารที่สูง (Ringland et al., 2016) และการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระดับการศึกษาและความรอบรู้ด้านอาหารของแรงงานประเทศอิหร่านของ ยาร์โมฮัมมาดี, โมโรวาทิชาริฟาบัด, ราเฮ, คัยยาตซาเดห์, และ มาดาดิซาเดห์ (Yarmohammadi, Morowatisharifabad, Rahaei, Khayyatzadeh, & Madadizadeh, 2022) โดยพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านอาหารดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

การมีความบกพร่องของความรอบรู้ด้านอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจเนื่องจากปัจจัยด้านรายได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ซึ่งการมีรายได้ต่ำอาจมีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารได้จำกัด เนื่องจากแหล่งข้อมูลในยุคปัจจุบันเป็นแหล่งข้อมูลออนไลน์ซึ่งการเข้าถึงต้องอาศัยปัจจัยด้านการเงิน ดังนั้นการมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีอาจเป็นข้อจำกัดได้ ดังการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอาหารของ ยาร์โมฮัมมาดี และคณะ (Yarmohammadi et al., 2022) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนที่เพียงพอจะมีความรอบรู้ด้านอาหารที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามการมีความรอบรู้ด้านอาหารที่ดีกว่าระดับที่คาดหวังอาจเนื่องจากการมีคู่สมรส การอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ๆ และการมีผู้ดูแลหลักก็เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการสนับสนุนในการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการวางแผน การจัดการ การเลือก การเตรียมและการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น นอกจากนั้นอาจอธิบายได้จากปัจจัยด้านการได้รับการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทีมสุขภาพซึ่งมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ ดังการศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อังธนา จุงสุคนธ์, นพวรรณ เปียซื่อ, วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล, และ จิราพร ไลนิงเกอร์ (Julsukon, Piaseu, Thipsuwannakool, & Lininger, 2019) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า แหล่งแสวงหาข้อมูล เช่น แพทย์และพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ของ กัญชลี ไวว่อง (Vaivong, 2021) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง และมีโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านอาหารโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.40) เมื่อแยกรายด้านพบว่าเกือบทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร การตัดสินใจในการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และการบอกต่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยกเว้นด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อังธนา จุงสุคนธ์ และคณะ (Julsukon et al., 2019) ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวม ความรอบรู้ด้านโภชนาการขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนขั้นวิจารณญาณของผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนกลางอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่วิจารณญาณของผู้สูงอายุตอนปลายอยู่ในระดับต่ำ

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง คือผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยงได้ มีความถี่ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และปริมาณอาหารที่รับประทาน รวมไปถึงลักษณะอาหารที่บริโภคมีความเหมาะสมระดับปานกลาง อาจอธิบายได้จากปัจจัยด้านรายได้ที่กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 84.10) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 2,000 บาท ซึ่งการมีรายได้ไม่เพียงพอส่งผลทำให้ความสามารถในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายมารับประทานลดลงจึงนำมาสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (Tamthong, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมของ เบรนแนน, ซิงห์, หลู่, และ สเปนเซอร์ (Brennan, Singh, Liu, & Spencer, 2010) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ลดลงมีความสัมพันธ์ในการปฏิบัติตามแนวทางการบริโภคอาหารที่ลดลง นอกจากนั้นปัจจัยด้านระดับการศึกษาอาจมีส่วนทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุไม่เหมาะสมได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาและระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งการมีระดับการศึกษาที่ต่ำส่งผลให้บุคคลขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์เปรียบเทียบและแยกแยะสิ่งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมได้ ดังนั้นบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำอาจไม่เข้าใจลักษณะของพฤติกรรมกรรบริโภคอาหารที่เหมาะสม ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี หรือวิธีการจัดการกับอุปสรรคของการไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ ดังการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ สุพรรณี พฤกษา (Pruksa, 2016) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับการศึกษาประกาศนียบัตรมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 2.34 เท่า และผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 2.20 เท่า

การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีกว่าที่คาดคิดอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร/หลานเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีผู้คอยช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ สุพรรณี พฤกษา (Pruksa, 2016) ที่พบว่าปัจจัยด้านลักษณะการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค โดยผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสบุตรหลานหรือญาติมีโอกาสมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง 2.21 เท่า เช่นเดียวกับปัจจัยด้านความเจ็บป่วยที่อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมการบริโภคเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการบริโภคจากคำแนะนำของบุคคลต่าง ๆ ก็มีส่วนทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมดได้รับการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นคำแนะนำด้านสุขภาพรวมถึงการบริโภคอาหารจึงมีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคเหมาะสม ดังการศึกษาของ วรรณ-วิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว (Kingkaew, 2012) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำหรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรปราการของ วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว (Kingkaew, 2012) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความรอบรู้ด้านอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความรอบรู้ด้านอาหารดีจะทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีเช่นกัน สามารถอธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านอาหารที่ดีหมายถึงความสามารถใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะด้านสังคมส่วนบุคคลในการคิดวางแผน การจัดการ การเลือก การเตรียม และรับประทานอาหาร เพื่อให้ตรงกับความต้องการและความเหมาะสม (Vidgen & Gallegos, 2014) คือบุคคลสามารถจัดลำดับความสำคัญของเงินและเวลาสำหรับจัดหาอาหาร วันและการบริโภคอาหารเพื่อให้สามารถเลือกอาหารที่บริโภคที่เหมาะสมมารับประทานอาหารได้อย่างสม่ำเสมอ มีความสามารถในการตรวจสอบคุณภาพของอาหาร แหล่งที่มาของอาหารหรือวิธีการจัดเก็บอาหารได้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้บริโภคอาหารที่เหมาะสม และในส่วนความสามารถในการเตรียมอาหารที่มีทั้งคุณภาพและรสชาติที่ได้ มีความสามารถในการดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการบริโภคอาหารคือการเลือกรูปแบบและวิธีการบริโภคที่เหมาะสมสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง ด้วยความสามารถดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งชนิดของอาหาร ความถี่ในการบริโภค ปริมาณการบริโภค และลักษณะอาหารที่บริโภคได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของเทเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2019) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านอาหารที่มีผลต่อความร่วมมือในการกำหนดรูปแบบของอาหารสุขภาพ ในกลุ่มโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่พบว่าความรอบรู้ด้านอาหารเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการบริโภคอาหาร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประกอบการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภค เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร เช่น การสร้างเสริมความสามารถของผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความเข้าใจทางโภชนาการ ซึ่งอาจมีการจัดองค์ความรู้ที่เป็นหมวดหมู่ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการหรือการสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจได้ง่าย รวมถึงการเสริมกระบวนการทางสังคมด้วยการจัดหาแหล่งอาหารสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและเหมาะสมกับโรค ซึ่งเป็นการสร้างความรอบรู้ เพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก และมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจากภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อให้การหาความสัมพันธ์ของคู่ตัวแปรสามารถอ้างอิงในวงกว้างได้ ร่วมกับการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่น ๆ เช่น ตัวแปรอิทธิพลของบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุข ข้อมูลในอินเตอร์เน็ต สื่อออนไลน์ วิทยุโทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น ตัวแปรเหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

References

Aekplakorn, W., Puckcharern, H., & Satheannoppakao, W. (2021). *The 6th survey of Thai public health by physical examination 2019-2020.* Bangkok: Mahidol University.

Bernhardt, N. E., & Kasko, A. M. (2008). *Nutrition for the middle aged and elderly*. New York: Nova Biomedical Books.

Brennan, D., Singh, K., Liu, P., & Spencer, A. (2010). Fruit and vegetable consumption among older adults by tooth loss and socio-economic status. *Australian Dental Journal*, *55*(2), 143-149.

Chaitokkia, S. (2015). *Factors affecting food consumption behaviors of adults in Northeastern Thailand*. Loei: Loei Rajabhat University.

Chauhan, S., Kumar, S., Bharti, R., & Patal, R. (2022). Prevalence and determinants of activity of daily living and instrumental activity of daily living among elderly in India. *BMC Geriatrics, 22*, 64. doi: 10.1186/s12877-021-02659-z

Chitaphankul, S. (2001). *Principles of geriatric medicine* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

Department of Medical Services. (2014). *Screening/Assessment manual for the elderly.* Nonthaburi: Office of the Veterans Organization. (in Thai)

Department of Health Service Support. (2021). *Mae Wang District data report*. Retrieved from https://3doctor.hss.moph.go.th/ (in Thai)

Duangina, T., Panuthai, S., & Suwankruhasn, N. (2020). Food consumption behaviors and nutritional status in dependent older persons. *Nursing Journal, 47*(1), 231-241. (in Thai)

Green, L., & Kreuter, M. (1999). The precede–proceed model. In *health promotion planning: An educational approach* (3rd ed., pp. 32-43.) Mountain View, CA: Mayfield Publishing.

Jirojkul, P. (2005). *Nursing research, philosophy, principles and practices* (2nd ed.). Bangkok: Academic Welfare Project, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)

Julsukon, A., Piaseu, N., Thipsuwannakool, V., & Lininger, J. (2019). Nutrition literacy and health outcomes in older adults with type 2 diabetes. *Thai Journal of Nursing Council, 34(*4), 120-135. (in Thai)

Kaeodumkoeng, K., & Thummakul, D. (2015). Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research, 9*(2), 1-8. (in Thai)

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

Kingkaew, W. M. (2012). *Factors related to eating behavior of the elderly Samut Songkhram Province*. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai)

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.

National Statistical Office Thailand. (2022). *Demographic statistics population and housing.* Retrieved form http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx

Oti, J. A., & Eshun, G. (2020). Dietary habits and nutritional status of undergraduate students of Winneba campus of University of education, Winneba, Ghana. *Journal of Food Science and Nutrition*, *2020*, 109. doi: 10.46715/jfsn2020.10.1000109

Pantha, A. (2009). *Food consumption and nutritional status of the elderly* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Panuthai, S., Codrington, S., Duangjina, T., & Tosanguan, R. (2023). Food literacy and eating behaviors among Chiang Mai University personnel. *Nursing Journal CMU, 50*(1), 55-67. (in Thai)

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Prayoonwong, N. (2022). Trend situation and health promotion of elderly bedridden people in Thailand. *Journal of Public Health and Innovation, 2*(2), 14-25. (in Thai)

Pruksa, S. (2016). *Factors affecting food consumption behaviors of elderly in Northeast Thailand*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Ringland, E. M., Gifford, J. A., Denyer, G. S., Thai, D., Franklin, J. L., Stevenson, M. M., ... O'Connor, H. T. (2016). Evaluation of an electronic tool to assess food label literacy in adult Australians: A pilot study. *Nutrition and Dietetics*, *73*(5), 482-489.

Tamthong, K. (2003). *Factors affecting the elderly's nutrition: A case study in Thachang Viliage, Ban Lat District, Petchaburi Province* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)

Taylor, M. K., Sullivan, D. K., Ellerbeck, E. F., Gajewski, B. J., & Gibbs, H. D. (2019). Nutrition literacy predicts adherence to healthy/unhealthy diet patterns in adults with a nutrition-related chronic condition. *Public Health Nutrition*, *22*(12), 2157-2169.

Thunthisirin, K., & Yamborisuth, A. (2018). *Nutrition and health in the elderly*. Retrieved from http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol20No2_03 (in Thai)

Vaivong, K. (2021). Nutrition literacy of elderly people in region health 2 under the COVID-19 epidemic. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, *44*(3), 51-64.

Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, *76*, 50-59. doi: 10.1016/j.appet.2014.01.010

World Health Organization. (2021). *WHO global sodium benchmarks for different food categories.* Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789240025097

Yarmohammadi, P., Morowatisharifabad, M. A., Rahaei, Z., Khayyatzadeh, S. S., & Madadizadeh, F. (2022). Nutrition literacy and its related demographic factors among workers of Taraz steel company, Chaharmahal and Bakhtiari, Iran. *Frontiers Public Health*, *10*, 911619. doi: 10.3389/fpubh.2022.911619

Physical Literacy and Physical Activities Among Older Persons with Hypertension*

ความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*

ภัทราวลัย	ไชยชมภู**	Pattrawalai	Chaichompoo**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
พนิดา	จันทโสภีพันธ์****	Phanida	Juntasopeepun****

Abstract

Physical literacy is one of the factors that ensures a person's proper and continuous practice of physical activities. This correlational descriptive research aimed to examine the physical literacy and physical activities, and the association between the physical literacy and physical activities, among older persons with hypertension. Participants in this study were 84 older persons with hypertension attending a sub-district health promoting hospital in Mae Rim District, Chiang Mai Province, and selected using simple random sampling from June to September 2022. The research instruments used in this study included a demographic and illness data recording form, a questionnaire on perceived physical literacy, and a questionnaire on physical activity of older persons with hypertension. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results showed that participants had a moderate level of physical literacy and a high level of physical activities. Physical literacy had a positive, moderate, statistically significant correlation with physical activities ($r = 0.318$, $p < .01$).

The results provide basic information for health personnel in planning for promoting physical literacy to maintain appropriate physical activities among older persons with hypertension.

Keywords: Physical literacy; Physical activities; Older persons with hypertension

* 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 24 November 2022; Revised 9 December 2022; Accepted 13 December 2022

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ทางกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางกาย กิจกรรมทางกาย และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจำนวน 84 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ความรอบรู้ทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson’s product-moment correlation

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางกายในอยู่ในระดับปานกลาง และมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมาก ความรอบรู้ทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.318$, $p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปใช้ประกอบการวางแผนในการส่งเสริมความรอบรู้ทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้คงไว้ซึ่งการทำกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางกาย กิจกรรมทางกาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 24 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 9 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 13 ธันวาคม 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ หากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้าส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ในปี พ.ศ. 2562 พบประชากรที่มีอายุ 30 –79 ปีทั่วโลก เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าจากจำนวน 648 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 1.28 พันล้านคน และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นของโลก โดยพบประชากร 8.5 ล้านคนเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูง (Zhou, Perel, Mensah, & Ezzati, 2021) ในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี พบร้อยละ 55.80 กลุ่มอายุ 70–79 ปี พบร้อยละ 67.20 และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 76.80 ตามลำดับ (Aekplakorn, 2021)

โรคความดันโลหิตสูงมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามกระบวนการสูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียนโลหิต การตีบแข็งของหลอดเลือด ความผิดปกติของฮอร์โมนและระบบประสาท และการเสื่อมของไต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งระดับความดันโลหิตจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้จะนำมาซึ่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่น ๆ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองทั้งตีบและแตก เกิดภาวะไตเสื่อม และไตวาย ทำให้เกิดความยุ่งยากและซับซ้อนในการรักษา และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ

แนวทางการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ควรมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท (Estefania et al., 2019) ซึ่งสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้กำหนดแนวทางในการรักษาและควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การปรับรูปแบบการรับประทานอาหาร การจำกัดปริมาณโซเดียมหรือเกลือในอาหาร การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการเพิ่มกิจกรรมทางกาย (Thai Hypertension Society, 2019) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย เกิดความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมรักษาระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย การเพิ่มกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการรักษาควบคุมระดับความดันโลหิต

กิจกรรมทางกาย (physical activity) คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ หรือการกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่ทำให้ร่างกายได้ใช้พลังงาน ตั้งแต่กิจกรรมที่ใช้พลังงานต่ำ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำงาน การเดินทาง และกิจกรรมยามว่าง โดยมีระดับของกิจกรรมได้แก่ ระดับเบา ระดับปานกลาง และระดับหนัก (WHO, 2020) กิจกรรมทางกายสามารถแบ่งตามการเคลื่อนไหวของร่างกาย ได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) กิจกรรมทางกายขณะทำงานประกอบอาชีพ (occupational physical activities) 2) กิจกรรมทางกายขณะทำงานบ้าน (household physical activities) 3) กิจกรรมทางกายขณะเดินทาง (transportation physical activities) 4) กิจกรรมทางกายขณะทำงานอดิเรก หรือในเวลาว่าง (leisure time physical activities) (Sinsap, Jankra, & Jaiman, 2019; WHO, 2010) ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ 5 –7 มิลลิเมตรปรอท (Hegde & Solomon, 2015) ดังนั้น ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายแบบแอโรบิคในระดับความหนักปานกลางเป็นระยะเวลา 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือในระดับความหนักมากเป็นระยะเวลา 75 นาทีต่อสัปดาห์ และ การออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 2 วันที่ไม่ต่อเนื่องกัน (American College of Sports Medicine [ACSM], 2009) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังมีระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ดังการศึกษาปัจจัยทำนายกิจกรรมทางกาย

ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประเทศอินโดนิเซียจำนวน 174 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.20) มีระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่มีระดับกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง (Santoso, Thongpat, & Wattanakul, 2015)

การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายในระดับต่าง ๆ กันมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล (intrinsic factor) เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (extrinsic factor) เช่น การสนับสนุนทางสังคม สภาพแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอคือ ความรอบรู้ทางกาย (physical literacy) หมายถึง แรงจูงใจ ความมั่นใจ ความสามารถด้านร่างกาย ความรู้และความเข้าใจถึงคุณค่าและความรับผิดชอบเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในการมีกิจกรรมทางกายตลอดชั่วชีวิตของบุคคล (Whitehead, 2013) ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก (affective) เป็นแรงจูงใจ (motivation) และความมั่นใจ (confidence) ของบุคคลที่มีต่อการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมทางกาย เป็นความสามารถของบุคคลที่สามารถรับรู้ถึงความพึงพอใจ และความสนุกสนานเพลิดเพลิน การจัดการอารมณ์ และความเหนื่อยของตนเองในขณะทำกิจกรรมทางกาย 2) ด้านร่างกาย (physical) เป็นความสามารถทางด้านร่างกายของบุคคล (physical competence) ในการฝึกทักษะและสมรรถภาพในการทำกิจกรรมทางกาย 3) ด้านสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive) ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจ (knowledge and understanding) ที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกาย ประโยชน์ของการทำกิจกรรมทางกาย และ 4) ด้านพฤติกรรม (behavior) คือ การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางกายในการดำเนินชีวิต เป็นการเลือกตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกายของตน ซึ่งความรอบรู้ทางกายเป็นการเรียนรู้ที่เกิดได้ตลอดชั่วชีวิตของแต่ละบุคคลตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางกาย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ มีความต้องการและมีความเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมทางกายตลอดชีวิต ซึ่งเป็นส่วนสำคัญสู่ความสำเร็จในการสูงวัยและมีภาวะสุขภาพที่ดี (Roetert & Ortega, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางกาย พบมีการศึกษาในกลุ่มเด็กและนักศึกษา ซึ่งองค์ความรู้นี้อาจไม่สามารถนำมาใช้อธิบายความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากความแตกต่างทั้งในกิจกรรมทางกายและความรอบรู้ทางกาย ซึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีข้อจำกัดด้านความเสื่อมของสภาพร่างกาย โรคประจำตัวที่เป็นอยู่อาจส่งผลให้กิจกรรมทางกายมีความแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น และข้อจำกัดด้านกระบวนการคิด สติปัญญาและการรับรู้ ซึ่งอาจส่งผลต่อความรอบรู้ทางกาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของการศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางกายและการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แนวคิดกิจกรรมทางกายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ประกอบด้วยกิจกรรมในด้านการทำงาน การทำงานบ้าน การเดินทาง และกิจกรรมในยามว่าง โดยกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรประกอบด้วยกิจกรรมที่มีระยะเวลาความหนัก และความถี่ที่เหมาะสม เพื่อให้มีการใช้พลังงานอย่างเพียงพอ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสมได้จะต้องมีแรงจูงใจ มีทักษะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว รับรู้ประโยชน์ของการทำกิจกรรมทางกาย เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถเลือกตัดสินใจในการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและเพียงพอได้ ซึ่งความรอบรู้ทางกายตามแนวคิดของ มากาเรต ไวท์เฮด (Whitehead, 2013) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจ ความสามารถทางด้านร่างกาย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในการมีกิจกรรมทางกาย ความรอบรู้ทางกายเป็นการเรียนรู้ที่เกิดได้ตลอดชั่วชีวิตของแต่ละบุคคลตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางกาย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ มีแรงจูงใจ ต้องการในการทำกิจกรรมทางกาย ดังนั้น ผู้วิจัยคาดว่าการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางกายที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีกิจกรรมทางกายที่ดีด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 180/110 มม.ปรอท เนื่องจากเป็นภาวะความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลันวิกฤต ซึ่งอาจมีผลในการถูกจำกัดการทำกิจกรรมทางกาย
2. มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินสติปัญญา การรู้คิดฉบับสั้น (The short portable mental status questionnaire: SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งต้องได้คะแนนระหว่าง 8-10 คะแนน
3. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of medical service, 2014) โดยต้องได้คะแนนตั้งแต่ 5-20 คะแนน
4. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
5. มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่น (alpha) ที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลระดับปานกลางที่ใช้ในงานวิจัยทางการพยาบาล (Cohen, 1988) และนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอแม่ริม สุ่มเลือกได้ตำบลดอนแก้ว และตำบลแม่สา และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) จากรายชื่อผู้ที่อายุ 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนแก้ว และตำบลแม่สา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย อาชีพปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ จำนวนยาที่ได้รับ และดัชนีมวลกาย

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรอบรู้ทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรอบรู้ทางกายในผู้สูงอายุชาวจีน (Perceived Physical Literacy for Chinese Elderly Questionnaire: PPLCE) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย หวัง และ คิง (Wang & King, 2019) ผู้วิจัยและคณะนำมาแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับของ บริสลิน (Brislin, 1970)

แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านแรงจูงใจ 10 ข้อ ด้านความสามารถทางร่างกาย 7 ข้อ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม 11 ข้อ ด้านการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง 6 ข้อ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 6 ข้อ และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Scales) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 47– 235 คะแนน และแบ่งระดับความรอบรู้ทางกายเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวมระหว่าง 47.00 – 109.00 หมายถึง ความรอบรู้ทางกายระดับต่ำ คะแนนรวม 109.01 – 172.00 หมายถึง ความรอบรู้ทางกายระดับปานกลาง และคะแนนรวม 172.01 – 235.00 หมายถึง ความรอบรู้ทางกายระดับสูง และทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.95

3. แบบสอบถามกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามกิจกรรมทางกายนานาชาติชุดสั้น ฉบับภาษาไทย (Thai version of short format International Physical Activity Questionnaire: Thai short IPAQ) ของ วนิดา วิสุทธิพานิช, กฤช ลี่ทองอิน, และ สุพิชชา วงศ์อนุการ (Visuthipanich, Leethongin, & Wonganukarn, 2012)

แบบสอบถามมีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ซึ่งเป็นการสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกายทั้งในระดับหนัก ระดับปานกลาง การเดิน และการนั่ง ครอบคลุมกิจกรรมทางกายทุกประเภท คือ กิจกรรมในการประกอบอาชีพ ขณะทำงานบ้าน การเดินทาง และกิจกรรมนันทนาการหรือกิจกรรมในยามว่าง ข้อคำถามประกอบด้วยประเภทของกิจกรรมทางกายที่ทำ ความถี่ และระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา โดยผลที่ได้จะมีหน่วยเป็น METs-min/week หรือ METS/week ซึ่งค่าพลังงานที่ใช้รวม นำมาแปลผลแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ พลังงานที่ใช้ น้อยกว่า 600 METs-min/week หมายถึง กิจกรรมทางกายระดับต่ำ พลังงานที่ใช้ 600.01– 1,500 METs-min/week หมายถึง กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง และพลังงานที่ใช้มากกว่า 1,500 METs-min/week ขึ้นไป หมายถึง กิจกรรมทางกายระดับมาก และทดสอบความเชื่อมั่นแบบคงที่ (stability) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) และวิเคราะห์ Pearson correlation coefficient ได้เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเอกสารข้อมูลการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้ผ่านการรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย เลขที่ 030/2565 เมื่อได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการ ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สิทธิในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ในระหว่างเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพักหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอม

กรณีไม่สามารถเขียนลายมือชื่อได้จะให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้พยานที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะทำเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เนื่องจากสถานการณ์โควิด – 19 เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อผู้วิจัยมีการเว้นระยะห่างทางสังคม สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และมีเจลแอลกอฮอล์ล้างมือให้ตลอดการสัมภาษณ์

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิ์ด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับหนังสืออนุญาตในการดำเนินการวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว ผู้วิจัยทำการสำรวจข้อมูล และรวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำมาสุ่มจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินระดับสติปัญญาการรู้คิดและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการเก็บรวมรวมข้อมูล ซึ่งใช้เวลาประมาณ 40 นาที ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มจากการสัมภาษณ์แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ความรอบรู้ทางกาย และแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย โดยการอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลทั้ง 84 ฉบับแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย คะแนนรวมความรอบรู้ทางกาย และค่าพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกาย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการนำคะแนนรวมของความรอบรู้ทางกาย และค่าพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไปทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation coefficient ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.14) มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 60.70) โดยมีอายุเฉลี่ย 69.98 ปี (SD = 6.62) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.14) รองลงมาคือสถานภาพหม้ายหรือหย่าร้าง (ร้อยละ 36.90) ประมาณสามในสี่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.00) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ51.20) ประมาณหนึ่งในสามอาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 35.71) ประมาณสองในสามไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.10) ประมาณสองในสามมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 64.29) รองลงมาได้มาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.00) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 63.10) น้อยกว่าครึ่งมีโรคประจำตัวร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ

44.05) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 26.19) ประมาณสองในสามได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาจำนวน 2 – 4 ชนิด (ร้อยละ 64.29) รองลงมาคือได้รับประทานยาจำนวน 1 ชนิด (ร้อยละ 23.81) และน้อยกว่าครึ่งมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25.00 คือมีภาวะอ้วน (ร้อยละ 47.62) รองลงมาคือช่วง 18.50 – 22.90 ซึ่งอยู่ในภาวะปกติ (ร้อยละ 25.00)

2. ความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ทางกายโดยรวมต่ำสุด 103 คะแนน สูงสุด 210 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางกายโดยรวมเท่ากับ 168.39 คะแนน (SD = 19.04) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางกายอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.43 ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.38 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.19

กลุ่มตัวอย่างมีค่าพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกายโดยรวมต่ำสุด 853.00 เมทซ์ สูงสุด 2,772.00 เมทซ์ มีค่าเฉลี่ยพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกายโดยรวมเท่ากับ 1,577.57 เมทต์ (SD = 540.23) ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.20 และระดับปานกลาง ร้อยละ 48.80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางกายและระดับกิจกรรมทางกาย (n = 84)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด – สูงสุด)	ค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้ $\bar{X}$ (SD)	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับมาก (ร้อยละ)
ความรอบรู้ทางกาย	103 - 210	168.39 (19.04)	1.19	52.38	46.43
กิจกรรมทางกาย	853 – 2,772	1,577.57 (540.23)	-	48.80	51.20

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกาย

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความรอบรู้ทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง ($r = 0.318$) (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความรอบรู้ทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ทางกายอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจ ความสามารถทางกาย ความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมทางกาย และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น คือมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 60.70) ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีความเสื่อมตามวัยไม่มากนัก ทำให้ร่างกายยังคงมีความแข็งแรง ความทน และความยืดหยุ่นในการทำกิจกรรมทางกาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการรับรู้ถึงความสามารถและสมรรถนะทางกายในการทำกิจกรรมได้

ค่อนข้างดี ทำให้มีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ดังการศึกษาของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2018) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีความเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลให้ความรอบรู้ทางกายลดลง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.00) อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการทำกิจกรรมทางกายต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ดังการศึกษาของ หม่า, ซัม, หลี่, ฮวง, และ หนิ่ว (Ma, Sum, Li, Huang, & Niu, 2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในประเทศจีน พบว่า นักศึกษาจีนที่มีระดับผลการศึกษาที่สูงทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะและประโยชน์ของกิจกรรมทางกาย ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความรอบรู้ทางกายที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.14) และมีลักษณะการอยู่อาศัยกับคู่สมรส (ร้อยละ51.20) และบุตรหลาน (ร้อยละ 35.71) ซึ่งครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจ ความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางกาย จึงส่งผลต่อระดับความรอบรู้ทางกายในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็ดเวิร์ดส์, ไบรอัน, คีแกน, และ มอร์แกน (Edwards, Bryant, Keegan, & Morgan, 2017) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ผู้ฝึกสอน บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ทางกายเพิ่มขึ้น และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีโรคไขมันในเลือดสูงเป็นโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 44.05 ซึ่งการมีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมหลายโรค อาจมีผลต่อความรอบรู้ทางกายของผู้สูงอายุ ในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการทำกิจกรรมทางกาย ในการช่วยส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้ แตกต่างจากการศึกษาของ ฮอลเลอร์ และคณะ (Holler et al., 2019) ที่ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายในผู้ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้ไม่มีความมั่นใจ ขาดประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงอุปสรรคในการทำกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้มีความรอบรู้ทางกายอยู่ในระดับต่ำ

2. กิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.20) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติกิจกรรมทางกายทั้งกิจกรรมอาชีพ กิจกรรมงานบ้าน กิจกรรมการเดินทางและกิจกรรมยามว่างในระดับปานกลางและระดับมาก ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 60.70) อายุเฉลี่ย 69.98 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นจึงยังคงมีความแข็งแรง ความทนในการทำกิจกรรมทางกาย รวมทั้งลักษณะการทำกิจกรรมทางกายยังคงมีความใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการประกอบอาชีพอาจลดลงแต่ไม่มากนัก จึงยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสามยังคงมีการประกอบอาชีพอยู่ (ร้อยละ 29.76) ทำให้ผู้สูงอายุได้มีการออกแรง และการเคลื่อนไหวในการทำงาน และการเดินทาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมทางกายที่มาก ดังเช่นการศึกษาของ ธีรนุช ชละเอม, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, และ พรนภา หอมสินธุ์ (Chla-em, Leelukkana-veela, & Homsin, 2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มที่อายุน้อยกว่ามีสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายที่มากกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก และผู้สูงอายุที่ทำงานหรือประกอบอาชีพนั้นมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และส่งผลให้เกิดการใช้พลังงานที่มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ รวมทั้งส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งครอบครัวมีส่วนช่วยในการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมทางกาย

มากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ ซานโตซู และคณะ (Santoso et al., 2015) ที่พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่กับครอบครัวจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดความมั่นใจ แรงจูงใจในการทำกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา มีผลต่อด้านสติปัญญาและการรับรู้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถได้รับการเรียนรู้จากสื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งยังเป็นส่วนช่วยในการเลือกตัดสินใจในการทำกิจกรรมทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ นัฐพล ปันสกุล และ ศุภกาญจน์ แก่นท้าว (Pansakun & Kantow, 2020) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสมีกิจกรรมทางกายระดับมาก เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา

ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีโรคไขมันในเลือดสูงเป็นโรคประจำตัวร่วม ซึ่งการมีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมหลายโรค อาจมีผลต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ในการทำกิจกรรมทางกาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้ ดังเช่นการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ จันทร์หอม (Chanhom, 2018) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เนื่องจากมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการทำกิจกรรมทางกาย ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรค อาจกลัวที่จะเกิดอันตรายจากการทำกิจกรรมทางกาย ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งเป็นการรับรู้อุปสรรคของบุคคลในการทำกิจกรรมทางกาย จึงทำให้ผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจ ความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางกาย ดังเช่นการศึกษาของ ซานโตซู และคณะ (Santoso et al., 2015) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจกรรมทางกาย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความรอบรู้ทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.318$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ทางกายในระดับที่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการทำกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมและเพียงพอ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางกาย คือ มีแรงจูงใจ มีความมั่นใจ มีความสามารถและสมรรถภาพทางกายในการทำกิจกรรมทางกาย รวมทั้ง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการทำกิจกรรมทางกาย มีการเรียนรู้ สามารถเลือกตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว ชุมชน ในการสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมทางกายเหมาะสม เพียงพอและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีกิจกรรมทางกายที่ดี เป็นปัจจัยหนึ่งในการควบคุมระดับความดันโลหิต และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมา เทียบพุฒิ (Teabput, 2021) ที่พบว่าการรับรู้ความรอบรู้ทางกาย ทำให้นักศึกษามีกิจกรรมทางกายที่ดี และจากการศึกษาของ สตาโทโกสตาส, กอทซ์ และ คลาร์ก (Stathokostas, Gotz, & Clark, 2020) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของความรอบรู้ทางกาย ช่วยส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายและคงไว้ซึ่งการทำกิจกรรมทางกาย เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ช่วยชะลอการเกิดความเจ็บป่วยจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในการนำไปใช้ประกอบการวางแผนในการส่งเสริมความรอบรู้ทางกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการทำกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เป็นตัวแทนประชากร การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เพื่อจะได้องค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ที่ไม่สามารถอ้างอิงความสัมพันธ์เชิงทำนาย ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยทำนายกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุต่อไป

References

Aekplakorn, P. (2021). *2019 – 2020 The 6th national health examination survey*. Nonthaburi: Health systems research institute. (in Thai)

American College of Sports Medicine., Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., ... Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 41*(7), 1510-1530. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c

Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*(3), 185-216.

Chanhom, J. (2018). Factors affecting physical activity among people with risk of hypertension in Muang District, Lampang Province. *Thai Science and Technology Journal, 28*(3), 546–560. (in Thai)

Chla-em, T., Leelukkanaveela, Y., & Homsin, P. (2017). Factors associated with physical activity among elderly people in Banggrasor Sub - District, Mueng District, Nonthaburi Province. *Journal of Nursing and Education, 10*(2), 19–32. (in Thai)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2th ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Department of medical service. (2014). *Barthel Activity of Daily Living: ADL*. Retrieved from http://dmscaretools.dms.go.th/geriatric/download/DMS_Aging_screening. pdf (in Thai)

Edwards, L., Bryant, A., Keegan, R., & Morgan, K. (2017). Definitions, foundations and associations of physical literacy: A systematic review. *Sports Medicine, 47*(1),113–126.

Estefania, O., Hena, P., Stella, K., Fugar, A., Alan, G., Nidhi, M., & Kim, A. W. (2019). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology, 43*(2), 99-07.

Hegde, S. M., & Solomon, S. D. (2015). Influence of physical activity on hypertension and cardiac structure and function. *Current Hypertension Reports. 17*(10), 77. doi: 10.1007/s11906-015-0588-3

Holler, P., Jaunig, J., Amort, F. M., Tuttner, S., Hofer-Fischanger, K., Wallner, D., ... Moser, O. (2019). Holistic physical exercise training improves physical literacy among physically inactive adults: A pilot intervention study. *BMC Public Health*, *19*(1), 393.

Jones, G. R., Stathokostas, L., Young, B. W., Wister, A. V., Chau, S., Clark, P., ... Nordland, P. (2018). Development of a physical literacy model for older adults-a consensus process by the collaborative working group on physical literacy for older Canadians. *BMC Geriatrics*, *18*(1), 13. doi: 10.1186/s12877-017-0687-x

Ma, R. S., Sum, R. K., Li, M. H., Huang Y., & Niu, X. L. (2020). Association between physical literacy and physical activity: A multilevel analysis study among Chinese undergraduates. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21), 7874. doi: 10.3390/ijerph17217874

Pansakun, N., & Kantow, S. (2020). The relationship between personal factors and physical activity levels among patients with non–communicable diseases, Phrae Province. *Songklanagarind Journal of Nursing, 40*(2), 66-82. (in Thai)

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *23*(10), 433-441.

Roetert, E., & Ortega, C. (2019). Physical literacy for older adult. *Strength and Conditioning Journal*, *41*(2), 89–99.

Santoso, N., Thongpat, S., & Wattanakul, B. (2015). Predictors of physical activity in older people with hypertension, Bantul, Indonesia. *Journal of Health Research*, *29*(Suppl.1), S7–S13.

Sinsap, N., Jankra, J., & Jaiman, B. (2019). Physical activity for longevity in the elderly. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 25*(2), 229–246. (in Thai)

Stathokostas, L., Gotz, A., & Clark, P. (2020*). What exactly is physical literacy? Perspectives from older adults and those who work with older adults*. Retrieved from https://www.activeagingcanada.ca/assets/pdf/practitioners/physical-activity-literacy/Physical-Literacy-and-Older-Adults.pdf

Teabput, K. (2021). Validation and invariance analysis of causal model among physical activity in university students. *Journal of Health, Physical Education and Recreation, 47*(2), 261–272. (in Thai)

Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Bangkok: Author. (in Thai)

Visuthipanich, V., Leethongin, G., & Supicha, W. (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. (in Thai)

Wang, H., & King, B. (2019). Perceived physical literacy for Chinese elderly questionnaire development: Preliminary validity and reliability. *Innovation in Aging, 3*(Suppl.1), S523.

Whitehead, M. (2013). Definition of physical literacy and clarification of related issues. *Journal of Sport Science and Physical Education, Bulletin*, *65*, 28–33.

World Health Organization. (2010). *Global Recommendations on Physical activity for health*. Switzerland: WHO.

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior.* Geneva: Author.

Zhou, B., Perel, P., Mensah, G. A., & Ezzati, M. (2021). Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevate blood pressure and hypertension. *Natural Reviews Cardiology, 18*(11), 785–802. doi: 10.1038/s41569-021-00559-8

Elderly Peoples' Experiences of Resilience Through Coping with Coronavirus Disease - 2019
ประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พิไลพร	สุขเจริญ*	Pilaiporn	Sukcharoen*
จิดาภา	พลรักษ์**	Jidapa	Polruk**
สุรีพร	ชุมแดง*	Sureeporn	Chumdaeng*

Abstract

Resilience is a skill concept that affects emotional and mentality, and helps elderly people to recover during difficult situations. The purpose of this phenomenological study was to study the experience of elderly people' s resilience through coping with the coronavirus disease–2019. Data was collected by semi-structured in-depth interviews of 12 elderly people who were infected with coronavirus 2019 and had resilience scores of 70 or higher. Data analysis was done by content analysis.

The study found that elderly people' s experiences of resilience in coping with coronavirus disease- 2019 consisted of two themes. The first theme was involved with emotional and mental management: 1.1) accepting the illness as normal, 1.2) not being afraid of the disease, and 1.3) having positive mind power. The second theme was about awareness and social support, and included: 2.1) behavioral change awareness and 2.2) valuable positive encouragement.

The research results provided database information for strengthening the resilience of elderly people during infection with coronavirus 2019.

Keywords: Resilience; Phenomenology; Elderly peoples; Infected with coronavirus disease–2019

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University

** Corresponding author, Nursing instructor, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University; e-mail: jidapapolruk@gmail.com

Received 27 April 2023; Revised 13 June 2023; Accepted 14 June 2023

บทคัดย่อ

ความเข้มแข็งทางใจเป็นแนวคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์ และจิตใจ และทำให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวได้ดีขึ้น เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ยากลำบาก การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีระดับความเข้มแข็งทางใจ 70 คะแนนขึ้นไป จำนวน 12 คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุมี 2 ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นที่ 1 การจัดการอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ 1.1) การยอมรับความเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องปกติ 1.2) การไม่หวาดกลัวต่อโรคที่เผชิญ และ 1.3) การสร้างพลังใจที่เข้มแข็งในตน และประเด็นที่ 2 การตระหนักรู้ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ 2.1) การตระหนักรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2.2) การรับรู้ว่ากำลังใจที่ดีคือสิ่งที่มีคุณค่า

ผลการศึกษาครั้งนี้ให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดความเข้มแข็งใจทางใจเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความเข็มแข็งทางใจ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้สูงอายุ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
** ผู้เขียนหลัก อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
e-mail: jidapapolruk@gmail.com

วันที่รับบทความ 27 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 13 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 14 มิถุนายน 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่แพร่ระบาดทั่วโลกด้วยการติดต่อจากมนุษย์สู่มนุษย์ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 จนถึงปัจจุบัน และสำหรับประเทศไทยเริ่มแพร่ระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ซึ่งถือเป็นการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ ถึง 2 ระลอกต่อเนื่อง โดยพบประชากรไทยติดเชื้อสะสม จำนวน 1,657,231 คน เสียชีวิต จำนวน 17,203 คน รักษาหายแล้ว จำนวน 1,531,655 คน (Ministry of Public Health, 2020) และพบอัตราการติดเชื้อทั้ง 2 ระลอกของประชากรในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 13,726 คน เสียชีวิต จำนวน 68 คน และรักษาหายแล้ว จำนวน 11,292 คน (Surat Thani Province Health Office, 2020) โดยเฉพาะเขตเทศบาลตำบลบึงขุนทะเล พบประชากรติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 211 คน (Bueng Khun Thale municipal health officials, 2020) และเขตตำบลท่าชี จำนวน 168 คน และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงถึงร้อยละ 15 จากประชากรผู้ติดเชื้อทั้งหมด (Registered Nurse, Tha Chi Health Promoting Hospital, 2020) ประกอบกับข้อมูลที่ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งสองเขตสุขภาพในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีโรคประจำตัวร่วมด้วย และขณะนี้ยังไม่มียาหรือวัคซีนชนิดใดที่ป้องกันไวรัสชนิดนี้ได้อย่างสมบูรณ์ จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และนำไปสู่การเสียชีวิตได้สูงกว่ากลุ่มช่วงวัยอื่น ๆ

จากข้อมูลข้างต้น กลายเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้กระทรวงสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์เกิดความวิตกกังวลต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการที่เชื้อสามารถก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจนำไปสู่อันตรายถึงแก่ชีวิต (Ministry of Public Health, 2020) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการรณรงค์ให้ประชากรไทยใช้ชีวิตแบบใหม่ อาทิ การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ การสวมใส่หน้ากากทุกครั้งขณะออกนอกบ้าน และหลีกเลี่ยงการพบปะสังสรรค์ หรือหลีกเลี่ยงการเดินทางไปสถานที่ซึ่งมีผู้คนแออัด เพื่อป้องกันตนเอง และครอบครัวให้ปลอดภัยจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Ministry of Public Health, 2020)

เมื่อศึกษาสภาวะอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดความเครียด และวิตกกังวลจากการไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรค ระดับความรุนแรง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล (Bueng Khun Thale municipal health officials, 2020) การเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจจากการสามารถนำเชื้อไวรัสแพร่กระจายสู่ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด (Registered Nurse, Tha Chi Health Promoting Hospital, 2020) รวมถึง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติจากการฟื้นฟูร่างกาย และระบบทางเดินหายใจที่ใช้ระยะเวลายาวนานกว่าปกติ ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปสู่การทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดต่อการใช้ชีวิต และเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีการวิเคราะห์ประสบการณ์ และการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

ความเข็มแข็งทางจิตใจ (resilience) เป็นแนวคิดที่สำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเป็นแนวคิดที่ทำให้บุคคลสามารถฟื้นตัวได้ดีเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก หรือสถานการณ์วิกฤติซึ่งมีแรงกดดัน และมีความเครียดสูง ประกอบด้วย 3 คุณลักษณะ ได้แก่ การเป็นผู้มีความทนทานทางอารมณ์ มีอารมณ์มั่นคง และทนต่อความกดดันต่าง ๆ ได้ดี การเป็นผู้มีกำลังใจที่ดี และมีความมุ่งมั่น และการเป็นผู้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ (Williams et al.,2018; Sivri, Unal, & Hulec, 2019) หรืออาจกล่าวได้ว่า แนวคิดนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการใช้ชีวิตมีทัศนคติเชิงบวก และสามารถฟื้นตัว และฟื้นใจให้กลับสู่สภาวะปกติภายหลังสถานการณ์วิกฤต (Phimphakarn,

Prasertsin, & Srichannil, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก โดยจะมุ่งเน้นให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งทางใจ และเกิดความสามารถในการเผชิญกับภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Albert, Cheryl, & George, 2020; Conversano, Marchi, & Miniati, 2020; Chen & Bonanno, 2020; Huang et al., 2020; Kimhi, Eshel, Marciano, & Adini, 2020; Keenan, 2020) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ประชาชนขณะเผชิญกับภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ธรรมชาติ และสถานการณ์ภายหลังภาวะวิกฤต (Masterson et al., 2014; Aldrich, Oum, & Sawada, 2015; Williams et al., 2018; Suryani & Soedarso, 2019) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญกับความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ ความเครียด และโรคซึมเศร้าของบุคคลในชุมชน (Duckes, 2017) ข้อค้นพบจากการวิจัยข้างต้นพบว่า บุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจภายหลังภาวะวิกฤตต่าง ๆ จะเกิดอารมณ์ที่มั่นคง มีความอดทนต่อความกดดันต่าง ๆ ดีขึ้นมีความสามารถในการแก้ปัญหา (Suryani & Soedarso, 2019) และมีความผิดปกติทางจิตใจลดลง (Sivri et al., 2019) ความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นแนวคิดสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าใจต่อประสบการณ์ และต่อสภาวะทางอารมณ์และจิตใจของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตภายหลังการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยสนใจศึกษาปรากฏการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทราบประสบการณ์ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ วิถีการดำเนินชีวิต และวิธีการรับมือกับปรากฏการณ์การติดเชื้อที่เกิดขึ้นตามมุมมองของผู้สูงอายุ และเพื่อนำองค์ความรู้ไปประยุกต์สู่การกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข (Cavaya & Ross, 2019; Adekola, Smith, & Smith, 2020)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ความเข้มแข็งทางใจเป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคคลฟื้นตัวได้ดีขึ้นเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก หรือสถานการณ์วิกฤติที่มีแรงกดดัน และมีความเครียดสูง โดยเฉพาะต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเกิดความเข้มแข็งทางใจเกิดความสามารถในการฟื้นตัวจากสภาวะการเจ็บป่วย เกิดความทนทานทางอารมณ์ เกิดกำลังใจที่ดีในการใช้ชีวิต และสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Williams et al.,2018; Phimphakarn et al., 2019; Sivri et al., 2019) การศึกษาประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นวิธีการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อทำความเข้าใจต่อประสบการณ์ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ และวิถีการดำเนินชีวิต (Plodpluang, 2013) ขณะเกิดปรากฏการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมุมมองของผู้สูงอายุ และสามารถนำข้อค้นพบไปประยุกต์สู่การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เคยผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เคยผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 12 คน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจงชนิดการเลือกแบบมีเกณฑ์ ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นครั้งแรก และมีอาการป่วยอยู่ในระลอกที่สองของการระบาด และ 2) มีระดับความเข้มแข็งทางใจ 70 คะแนนขึ้นไป ตามเกณฑ์ของสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความทนทานทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหาสูงกว่าเกณฑ์ปกติ เพื่อสรุปประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งค้นหาประสบการณ์ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุขณะเกิดปรากฏการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมุมมองของผู้สูงอายุ

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยนักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญด้านความเข้มแข็งทางใจ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และผ่านการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ ฯ กับบุคคลวัยสูงอายุที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการเก็บข้อมูลการวิจัย ตัวอย่างคำถามได้แก่ "ประสบการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของท่านเป็นอย่างไร" "ท่านมีความเชื่อ และความรู้สึกต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างไร" "จากประสบการณ์ของท่าน.....ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....และเมื่อท่านหายดี ท่านรู้สึกอย่างไร" "เมื่อท่านอยู่ในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร"

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยขอพิจารณารับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมของมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ SRU-EC2022/102 (รหัสโครงการวิจัย SRU-EC2022/102) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดวิธีดำเนินการของโครงการให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทราบและเข้าใจชัดเจนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้จากการวิจัยนี้ถือเป็นความลับ การบันทึกในเอกสารการวิจัยระบุถึงโดยใช้หมายเลขการวิจัยเท่านั้น และชื่อไม่ปรากฏในรายงาน หรือเอกสารตีพิมพ์ที่เป็นผลจากการวิจัยนี้ โดยผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการ และใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังงานวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ประกาศ และเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยการติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ หน่วยงานสุขภาพ ของตำบลบึงขุนทะเล และตำบลท่าชี ร่วมกับการส่งข้อความเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยผ่านทางไลน์ของหน่วยงาน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที/ครั้ง สถานที่ในการสัมภาษณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละท่านสะดวก มีการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่ออัดเทประหว่างการสัมภาษณ์ และเมื่อข้อมูลอิ่มตัว ได้แก่ การได้ประเด็นข้อมูลการสัมภาษณ์ซ้ำซ้อน และไม่พบข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจึงยุติการสัมภาษณ์ และในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ มีการสัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เฉลี่ย 2 ครั้ง/คน ภายหลังสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้จากไฟล์เสียงมาจัดเป็นข้อมูลบรรยาย กำหนดหน่วย หรือโครงสร้างความหมาย (Themes) ด้วยการถอดเทปคำต่อคำ และตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย 4 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม 2565 โดยเป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 2 เดือน ภายหลังการติดเชื้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Plodpluang, 2013) ดังนี้

1. วิเคราะห์ตีความข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อกำหนดหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Themes) ด้วยการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อกำหนดเป็นหน่วยความหมาย (Themes) ตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายบุคคล และวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก

2. ค้นหาความหมายจากข้อมูล เพื่อกำหนดหน่วยความหมาย (Themes) โดย Wholistic หรือ Sententious approach, Selective หรือ Highlighting approach และ Detail หรือ Line-by-line approach

3. ตรวจสอบหน่วยความหมายที่ได้มาทั้งหมดซ้ำไปมาว่าเป็นแก่นแท้ของปรากฏการณ์จริงหรือไม่ และตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนโดยบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จากการเป็นกลุ่มบุคคลที่ทราบเกี่ยวกับสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ และวิถีการดำเนินชีวิตขณะที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

4. เขียนพรรณนาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาศัยศิลปะการเขียนที่เน้นความชัดเจนลึกซึ้งของข้อมูล และสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา พร้อมทั้ง มีการยกตัวอย่างหรือสถานการณ์ที่ได้จากบางกรณี โดยคำนึงถึงข้อมูลที่มีความชัดเจน น่าเชื่อถือ และสำนวนภาษาที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ จากนั้น พิจารณาข้อมูลในส่วนย่อยให้สอดคล้อง หรือเข้ากันได้กับข้อมูลในภาพรวม และเน้นให้ข้อมูลเชื่อมโยง และสอดคล้องกันอย่างสมดุล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ใช้การตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Triangulation ได้แก่ การตรวจสอบด้านข้อมูล (data triangulation) ด้วยนักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญด้านความเข้มแข็งทางใจ 2 ท่าน การตรวจสอบด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) ด้วยนักวิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน และการตรวจสอบด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) ด้วยการทบทวนวรรณกรรม และการสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละท่าน นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ถูกส่งไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 9 คน และอยู่ในช่วงอายุ 67-70 ปี มีการประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ 3 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ 9 คน พักรักษาอาการที่บ้าน 10 คน และเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล 2 คน จากการมีโรคประจำตัว และค้นพบประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกได้ 2 ประเด็น

ประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายความเข้มแข็งทางใจใน 2 ประเด็น

ประเด็นที่ 1 การจัดการอารมณ์ และจิตใจ

การจัดการด้านอารมณ์ และจิตใจที่ดี เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ และยอมรับในสภาวะความเจ็บป่วยของตน มีความกลัว และวิตกกังวลต่อการติดเชื้อลดลง เกิดพลังใจที่เข้มแข็ง และพร้อมเผชิญกับความเจ็บป่วย เพื่อฟื้นฟูจิตใจของตนเองให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว โดยมีการจัดการอารมณ์ และจิตใจ 3 หัวข้อหลัก คือ 1.1) การยอมรับความเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องปกติ 1.2) การไม่หวาดกลัวต่อโรคที่เผชิญ และ 1.3) การสร้างพลังใจที่เข้มแข็งในตน รายละเอียดดังนี้

1.1 การยอมรับความเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องปกติ

ผู้สูงอายุมีการยอมรับว่าการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเรื่องปกติที่ประชาชนทั่วไป และผู้สูงอายุสามารถพบเจอได้ หากร่างกายของผู้สูงอายุอ่อนแอ หรือมีภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง

"รู้สึกว่าการเป็นโควิดมันเป็นเรื่องปกติธรรมดานะ คือเป็นอาการเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป ของยายคือมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัว เหมือนว่ายายมีอาการไม่ปกติในร่างกาย" (น้ำฟ้า นามสมมุติ)

"ป้าเป็นโควิดมาห้าหกวัน อาการที่เป็นคือไข้ กินข้าวก็กินไม่ได้ แต่ป้ามองว่ามันเหมือนไข้หวัดชนิดหนึ่งนั่นละนะ ตอนนี้คือเป็นเรื่องปกติไปแล้วล่ะ ใคร ๆ เขาก็เป็นกันหมดแล้ว" (สายฝน นามสมมุติ)

"ตอนนั้นคือพอรู้ว่าตาติดโควิดนะ ตาก็ไปหาหมอก่อนเลย ไปที่อนามัยก่อน ตอนนั้นคือ มีอาการไอเยอะมาก ตัวร้อน แต่ตาว่าโรคนี้มันเหมือนโรคไข้หวัดทั่ว ๆ ไป เป็นเรื่องปกติ" (ชัยฟ้า นามสมมุติ)

"ที่ รพ. เขาจะดูแลยายตลอด 24 ชั่วโมง มียา อาหาร ตั้งแต่เช้าที่เป็นยาแก้ไขโควิดโดยตรง ไอ้ตัวยายเองอายุอายุเกิน 60 แล้ว เขาดูแลโรคประจำตัวทั้งหมด มียาฉีดด้วยฉีดเข้าน้ำเกลือ ก็คือมองว่าโรคนี้มันเป็นเรื่องทั่ว ๆ ไปของคนยุคนี้ เขาเป็นกันทุกคนแล้ว มันเป็นเรื่องที่รับได้ละ ไม่น่ากลัวเหมือนแรก ๆ" (สองสาย นามสมมุติ)

1.2 การไม่หวาดกลัวต่อโรคที่เผชิญ

ผู้สูงอายุมีการสร้างจิตใจของตนเองให้เข้มแข็ง ไม่หวาดกลัว และไม่วิตกกังวลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ร่างกายกำลังเผชิญอยู่ และมีความพร้อมต่อการดูแลรักษา และจัดการอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ของตนเอง เพื่อให้ร่างกายดีขึ้น

"ตอนนั้นที่ป้าเป็นโควิดก็ไปนอน รพ. ที่นั่นเขาจะดูแล 24 ชั่วโมงเลย เหมือนพอป้าได้เข้าไปรักษาได้รับการดูแลดีนะ มียา มีอาหาร ตั้งแต่เช้า ป้าเลยไม่ได้กังวลอะไรเลย ไม่กลัวเลย ป้าคิดว่าได้รับการรักษาอย่างดีแล้วล่ะ" (รัตนา นามสมมุติ)

"ตอนนั้นคือเหมือนตอนที่ป้าเป็นโควิด ป้าเป็นมากเลย อาการทรุดเลย เพราะว่ามีโรคประจำตัว กินข้าวได้นิด ๆ กินได้แต่โอวัลติน ป้าเองตอนนั้นคือพอเป็นโควิดแล้วก็กังวลมาก ๆ ว่าเชื้อจะลงปอดไหม แต่ว่าป้าได้ยามากินที่บ้านนะ พอกินยาแล้วอาการมันดีขึ้น ป้าเลยกังวลลดลง ไอ้อาการกลัวที่เป็นช่วงแรก ๆ ก็เริ่มลดลง" (ทิศนา นามสมมุติ)

"ของยายก็ไม่มีอาการอะไรมาก อาการของคือปกติ ไม่มีอาการอะไรเลย ยายเองก็ไม่ได้กลัวอะไรเลยนะ ยายทำใจได้ละแม้ว่ามันจะเป็นโรคระบาดก็ตาม แต่ว่าตอนนี้คือหายดีก็ไม่มีอาการอะไร ยายก็กินยาที่หมอให้มา" (สายฝน นามสมมุติ)

"ตอนนั้นที่เป็นโควิด คือ อ่านในกูเกิ้ลตลอดเวลาว่าจะเป็นยังไงต่อ แต่ตาก็รู้สึกว่า เองไม่ได้กังวลอะไรนะ ไม่ได้กลัวอะไรเลย อาการของตาก็ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอะไร คนอื่น ๆ ก็ติดกันเยอะแยะ" (ปราการ นามสมมุติ)

"ตอนแรก ๆ อาการของยายคือมันหอบเหนื่อยนิด ๆ ถามถึงความรู้สึกเหรอ ก็ไม่ได้กลัวอะไรนะ ทุกวันนี้ข้างบ้านยาย แถวบ้านเขาก็เป็นกันหมดละ แล้วก็ตอนนี้คือพอยายหายแล้ว ก็รู้สึกว่าไม่มีอาการอะไรที่เป็นภาวะแทรกซ้อนเลย" (ปราณี นามสมมุติ)

1.3 การสร้างพลังใจที่เข้มแข็งในตน

ขณะที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุมีการสร้างพลังใจให้ตนเองด้วยการหมั่นทำจิตใจให้เข้มแข็ง และไม่ท้อแท้ต่ออาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ เพื่อให้ร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ มีความพร้อมต่อการต่อสู้กับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ

"ของยายคือติดมาจากคนที่บ้านนั่นละ เป็นกันสี่ห้าคน อาการอะไรก็ไม่มีเลย ก็กินยาทุกวันนะ แต่ว่าคนในบ้านยายเป็นแรงมาก แต่ว่ายายเองไม่มีอาการอะไรเลย ไม่มีปวดหัว ไม่มีอาการเจ็บคอ แต่ว่ายายเองก็ต้องอยู่ในบ้านเป็นสิบวัน เขาจะเอาข้าวมาส่ง ยายไม่ได้ออกจากบ้านเลยสิบวัน ยายเองก็พยายามทำใจให้เข้มแข็งนะ พยายามฝึกใจตัวเองตลอด ๆ พยายามไม่เครียด ไม่เบื่อ ก็นอน นั่งดูทีวี ฟังเพลงไปให้คลายเครียด" (ศรีทอง นามสมมุติ)

"เหมือนพอป้าครบกักตัวก็ออกมาจากบ้าน ก็ไม่ได้ขี้ขลาดอะไรนะ ถ้าเป็นอีกก็เป็น ป้าว่าใจป้าตอนนั้นมันแข็งแรงนะ คือเหมือนว่าแรก ๆ ก็นึกว่าจะเป็นอีกไหม แต่อีกใจก็นึก ใคร ๆ ก็เป็นทั้งบ้าน ก็พยายามทำใจของตนเอง ปลอบใจตนเองไปด้วยในตัว" (สองสาย นามสมมุติ)

"ไม่รู้ว่าติดมาจากใคร แต่พอรู้ตัวอีกทีคือว่าป้าติดโควิดไปแล้ว ตอนนั้นคือก็ไม่เครียด มีอาการไข้อยู่สองสามวัน ปวดหัว จากนั้นไม่ไข้เลย ป้าก็พยายามสร้างกำลังใจให้ตัวเองตอนกักตัว บอกตัวเองว่าไม่กลัวตอนอยู่ในห้องก็นั่ง แล้วก็นอนพัก ไม่ได้เล่นโทรศัพท์ แต่ก็อยู่ในห้อง 10 วัน" (ลำใย นามสมมุติ)

"ถ้าถามว่ากังวลไหมกับที่ลุงเป็นโควิด ก็กังวลนะเพราะว่ามีโรคประจำตัว ลุงต้องไปอยู่โรงพยาบาล แต่ว่าลุงก็พยายามปลอบใจตนเองว่าเดี๋ยวก็หาย ให้กำลังใจตนเอง พักผ่อนๆ ซึ่งมันก็ช่วยได้เยอะเลยนะ เหมือนลุงก็มีกำลังใจมากขึ้นด้วย" (หยัดยืน นามสมมุติ)

ประเด็นที่ 2 การตระหนักรู้ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

การตระหนักรู้ต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปสู่ผู้อื่น และไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีขณะที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการต่อสู้กับอาการเจ็บป่วย และมีจิตใจที่เข้มแข็งเพิ่มขึ้น โดยมีการตระหนักรู้ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 2 หัวข้อหลัก คือ 2.1) การตระหนักรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2.2) การรับรู้ว่ากำลังใจที่ดีคือสิ่งที่มีคุณค่า รายละเอียดดังนี้

2.1 การตระหนักรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการที่ผู้ที่เคยผ่านการติดเชื้อไวรัสไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ เมื่อผู้สูงอายุมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุจะมีการแยกตัวเองออกจากครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลในครอบครัวติดเชื้อจากผู้สูงอายุ

"พอยายรู้ว่าเป็นโควิด พอมาถึงที่บ้านก็แยกตัวเลย ไปอยู่อีกบ้านเลย ก็ไม่ได้ทำอะไรเลยเพราะกลัวว่าคนอื่นจะติดเชื้อจากยาย อีกประมาณห้าหกวันก็ตรวจซ้ำ ๆ ผลจาง ๆ ก็กลับมาที่บ้านเลย ที่แยกไปคือก็กลัวว่าคนที่บ้านจะติดเชื้อจากยายนั่นละเลยต้องยอมไปอยู่ที่บ้านอื่น" (น้ำฟ้า นามสมมุติ)

"ตอนนั้นก็ไม่ขี้ขลาดอะไร ก็แยกตัวไปอยู่คนเดียว เพราะว่าโรคนี้เขาก็เป็นกันมาก ป้าก็มาเป็นหลัง ๆ แล้ว ป้าก็ใช้ชีวิตเหมือนเดิม แต่ที่ป้ากังวลคือกลัวว่าคนที่บ้าน รีว่า คนอื่น ๆ เขาจะติดจากป้าอีกนั่นละ" (ศรีทอง นามสมมุติ)

"คือยายก็กลัวนะ กลัวว่าจะแพร่เชื้อไปหาคนที่บ้าน เพราะว่าที่บ้านยายนั้นมีคนมาบ้าน อะไรเยอะแยะเลย แต่คือพอยายเป็นก็แยกตัวเลย ก็คือคนอื่น ๆ ก็ไม่ได้ติดเชื้ออะไรนะ" (ปราณี นามสมมุติ)

"ตอนแรก ๆ คือ รู้สึกกังวล เพราะว่ากลัว เพราะลุงได้ยินข่าวอะไรต่าง ๆ กลัวว่าเชื้อจะลงปอด แต่ว่าก็ไม่มีอาการอะไรนะ ไอนิด ๆ ไข้ไม่มี แต่ที่สำคัญคือก็แยกตัวเลย แยกห้องน้ำ แยกห้องนอนเพราะว่ากลัวว่าคนที่บ้านจะติดเชื้อจากลุง ลุงก็ไป รพ. เอายามากินที่บ้าน กักตัว ไม่ไปไหนเลย 14 วัน แล้วพอครบก็ไปอนามัยอีกที" (ปราการ นามสมมุติ)

"คือตอนนั้นค่อนข้างกังวลเลยล่ะ เพราะว่ามีโรคประจำตัว ไปโรงพยาบาลได้ยามากิน พอมาถึงบ้านก็รีบแยกตัว ไม่ออกจากห้องเลย เพราะว่ากลัวคนที่บ้านจะมาติดไปด้วย ก็แยกตัวนอนคนเดียว แล้วก็ต่างคนต่างอยู่ ดูแลตัวเองไป สุดท้ายคนที่บ้านก็ไม่มีใครติดนะ" (ชัยฟ้า นามสมมุติ)

นอกจากนี้ ภายหลังจากผู้สูงอายุหายจากการติดเชื้อ ผู้สูงอายุจะมีการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การใช้หน้ากากอนามัยขณะไปในแหล่งชุมชน การใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ และการหมั่นล้างมือบ่อย ๆ เป็นต้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ

"ตอนนี้ พอป้าหายจากการเป็นโควิด เวลาไปตลาด รีไปงานต่าง ๆ จะใส่หน้ากากอนามัยตลอดเลย แล้วก็ล้างมือตลอดก่อนเข้าบ้าน คือกลัวว่าจะเป็นโควิดอีกนะ เพราะว่าคนแถวบ้านนี่เป็นกันคนละหลายรอบเลย เลยกลัวไปแล้วก็ต้องป้องกันตนเองไว้ก่อน" (รัตนา นามสมมุติ)

"การใช้ชีวิตตอนนี้คือระวังมาก ๆ ก็คือกลัววว่าจะติดโควิดอีก ทุกวันนี้เวลาที่จะออกจาก บ้านก็จะใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ถ้าไม่มีหน้ากากอนามัยก็จะไม่ออกจากบ้านเลยล่ะ มันกลัวไปแล้ว อีกอย่างเวลากลับเข้าบ้านก็จะรีบอาบน้ำ เปลี่ยนชุดเลย" (ลำใย นามสมมุติ)

"เดี๋ยวนี้ระมัดระวังมาก ๆ เวลาไปนอกบ้าน สิ่งที่ขาดไม่ได้คือเจลแอลกอฮอล์ ก็จะเอามาล้างมือตลอด แล้วก็หน้ากากอนามัยคือจะพกในกระเป๋าตลอดเวลา" (สายทอง นามสมมุติ)

2.2 การรับรู้ว่ากำลังใจที่ดีคือสิ่งที่มีคุณค่า

การได้รับแรงสนับสนุนที่ดีจากบุคคลในสังคม รวมถึง การได้รับกำลังใจที่ดี และการได้รับคำปลอบโยน หรือถ้อยคำที่แสดงถึงความห่วงใยของคนในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดมาสู่ผู้สูงอายุ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการต่อสู้กับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพร้อมเผชิญกับปัญหา หรืออุปสรรคต่าง ๆ ขณะที่มีการติดเชื้อ

"ตอนนั้นที่ตาป่วยนอนอยู่ที่โรงพยาบาล พวกพยาบาล พวกหมอ ก็มาเยี่ยม มาให้กำลังใจ ตาคิดว่าเขาเป็นคนดูแลตา เป็นกำลังใจที่ดีให้ตา มันทำให้ตารู้สึกดีใจนะ และพยายามทำตัวเองให้แข็งแรง จะได้กลับบ้านไปอยู่กับลูกหลาน (ชัยฟ้า นามสมมุติ)

"ป้าก็มีกำลังใจจากลูกหลานนั่นแหละ ถ้าว่าไม่มีกำลังใจนะป่านนี้ก็คงไม่สู้ ตายไปละ ลูกหลานเขาก็คอยพูดให้กำลังใจป้า คอยดูแลป้า ป้าก็เลยมีกำลังใจในการต่อสู้น่ะ อีกอย่าง คือ พวก อสม. ก็คอยมาถามข่าวคราวมาให้กำลังใจ เป็นสิ่งที่ทำให้ป้าได้รับเรื่องราวดี ๆ สังคมก็ช่วยเราได้เยอะโดยเฉพาะพวก อสม." (รัตนา นามสมมุติ)

"ตอนนั้นที่ป้าเป็นโควิดมาห้าหกวัน อาการที่เป็นคือไข้ ข้าวกินไม่ได้ ไอ้ตัวป้าก็เครียด แต่ไม่รู้จะทำยังไง แต่ว่าก็ได้กำลังใจจากลูกหลานนี่ละ คอยโทรมาคุย โทรมาให้กำลังใจ ป้าดีขึ้น มีแรงสู้ขึ้นมาเยอะเลย" (ลำใย นามสมมุติ)

"ตอนนั้นคือยายเป็นมาก ทรุดเลย เพราะว่ามีโรคประจำตัว กินข้าวได้นิด ๆ คิดในใจเครียดมาก ๆ แต่ก็ได้สิ่งดี ๆ เข้ามาทำให้มีแรงฮึดสู้ คนที่บ้าน ลูก ๆ หลาน ๆ พอรู้ข่าว ก็คอยมาโทรถามตลอดทุกวันเลย มันทำให้ป้ารู้สึกดีขึ้นเลยนะ" (ศรีทอง นามสมมุติ)

"ตอนแรก ๆ มันหอบเหนื่อยนิด ๆ แต่ว่าหมอให้ยามากินที่บ้าน แล้วทีนี้คนแถวบ้านพอรู้ข่าวก็รีบโทรมาคุย มาถามไถ่กันทุกวัน บางคนก็เอาข้าวของมาให้ที่บ้าน คือนี่รู้สึกดีขึ้น มีแรงสู้กับเชื้อโควิดขึ้นมาเยอะเลยล่ะ" (สองสาย นามสมมุติ)

ทั้งนี้ สามารถสรุปประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง Themes และ subthemes ของประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Themes	Subthemes
ประเด็นที่ 1 การจัดการอารมณ์ และจิตใจ	■ การยอมรับความเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องปกติ ■ การไม่หวาดกลัวต่อโรคที่เผชิญ ■ การสร้างพลังใจที่เข้มแข็งในตน
ประเด็นที่ 2 การตระหนักรู้ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	■ การตระหนักรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ■ การรับรู้ว่ากำลังใจที่ดีคือสิ่งที่มีคุณค่า

การอภิปรายผล

จากการที่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเชื้อโรคอุบัติใหม่ และไม่มียาหรือวัคซีนชนิดใดที่ป้องกันไวรัสชนิดนี้ได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลทำให้ประชากรไทย และผู้สูงอายุมีแนวโน้มการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Ministry of Public Health, 2020; Yeunyow, Promwong, & Kadsanit, 2021) โดยผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ค้นพบประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2 ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นที่ 1 การจัดการอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ 1.1) การยอมรับความเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องปกติ 1.2) การไม่หวาดกลัวต่อโรคที่เผชิญ และ 1.3) การสร้างพลังใจที่เข้มแข็งในตน

ทั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยประเด็นที่ 1 การจัดการอารมณ์และจิตใจ ได้ว่า การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้เป็นการแพร่ระบาดในระลอกที่ 2 ประกอบกับ ผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ดีแม้จะเป็นการติดเชื้อไวรัสในครั้งแรก ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการตระหนักรู้ที่ดีต่อโรคที่เผชิญอยู่ ไม่เกิดความกลัวหรือเครียดต่อการใช้ชีวิตขณะที่มีการติดเชื้อ และพร้อมที่จะเข้ารับการรักษา ผู้สูงอายุจึงสามารถผ่านพ้นสภาวะวิกฤต และความกดดันต่าง ๆ ขณะที่มีการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับ จินตวีร์พร แป้นแก้ว, จีระภา นะแส, และ ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์ (Paenkeaw, Naesae, & Kitrungrote, 2021) ที่ว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจที่ดี จะมีความทนทานทางอารมณ์สูง มีกำลังใจในการใช้ชีวิต และไม่มีความเครียดต่อการใช้ชีวิตภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึง สอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งทางใจที่ว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคคลฟื้นตัวได้ดีขึ้นแม้ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ประกอบด้วย 3 คุณลักษณะ ได้แก่ การมีความ

ทนทานทางอารมณ์ การเป็นผู้มีกำลังใจที่ดี และมีการเป็นผู้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ (Paenkeaw et al., 2021; Division of Mental Health Promotion and Development Department of Mental Health, 2022) ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจขณะที่ป่วยด้วยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีการปรับตัวที่ดี มีความมั่นคงทางอามรมณ์ และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ขณะที่ตนเองมีการติดเชื้อไวรัสได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ ผลการวิจัยประเด็นที่ 2 การตระหนักรู้ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ 2.1) การตระหนักรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2.2) การรับรู้ว่ากำลังใจที่ดีคือสิ่งที่มีคุณค่า อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนที่ดีทางสังคมทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มเพื่อน ๆ ในสังคม รวมถึง ได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัว และบุคคลที่รัก ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่ดีในการใช้ชีวิตทั้งในขณะที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภายหลังการติดเชื้อเกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปสู่ผู้อื่น และมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น (Williams et al.,2018) สอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งทางใจที่เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัว และฟื้นตัวภายหลังการพบกับเหตุการณ์วิกฤต และบุคคลสามารถฟื้นฟูอารมณ์ และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วโดยไม่จมอยู่กับความทุกข์ (Tabtim, Inrakarnhang, & Choochom, 2021; Sangsanguan, 2019) การมีความสามารถด้านการจัดการอารมณ์และจิตใจ การมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคที่เผชิญ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะเชื่อมโยงไปสู่การทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ขณะที่ตนเองมีการเจ็บป่วย ตลอดจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญธิดา พิมพการ และคณะ (Phimphakarn et al., 2019) ที่ว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถใช้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยของ อัลเบิร์ต และคณะ (Albert et al., 2020) ที่ว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นสถานการณ์ที่ตึงเครียดและกดดัน บุคคลที่มีเข้มแข็งทางใจจึงเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ และจิตใจ และสามารถผ่านพ้นปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว งานวิจัยของ คอนเวอร์ซาโน และคณะ (Conversano et al., 2020) ที่ว่า สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งทางใจ เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบเทือนจิตใจจะสามารถลดภาวะกดดันทางจิตใจได้ และงานวิจัยของ เช็น และ โบนันโน (Chen & Bonanno, 2020) ที่ว่า แม้ว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล แต่หากบุคคลมีแนวโน้มของความเข้มแข็งทางใจที่ดี บุคคลจะเข้าใจถึงผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น รวมถึง งานวิจัยของ ดลฤดี ทับทิม และคณะ (Tabtim et al., 2021) ที่ว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจจะมีความ สามารถในการปรับตัว และฟื้นตัวภายหลังการพบกับเหตุการณ์วิกฤต และสามารถฟื้นฟูอารมณ์ และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วโดยไม่จมอยู่กับความทุกข์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นจิตใจภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดความสามารถในการผ่านพ้นปัญหาต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว และกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

บุคคลที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากไม่มีความเข้มแข็งทางใจ และไม่สามารถเผชิญกับความกดดันต่าง ๆ อาจทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น และนำไปสู่ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ โดยมีงานวิจัยของ หวง และคณะ (Huang et al.ม 2020) และ คิมฮี และคณะ (Kimhi et al., 2020) มาสนับสนุนข้อมูลข้างต้นที่ว่า หากบุคคลขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้บุคคลเกิดความเครียดในระดับสูง มีความเข้มแข็งทางใจลดลง และไม่สามารถเผชิญต่อสภาวะวิกฤตได้ บุคลากรทางการแพทย์ จึงควรมีการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ รวมถึงบุคคลในกลุ่มช่วงวัยต่าง ๆ เกิดความเข้มแข็งทางใจขณะที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเกิดความทนทานทางอารมณ์และจิตใจ และสามารถแก้ปัญหา และเผชิญกับความกดดันต่าง ๆ ได้อย่าง

มีประสิทธิภาพ (Conversano et al., 2020; Keenan, 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับความเข้มแข็งใจของผู้สูงอายุที่ผ่านการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย การมีความมั่นคงทางอารมณ์ การมีกำลังใจในการใช้ชีวิต และการมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ขณะที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งใจทางใจเพิ่มขึ้น เกิดความทนทานทางอารมณ์ภายหลังการติดเชื้อไวรัส และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาตัวชี้วัดด้านความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหา ที่สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ

References

Adekola, J., Smith, D., & Smith, M. (2020). Inherent complexities of a multi-stakeholder approach to building community resilience. *International Journal of Disaster Risk Science, 11*, 32–45. doi: 10.1007/s13753-020-00246-1

Albert, W. W., Cheryl, C., & George, S. E. (2020). COVID-19: Peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience. *Annals of Internal Medicine, 172*(12), 822-824. doi: 10.7326/M20-1236

Aldrich, D. P., Oum, S., & Sawada, Y. (2015). *Resilience and recovery in Asian disasters.* New York: Springer.

Bueng Khun Thale Municipal Health Officials. (2020). *Number of people infected with Coronavirus 2019 of Bueng Khun Thale Subdistrict, Mueang District, Surat Thani Province*. During the COVID-19 epidemic crisis/Interview: Jidapa Polruk. (in Thai)

Cavaya, J., & Ross, H. (2019). Community resilience and community development: What mutual opportunities arise from interactions between the two concepts? *Community Development, 50*(2), 181-200.

Chen, S., & Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S51-S54. doi: 10.1037/tra0000685

Conversano, C., Marchi, L., & Miniati, M. (2020). Psychological distress among healthcare professionals involved in the Covid-19 emergency: Vulnerability and resilience factors. *Clinical Neuropsychiatry*, *17*(2), 94-96.

Division of Mental Health Promotion and Development Department of Mental Health. (2022). *Resilience enhancement*. Retrieved from https://dmh.go.th/covid19/pnews/files (in Thai)

Duckes, M. (2017). A multilayered psychosocial resilience framework and its implications for community-focused crisis management. *Journal of Contingencies and Crisis Management, 25*(3), 1-6.

Huang, L., Wang, Y., Liu, J., Ye, P., Cheng, B., Xu, H., ... Ning, G. (2020). Factors associated with resilience among medical staff in radiology departments during the outbreak of 2019 novel coronavirus disease COVID-19: A cross-sectional study. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, *26*, e925669. doi: 10.12659/MSM.925669

Keenan, J. M. (2020). COVID, resilience, and the built environment. *Environment Systems and Decisions*. *40*(2), 216–221.

Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2020). Distress and resilience in the days of COVID-19: Comparing two ethnicities. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 3956. doi: 10.3390/ijerph17113956

Masterson, J. H., Peacock, W. G., Van Zandt, S. S., Grover, H., Schwarz, L. F., & Cooper, J. T. (2014). *Planning for community resilience: A handbook for reducing vulnerability to disasters*. Washington, DC: Island Press.

Ministry of Public Health. (2020). *Coronavirus disease.* Retrieved from https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/NovelCoronavirusFact Sheet-Thai.pdf (in Thai)

Ministry of Public Health. (2020). *Situation of disease and health risk*. Retrieved from https://www.moph.go.th/ (in Thai)

Paenkeaw, J., Naesae, J., & Kitrungrote, T. (2021). Prevention and risk reduction from COVID-19 according to practice guideline. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, *13*(2), 303-312. (in Thai)

Phimphakarn, K., Prasertsin, U., & Srichannil, C. (2019). The effects of an integrative individual counseling to strengthen the resilience of widows from the conflict zone in the Southern Border Provinces. *Journal of Research and Curriculum Development*, *9*(2), 284-307. (in Thai)

Plodpluang, U. (2013). Data analysis in phenomenology studies. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, *23*(2), 1–10. (in Thai)

Registered Nurse, Tha Chi Health Promoting Hospital. (2020). *Number of people infected with Coronavirus 2019 of Tha Chi Health Promoting Hospital Ban Na San District, Surat Thani Province*. During the COVID-19 epidemic crisis/Interview: Pilaiporn Sukcharoen. (in Thai)

Sangsanguan, W. (2019). The effectiveness of resilience enhancement program by using problem-based learning in undergraduate nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *20*(2), 186-198. (in Thai)

Sivri, G., Unal, F., & Hulec, H. (2019). Resilience and personality in psychiatric inpatients. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 29*(4), 650-655.

Surat Thani Province Health Office. (2020). *Situation infected with Coronavirus 2019 Surat Thani Province July 4, 2020.* Retrieved from http://110.49.56.110/surat-covid-19/2020/07/04 (in Thai)

Suryani, A., & Soedarso, S. (2019). How does post disaster social communication catalyze community resilience and education. *MIMBAR: Journal Sosial dan Pembangunan, 35*(2), 419-429.

Tabtim, D., Inrakarnhang, U., & Choochom, O. (2021). Resilience of family caregiver: An important to caring elderly diabetes mellitus patients. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 6*(1), 1-16. (in Thai)

Williams, M. V., Chandra, A., Spears, A., Varda, D., Wells, K. B., Plough, A. L., & Eisenman, D. P. (2018). Evaluating community partnerships addressing community resilience in Los Angeles, California. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(4), 1-13.

Yeunyow, T., Promwong, W., & Kadsanit, K. (2021). Knowledge, attitude and prevention behavior of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, the North Eastern Region Network. *Udonthani Hospital Medical Journal, 29*(2), 204-213. (in Thai)

Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Congestive Heart Failure*

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*

ปาลิกา	ธนหิรัญกิจทอง**	Palika	Thanahirankijthong**
โรจนี	จินตนาวัฒน์***	Rojanee	Chintanawat***
พนิดา	จันทโสภีพันธ์***	Phanida	Juntasopeepun***

Abstract

Self- management among older persons with congestive heart failure is rather complex. Therefore, the ability to control the disease's symptoms requires adequate health literacy. This correlational descriptive research aimed to examine health literacy, self-management, and the relationship between health literacy and self- management among older persons with congestive health failure. Participants were older persons with congestive heart failure who visited a heart failure clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The 84 participants were selected using convenience sampling during September to November 2021. The research instruments used in this study included a demographic data recording form, and a health literacy and self- management behaviors scale for older persons with congestive heart failure. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results indicated that participants' health literacy and self-management were at high levels. Health literacy had a positive relationship with self-management at a high level with statistical significance ($r = .70$, $p < .01$).

The results from this study demonstrate the benefits for healthcare providers in encouraging health literacy and self- management among older persons with congestive heart failure.

Key word: Self-management; Health literacy; Older persons; Congestive heart failure

* 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: aompalikat@gmail.com

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

Received 20 December 2022; Revised 15 May 2023; Accepted 16 May 2023

บทคัดย่อ

การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นค่อนข้างซับซ้อน ดังนั้นศักยภาพในการควบคุมอาการของโรคจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 84 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก ระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70$, $p < .01$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลว

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 20 ธันวาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 15 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 16 พฤษภาคม 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แม้ปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับความเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Jonkman et al., 2016) โดยจากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่มีอายุ 40 - 59 ปี อายุ 60 – 79 ปี และ อายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 2.70, 11.40 และ 24.10 ตามลำดับ (Mackert, Mabry-Flynn, Champlin, Donovan, & Pounders, 2016) เห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นตามจำนวนอายุที่มากขึ้น นอกจากนี้ข้อมูลจากสมาพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation) พบอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับร้อยละ 45 หรือคิดเป็น 17.90 ล้านคนต่อปี (Ferreira et al., 2019) ส่วนในประเทศไทยจากการสำรวจของกลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 31.12 ของประชากรทั้งหมด (Department of Disease Control, 2018) เป็นไปทำนองเดียวกันกับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปี พ.ศ. 2560 จำนวน 84,000 ราย เพิ่มจากปี พ.ศ. 2556 ถึงร้อยละ 25 ที่มี 67,000 ราย (Bayer Thailand, 2019) และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยมีการกลับเข้ามานอนในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 23.70 (Chou, Matcho, Postva, Bilderback, & Freburger, 2021)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ บริโภคอาหารครบทุกหมู่อย่างเพียงพอ จำกัดน้ำดื่มและเกลือ ในกรณีที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง (Dickstein et al., 2008) ต้องงดดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ชั่งน้ำหนักเป็นประจำทุกวัน ต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องปรับตัวในการเข้าสังคม และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้เกิดความวิตกกังวล และภาวะเครียดหรือซึมเศร้าได้ (Apiromrat, 2017) ซึ่งหากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถจัดการตนเองดีจะสามารถความคุมโรคได้ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับพฤติกรรมของตนเองด้วยความตั้งใจและมีส่วนร่วมในการจัดการโรคเรื้อรังกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 1) การจัดการทางด้านการรักษา (medical management) เช่น รับประทานยาให้ถูกต้องเหมาะสม ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และเพื่อป้องกันอาการกำเริบที่คุกคามต่อชีวิต มาตรวจตามนัด หรือมาตรวจก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ 2) การจัดการทางด้านบทบาทหน้าที่ (role management) เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย ปรับบทบาทในการดำเนินชีวิต เพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และ 3) การจัดการทางด้านอารมณ์ (emotional management) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วิตกกังวล กลัว เครียด คับข้องใจ ท้อแท้ รู้สึกหมดหวัง ซึมเศร้า เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการตนเองทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ โดยพบว่าการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยการศึกษาของ ซาโน และ มาจิมา (Sano & Majima, 2018) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพศชายของประเทศญี่ปุ่นที่มีอายุ 70 - 85 ปี พบว่ามีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์, ลินจง โปธิบาล, และ ทศพร คำผลศิริ (Tasuwanin, Pothiban, & Khampolsiri, 2019) พบว่าการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการจัดการตนเองจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วยปัจจัยที่แก้ไขได้และปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ได้แก่ อายุ (Jacobson et al., 2018) ระดับการศึกษา (Gallagher, 2010) ส่วนปัจจัยที่แก้ไขได้ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Peters, Potter, Kelly, & Fitzpatrick, 2019) แรงสนับสนุนทางสังคม (Rosland, Heisler, Choi, Silveira, & Piette, 2010) ภาวะความรุนแรงของโรค (Bostouwen et al., 2015) สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) (Chen et al., 2014) จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ร่วมกับผู้สูงอายุ และเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น แต่การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรงมีน้อย และศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ เข้าถึง และคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการควบคุมโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะที่ค่อนข้างซับซ้อน ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ต้องมีความรู้ในการควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างเหมาะสม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) คือ ความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ขั้น ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy/basic skill and understanding) เป็นทักษะในการอ่านและการเขียน การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร (interactive/communication health literacy) เป็นทักษะของการสื่อสาร การพูด การฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปรับใช้ข้อมูลให้เข้ากับสภาวะสุขภาพที่ดี และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะในการคิดวิเคราะห์ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมา รู้เท่าทันสื่อ ตัดสินใจ และสามารถเลือกข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อนำมาปฏิบัติในการส่งเสริมและควบคุมโรคของตนเองได้ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ค่อนข้างซับซ้อน เรื้อรัง อาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของตนเองและการบริการ การค้นหาแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ มีการสื่อสารกับทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจข้อมูลด้านสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับภาวะโรคของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลง

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ ดาฮาล และ ฮอสเซียนซาเดห (Dahal & Hosseinzadeh, 2019) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้ที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จาก 14 งานวิจัย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาของ ปาปาดาคอส และคณะ (Papadakos et al., 2018) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ในประเทศอังกฤษ จำนวน 44 ราย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = 0.29$, $p = 0.4$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .54$, $p < .01$) (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) และผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($r = .55$, $p < .01$) (Mahanupab, Chintanawat, & Juntasopeepun, 2022) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในไทยและต่างประเทศ แม้จะพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ร่วมกับผู้สูงอายุ และเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น แต่การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรงมีน้อย มีการศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุ

เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย การศึกษาที่ผ่านมาจึงยังคงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับวัย เพศ การศึกษา และวิถีดำเนินชีวิตและบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน อาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถนำมาอ้างอิงได้โดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่เรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรคค่อนข้างซับซ้อน ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งการจัดการตนเองตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยการจัดการตนเองใน 3 ด้าน คือ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะสามารถจัดการตนเองได้นั้นต้องอาศัยทักษะทางปัญญาในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ร่วมกับอาศัยทักษะทางสังคมในการสื่อสาร ปรึกษาข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ เลือกข้อมูลสุขภาพมาสู่การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และได้รับการรักษาที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกตามสะดวก (convenience sampling) จากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและเข้ามารับการรักษา ที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เนื่องจากเป็นคลินิกหัวใจล้มเหลวที่ใหญ่ที่สุดในภาคเหนือ และรับดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ในช่วงเดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์นำเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ มีการรับรู้ที่ปกติ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Provincial Police Station, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, 2014) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ต้องได้คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไป และมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการ power analysis (Cohen, 1988) กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาของ จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ค่า r เท่ากับ 0.54 นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G power ได้ค่า lower critical r เท่ากับ 0.38 จึงเลือกค่า r ที่ต่ำสุด คือ 0.30 และนำไปคำนวณในโปรแกรม G power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Provincial Police Station, 2018)

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, 2014)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะโรคร่วม ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว และแหล่งข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อิชิกาวา, ทาเคอุชิ, และ ยาโน่ (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์, โรจนี จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำผลศิริ (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) โดยปรับคำว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และยังคงรายละเอียดของข้อคำถามเดิมทุกประการ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บอยครั้ง โดยแบ่งคะแนนทางปฏิบัติเป็นทางบวกและทางลบ ได้แก่ ไม่เคย ทางบวกเท่ากับ 1 ทางลบเท่ากับ 4, นาน ๆ ครั้ง ทางบวกเท่ากับ 2 ทางลบเท่ากับ 3, บางครั้ง ทางบวกเท่ากับ 3 ทางลบเท่ากับ 2, บ่อยครั้ง ทางบวกเท่ากับ 4 ทางลบเท่ากับ 1

แบบวัดมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14.00 – 56.00 คะแนน ในการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class intervals) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างอันตรภาคชั้นตามหลักการค่าเฉลี่ย (Jirojkul, 2005) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง กำหนดตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 14.00 – 28.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับระดับต่ำ
คะแนน 28.01 – 42.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนน 42.01 – 56.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์, ลินจง โปธิบาล, และ ทศพร คำผลศิริ (Tasuwanin, Pothiban, & Khampolsiri, 2019) ตามกรอบแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 32 ข้อ โดยแบ่งเป็น ข้อคำถามการจัดการตนเองด้านการรักษา จำนวน 27 ข้อ การจัดการตนเองด้านบทบาทหน้าที่ จำนวน 2 ข้อ และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 4 หมายถึง สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านเป็นอย่างมาก, คะแนน 3 หมายถึง สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านค่อนข้างมาก, คะแนน 2 หมายถึง สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านในบางครั้ง, คะแนน 1 หมายถึง ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านเลย

แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนน อยู่ในช่วงระหว่าง 32.00 – 128.00 คะแนน ในการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class intervals) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างอันตรภาคชั้นตามหลักการค่าเฉลี่ย (Jirojkul, 2005) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง กำหนดเกณฑ์ดังนี้

คะแนนช่วง 32.00 – 64.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับต่ำ
คะแนนช่วง 64.01 – 96.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 96.01 – 128.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

1. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อิชิกาวา และคณะ (Ishikawa et al., 2008) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) มาใช้ โดยปรับคำว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือเนื้อหาของข้อคำถาม ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

2. แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์ และคณะ (Tasuwanin et al., 2019) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการจัดการตนเอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ จำนวน 2 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (item content validity index: I-CVI) ได้เท่ากับ 0.95 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดทั้งชุด (scale content validity index: S-CVI) ได้เท่ากับ 0.96

การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาค่า Cronbach’s alpha coefficient เท่ากับ 0.87 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) โดยนำแบบวัด

พฤติกรรมการจัดการตนเองให้กลุ่มตัวอย่างทำ 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้วนำมาคำนวณค่า Pearson correlation ได้เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ 2564-EXP068 เมื่อได้ผ่านการรับรองและได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้นำหนังสือพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ NONE-2564-08470 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำเอกสาร ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับของการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาหากปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งมอบหนังสือยินยอมให้กลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลทำเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และในระหว่างสอบถามผู้วิจัยได้เว้นระยะห่าง และนั่งห่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 1 เมตร สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดการสัมภาษณ์ เตรียมเจลแอลกอฮอล์ไว้ให้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างล้างมือ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตนเองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ทำการคัดกรองระดับสติปัญญาการรู้คิด โดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป และความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ซึ่งต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไป
4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตามวันที่กลุ่มตัวอย่างมีนัดกับแพทย์ที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อ โดยไม่มีการอธิบายเพิ่ม ซึ่งใช้เวลาในการตอบคำถามแต่ละครั้งประมาณ 30 – 45 นาที และในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ภายหลังสิ้นสุดการตอบคำถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้คะแนนรวมไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโค้งไม่ปกติ จึงตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรของ 2 ตัวแปร ด้วย สถิติ Spearman' s rank correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.57 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 58.33 ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 68.47 ปี (SD = 5.67) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.10 เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 94.05 โดยส่วนใหญ่มีคนดูแล ร้อยละ 79.76 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 ได้รับการศึกษา มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 57.14 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 67.86 โดยเป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 26.19 และมีรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 65.48 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.57 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 94.05 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.57 และร้อยละ 14.29 มีภาวะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 และ 3 ตามลำดับ (แบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค ปี 1994) และได้รับประทานยา 6 – 10 ชนิด ร้อยละ 52.38 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีช่องทางการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 100.00

2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด เท่ากับ 33 คะแนน สูงสุด 49 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 42.57 คะแนน (SD = 3.46) อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองต่ำสุด เท่ากับ 90 คะแนน สูงสุด 122 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวม เท่ากับ 109.95 คะแนน (SD = 7.72) อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 84)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด – สูงสุด)	คะแนนที่ได้ $\bar{X}$ (SD)	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14 - 56	33 - 49	42.57 (3.46)	สูง
การจัดการตนเอง	32 - 128	90 - 122	109.95 (7.72)	สูง

เมื่อจำแนกระดับความรอบรู้สุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ตามระดับที่ได้กำหนดไว้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับสูง ร้อยละ 61.90 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.10 ส่วนการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.90 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 13.10 และเมื่อจำแนกข้อมูลรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.86 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.86 และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.38 และเมื่อจำแนกข้อมูลการจัดการตนเองรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.67 ในรายข้อ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.48 ร้อยละ 88.10 ร้อยละ 65.48 และ ร้อยละ 94.05 ตามลำดับ ในประเด็นการสังเกตอาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.48 ส่วนในประเด็นตวงปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน (n = 84)

ตัวแปร	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	-	32 (38.10)	52 (61.90)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน			
ขั้นพื้นฐาน	5 (5.95)	57 (67.86)	22 (26.19)
ขั้นปฏิสัมพันธ์	-	27 (32.14)	57 (67.86)
ขั้นวิจารณญาณ	2 (2.38)	44 (52.38)	38 (45.24)
การจัดการตนเองโดยรวม	-	11 (13.10)	73 (86.90)
การจัดการตนเองรายด้าน			
ด้านการรักษา	-	7 (8.33)	77 (91.67)
การสังเกตอาการ	2 (2.38)	55 (65.48)	27 (32.14)
การตวงปัสสาวะ	84 (100.00)	-	-
การรับประทานอาหารและน้ำ	-	8 (9.52)	76 (90.48)
การรับประทานยา	-	10 (11.90)	74 (88.10)
การออกกำลังกาย	-	29 (34.52)	55 (65.48)
การจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลง	-	5 (5.95)	79 (94.05)
การดูแลสุขภาพทั่วไป	-	10 (11.19)	74 (88.10)
ด้านบทบาทหน้าที่	-	-	84 (100.00)
ด้านอารมณ์	19 (22.62)	54 (64.29)	11 (13.09)

3. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70$, $p < .01$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ร่วมกับมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตนเอง (Nutbeam, 2000) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ขั้น ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นทักษะในการอ่านและการเขียน การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร เป็นทักษะของการสื่อสาร การพูด การฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปรับใช้ข้อมูลให้เข้ากับสภาวะสุขภาพที่ดี และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ เป็นทักษะในการคิดวิเคราะห์ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมา รู้เท่าทันสื่อ ตัดสินใจ และสามารถเลือกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ ยาดาฟ และคณะ (Yadav et al., 2020) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วมในชนบทของประเทศเนปาล จำนวน 238 ราย ที่มีอายุมากกว่า 56 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของ พิมพ์พลอย มหานุภาพ และคณะ (Mahanupab et al., 2022) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 84 ราย ก็พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งร้อยละ 58.33 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีอายุเฉลี่ย 68.47 ปี (SD = 5.67) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 ได้รับการศึกษา เกินครึ่งร้อยละ 57.14 มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น กระบวนการชราที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ยังมีความเสื่อมน้อย จึงทำให้ยังมีการรับรู้ที่ดี สามารถรับและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ ใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา คิดวิเคราะห์ เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ (Kitsadachatree, 2019) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.57 เป็นเพศชาย ซึ่งพบว่าเพศชายจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เนื่องจากมักมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และ ชาตินัย หวานวาจา (Kespichayawattana, Wivatvanit, & Wanwacha, 2020)

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งร้อยละ 63.10 มีสถานภาพสมรสคู่ และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 94.05 อาศัยอยู่กับครอบครัว คู่สมรส บุตร หลาน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ สามารถช่วยในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะสุขภาพต่าง ๆ การอ่านฉลากยาได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.57 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.86 มีภาวะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 ขึ้นไป ซึ่งระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหัวใจล้มเหลวนาน รวมทั้งการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน ความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงได้ง่าย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการดูแลที่

ต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยสนิทสนมใกล้ชิดกับบุคลากรสุขภาพ กล้ามีปฏิสัมพันธ์ พูดคุยเกี่ยวกับการรักษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกันกับบุคลากรสุขภาพ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100.00 ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองจากบุคลากรสุขภาพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อจำแนกรายด้าน จะเห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และขั้นวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.86 และ ร้อยละ 52.38 อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีอายุมาก มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ มีปัญหาความจำ และมีความบกพร่องในการสื่อสาร เช่น การได้ยิน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการอ่านข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (Kespichayawattana et al., 2020) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยลง ส่วนการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.86 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์สูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.14 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ วรรณศิริ นิลเนตร (Nilnate, 2014) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สามารถค้นคว้าข้อมูลสุขภาพ และสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้มากกว่า และด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องสื่อสารปัญหาสุขภาพของตนเองกับแพทย์และพยาบาลทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพโดยตรง จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านอารมณ์ตามกรอบแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.33 มีอายุช่วง 60-69 ปี ซึ่งยังเป็นวัยสูงอายุตอนต้นที่มีความเสื่อมสภาพทางกายตามกระบวนการชราไม่มาก จึงยังคงสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ซึ่งเป็นไปทำนองเดียวกับการศึกษาของ จาคอบสัน และคณะ (Jacobson et al., 2018) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุเฉลี่ย 67.8 ปี พบว่าการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ พิมพ์พลอย มหานุภาพ และคณะ (Mahanupab et al., 2022) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อายุเฉลี่ย 69.69 ปี ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมด ร้อยละ 94.05 อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการควบคุมโรคของตนเองได้ ให้คำชี้แนะด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะของโรคได้ดี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65.48 มีรายได้พอเพียง ซึ่งการมีรายได้ที่พอเพียง จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นกว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางด้านรายได้ ทั้งยังสามารถมาพบแพทย์ตามนัด และได้รับการดูแลรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรคอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเอเชีย เป็นการทบทวนวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ ของ จันทร์จิรา สีสว่าง และ ปุลวิชช์ ทองแตง (Seesawang & Thongtang,

2019) พบว่าปัจจัยปัญหาทางการเงินและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเอเชีย

นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งร้อยละ 53.57 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป การที่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยค่อนข้างนาน จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และมีประสบการณ์ในการจัดการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคได้ดี เนื่องจากจะได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ ลู และ คณะ (Luo et al., 2015) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานจะมีความสามารถในการจัดการตนเองที่ดี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.90 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การคิดวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพดังกล่าวไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งสามารถสนับสนุนผลจากการศึกษาของ อามานี แดมะยุ, นูรดีนี ดือเระ, สุภาวดี อดิศัยศักดา, พัชราวดี ทองเนื่อง, และ ปุณญิศาฐ์ จรินทร์ธนันต์ (Daemayu, Dereh, Adisaisakda, Tongnuang, & jarintanan, 2022) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุไทยมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถจัดการตนเองได้ดี

ผลการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการจัดการตนเองด้านการตวงปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีการประกอบอาชีพ ซึ่งการที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ไม่สะดวกต่อการตวงปัสสาวะ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.57 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 ยังสามารถควบคุมโรคได้จึงอาจไม่ให้ความสำคัญต่อการตวงปัสสาวะ นอกจากนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการจัดการตนเองด้านบทบาทอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 แต่มีการจัดการตนเองด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.29 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 6 ปี ขึ้นไป ระยะเวลาของการเป็นโรคค่อนข้างนาน อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับบทบาทการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ แต่เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน อาการและอาการแสดงมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย จึงทำให้การจัดการตนเองมีความยุ่งยาก จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด รู้สึกเบื่อหน่าย และส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองลดลงได้เช่นกัน (Ko et al., 2012)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับความรอบรู้ที่เพียงพอจะทำให้มีการจัดการตนเองที่ดี แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ซึ่งการอ่านออกเขียนได้แล้ว ยังต้องอาศัยทักษะความสามารถของแต่ละบุคคล ที่มีความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพและการบริการ การค้นหาแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ มีการสื่อสารกับทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกข้อมูลทางด้านสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับภาวะโรคของตนเอง (Peterson et al., 2011) จากการศึกษาของ ยาดาฟ และคณะ (Yadav et al., 2020) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วมในชนบทของ

ประเทศเนปาล จำนวน 238 ราย มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 56 ปี โดยร้อยละ 73.90 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .37$, $p < .001$) จากการศึกษาในประเทศไทยของ พิมพ์พลอย มหานุภาพ และคณะ (Mahanupab et al., 2022) ในผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 84 ราย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($r = 0.55$, $p < 0.01$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งจบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.33

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองที่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการรักษาที่เกี่ยวกับการสังเกตอาการ และการตวงปัสสาวะให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายในการจัดการตนเองด้านการรักษา และด้านอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่เป็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

Reference

Apiromrat, R. (2017). Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, *28*(2), 2-15. (in Thai)

Bayer Thailand. (2019). *Report healthy heart, healthy aging, Thailand*. Retrieved form https://www.bayer.com/th/th/thailand-healthy-hearts-healthy-aging-thailand-report

Bos-Touwen, I., Schuurmans, M., Monninkhof, E. M., Korpershoek, Y., Spruit-Bentvelzen, L., Ertugrul-van der Graaf, I., & Trappenburg, J. (2015). Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: A cross-sectional survey study. *PLoS One, 10*(5), e0126400. doi: 10.1371/journal.pone.0126400

Chiang Mai Provincial Police Station. (2018). *Elderly health screening guide (Health Promotion Group, Chiang Mai Provincial Public Health Office).* Retrieved form http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197 (in Thai)

Chen, A. M., Yehle, K. S., Albert, N. M., Ferraro, K. F., Mason, H. L., Murawski, M. M., & Plake, K. S. (2014). Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 10*(2), 378-386. doi: 10.1016/j.sapharm.2013.07.001

Chou, A., Matcho, B., Postva, A. M., Bilderback, A., & Freburger, J. K. (2021). Is discordance between recommended and actual postacute discharge setting a risk factor for readmission in patients with congestive heart failure? *Journal of the American Heart Association*, *10*(15), 15219-3130. doi: 10.1161/JAHA.120.020425

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the brhavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erbaum Associates.

Daemayu, A., Dereh, N., Adisaisakda, S., Tongnuang, P., & Jarintanan, P. (2022). Factors influencing self-management among Thai Muslim elderly with type 2 diabetes mellitus in community. *Princess of Naradhiwas University Journal, 14*(3), 169-187. (in Thai)

Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2019). Association of health literacy and diabetes self-management: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health, 25*(6), 526-533. doi: 10.1071/PY19007

Department of Disease Control. (2018). *Coronary artery disease (CAD) 2019*. Retrieved form https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf (in Thai)

Department of Medical Services. (2014). *Long term care*. Retrieved from https://www.udo.moph.go.th/thepost/upload/UX4ctZPEMRiXzczWnqcMqylj5O/EgzAFiPpt t9hEgeHvmTU5Xuwo.doc (in Thai)

Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J. V., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P., ... Swedberg, K. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Journal of Heart Failure, 10*(10), 933-989. doi: 10.1016/j.ejheart.2008.08.005

Ferreira, J. P., Kraus, S., Mitchell, S., Perel, P., Pineiro, D., Chioncel, O., ... Sliwa, K. (2019). World heart federation roadmap for heart failure. *Glob Heart, 14*(3), 197-214. doi: 10.1016/j.gheart.2019.07.004

Gallagher, R. (2010). Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 9*(3), 153-160. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.12.006

Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care, 31*(5), 874-879. doi: 10.2337/dc07-1932

Jacobson, A. F., Sumodi, V., Albert, N. M., Butler, R. S., DeJohn, L., Walker, D., ... Ross, D. M. (2018). Patient activation, knowledge, and health literacy association with self-management behaviors in persons with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care, 47*(5), 447-451. doi: 10.1016/j.hrtlng.2018.05.021

Jirojkul, P. (2005). *Research in nursing concepts, principles and practices* (2nd ed.). Bangkok: Academic Welfare Project Praboromarajchanok Institute. (in Thai)

Jonkman, N. H., Westland, H., Groenwold, R. H., Agren, S., Atienza, F., Blue, L., ... Hoes, A. W. (2016). Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Circulation, 133*(12), 1189-1198. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018006

Kespichayawattana, J., Wivatvanit, S., & Wanwacha, C. (2020). Health literacy of older persons participating in senior clubs and learning centers in the Bangkok metropolitan. *Demography Journal*, *36*(2), 40-57. (in Thai)

Kitsadachatree, P. (2019). Cognitive status, cognitive thinking and memory of the elderly. *Journal of MCU Humanities Review, 5*(1), 63-72. (in Thai)

Ko, S. H., Park, S. A., Cho, J. H., Ko, S. H., Shin, K. M., Lee, S. H., ... Ahn, Y. B. (2012). Influence of the duration of diabetes on the outcome of a diabetes self-management education program. *Diabetes & Metabolism Journal*, *36*(3), 222–229. doi: 10.4093/dmj.2012.36.3.222

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01

Luo, X., Liu, T., Yuan, X., Ge, S., Yang, J., Li, C., & Sun, W. (2015). Factors Influencing self-management in Chinese adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(9), 11304–11327. doi: 10.3390/ijerph120911304

Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E., & Pounders, K. (2016). Health literacy and health information technology adoption: The potential for a new digital divide. *Journal of Medical Internet Research*, *18*(10), e264. doi: 10.2196/jmir.6349

Mahanupab, P., Chintanawat, R., & Juntasopeepun, P. (2022). Health literacy and self-management in older persons receiving hemodialysis. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 37*(1), 108-124. (in Thai)

Nilnate, W. (2014). *Health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok.* (Doctoral dissertation) Chulalongkorn University, Thailand.

Noppakraw, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal, 47*(2), 251-261. (in Thai)

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259

Papadakos, J. K., Hasan, S. M., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadakos, C. J., ... Howell, D. (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer, 124*(21), 4202-4210. doi: 10.1002/cncr.31733

Peters, M., Potter, C. M., Kelly, L., & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life: A cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health and Quality of Life Outcomes, 17*(1), 37. doi: 10.1186/s12955-019-1103-3

Peterson, P. N., Shetterly, S. M., Clarke, C. L., Bekelman, D. B., Chan, P. S., Allen, L. A., ... Masoudi, F. A. (2011). Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA, 305*(16), 1695-1701. doi: 10.1001/jama.2011.512

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.

Rosland, A. M., Heisler, M., Choi, H. J., Silveira, M. J., & Piette, J. D. (2010). Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: Do family members hinder as much as they help? *Chronic Illness, 6*(1), 22-33. doi: 10.1177/1742395309354608

Sano, M., & Majima, T. (2018). Self-management of congestive heart failure among elderly men in Japan. *International Journal of Nursing Practice*, *24*(Suppl.1), e12653. doi: 10.1111/ijn.12653

Seesawang, J., & Thongtang, P. (2019). Factors associated with self-management ability among older adults with hypertension in Asia: A systematic review of qualitative studies. *Nursing Science Journal, 37*(1), 86-107. (in Thai)

Tasuwanin, T., Pothiban, L., & Khampolsiri, T. (2019). Effects of self-management enhancement on quality of life and rehospitalization rate among elderly with heart failure. *Nursing Journal*, *46*(4), 108-121. (in Thai)

Yadav, U. N., Lloyd, J., Hosseinzadeh, H., Baral, K. P., Bhatta, N., & Harris, M. F. (2020). Self-management practice, associated factors and its relationship with health literacy and patient activation among multi-morbid COPD patients from rural Nepal. *BMC Public Health, 20*(1), 300. doi: 10.1186/s12889-020-8404-7

Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Tuberculosis*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค*

สายใจ	จันแดง**	Saijai	Jandaeng**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
โรจนี	จินตนาวัฒน์****	Rojanee	Chintanawat****

Abstract

Health literacy is one factor that helps older people with tuberculosis (TB) manage themselves more effectively. This descriptive research explored health literacy and self-management, and the relationship between health literacy and self-management among older persons with tuberculosis. The participants in this study were older persons with tuberculosis who visited the TB clinic service in a hospital in Phatthalung Province. The sample of 84 cases was randomly assigned via random sampling without replacement during September to December 2021. The research instruments included a demographic and illness data recording form, and interview questionnaires for health literacy and self-management of older persons with tuberculosis. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results showed that older persons with tuberculosis had a moderate level of health literacy and a high level of self-management. Health literacy was statistically correlated with self-management at a moderate level ($r = .314$, $p < .001$).

The results of this study can be used as information for health care professionals to promote health literacy which can result in effective self-management of older persons with tuberculosis.

Keywords: Health literacy; Self-management; Older person with tuberculosis

* 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 24 November 2022; Revised 9 December 2022; Accepted 13 December 2022

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรควัณโรคจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรควัณโรค ที่มารับบริการคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลในจังหวัดพัทลุง จำนวน 84 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ ระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรควัณโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรควัณโรคมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรคอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .314$, $p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรควัณโรคในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งจะส่งผลให้การจัดการตนเองดีขึ้นด้วย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรควัณโรค

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 24 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 9 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 13 ธันวาคม 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 10 ล้านคน เป็นผู้ชาย 5.7 ล้านคน ผู้หญิง 3.2 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดมีผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านคน (World Health Organization, 2019) และประชากรในทวีปเอเชียยังคงได้รับผลกระทบจากวัณโรคในอัตราที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับประชากรในทวีปอื่น ๆ (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) ประเทศไทยเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) จากข้อมูลล่าสุดที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2021 ซึ่งได้ปรับปรุงข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ปี ค.ศ. 2021 - 2025 และจัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High TB burden countries) ใหม่พบว่า ประเทศไทยพ้นออกจากกลุ่มที่มีภาระวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง แต่ยังอยู่ในกลุ่มของประเภทวัณโรคสูง และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2564 อุบัติการณ์การเกิดโรค 127 ต่อแสนประชากร คือ ลดลง แต่ยังพบอัตราการเสียชีวิตสูง อัตรา 20 ต่อแสนประชากร (World Health Organization, 2021) จากข้อมูลอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำพบว่า ทั่วประเทศอัตราความครอบคลุมมีเพียงร้อยละ 58.7 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เข้าสู่กระบวนการรักษายังไม่บรรลุตามเป้าหมาย ผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุที่เสียชีวิต พบปัญหาซับซ้อนในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย พยาธิสภาพของโรค โรคร่วม ด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นการรักษาทางยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยรักษาได้สำเร็จ ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับโรคที่เป็น เพื่อสนับสนุนการหายของโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การจัดการตนเอง (self-management) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (day-to-day task) ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยเป็นการปฏิบัติตลอดช่วงชีวิต (lifetime tasks) (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยการปฏิบัติ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การจัดการด้านยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ (role management) เป็นการคงไว้หรือการปรับบทบาทเดิมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในบทบาทใหม่ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เป็นการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น อารมณ์โกรธ กลัว หงุดหงิด และหดหู่ ซึ่งในผู้สูงอายุโรควัณโรคอาจต้องเผชิญกับอารมณ์เหล่านี้ตลอดระยะเวลาที่รักษาโรค จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาแบบเชิงรุก (proactive coping) และการจัดการตนเอง (self-care management) ในผู้ป่วยวัณโรคปอดอายุระหว่าง 15-55 ปี จำนวน 105 คน ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการแยกตนเองร้อยละ 25.2 ไม่แยกตนเอง ร้อยละ 40.5 มีการจัดการตนเองด้านอาหารร้อยละ 30.8 การจัดการตนเองด้านยาและออกกำลังกาย ร้อยละ 47.9 (Sukartini, Ramadhani, & Hidayati, 2017)

ผู้สูงอายุโรควัณโรคจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับโรคที่เป็น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ทัศนคติ สถานภาพสมรส สภาพที่อยู่อาศัย ความรู้ ดังการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยวัณโรค ประเทศอิหร่าน (Mahmoodi, Hassanzadeh, & Rahimi, 2021) พบปัจจัยด้านอายุ (β = 0.84) ทัศนคติ (β = 0.10) สถานภาพสมรส (β = 0.04) และสภาพบ้าน (β = 0.03) ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการจัดการตนเอง คือ ผู้ที่อายุมากจะส่งผลให้มีการจัดการตนเองดี ระดับการศึกษา (β = 0.16) มีผลต่อการจัดการตนเองทางอ้อมผ่านความรู้ ส่วนความรู้ (β = 0.83) มีผลทางอ้อมต่อการจัดการตนเองผ่านทัศนคติ นอกจากนั้นปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองใน

ผู้ป่วยโรควัณโรคซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความคล้ายคลึงกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคน่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองซึ่งเป็นทักษะที่ซับซ้อน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางสติปัญญาและการรับรู้ ซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และการนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริม และรักษาสุขภาพและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการดำเนินการด้านสุขภาพ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Nutbeam, 1998) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่ดี โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับพื้นฐาน (basic/functional level) เป็นสมรรถนะในการอ่านและเขียน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (communicative/Interactive level) เป็นสมรรถนะในการใช้ความรู้ และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ (critical level) เป็นสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินและเลือกปฏิบัติเพิ่มการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค พบการศึกษาในประเทศเปรู ในผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 272 คน อายุเฉลี่ย 39 ปี โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 81.2 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง และร้อยละ 29 มีความรอบรู้ระดับต่ำ (Penaloza et al., 2019) การศึกษาในประเทศเกาหลีของ ซุง และคณะ (Song et al., 2020) ในผู้ป่วยวัณโรค โดยเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 30.1 ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุมีต่ำกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่

ในประเทศไทย การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรคยังพบน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวอาจไม่สามารถอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุโรควัณโรคได้ เนื่องจากมีความแตกต่างของการจัดการตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุโรควัณโรคต้องมีการจัดการเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ และการต้องจัดการยาอย่างเคร่งครัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค เพื่อนำมาเป็นองค์ความรู้ในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน แต่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากผู้ป่วยมีการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดการตนเองตามแนวคิดของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ตนเองสามารถนำแผนการรักษามาผนวกรวมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ตนเองสามารถดำรงอยู่กับความเจ็บป่วยโรควัณโรคได้ ตลอดจนถึงหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดการด้านการแพทย์ คือ การจัดการด้านยา การจัดการด้านอาหาร การจัดการด้านอาการ การจัดการด้านกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การติดตามประเมินการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) การจัดการกับบทบาท ที่ต้องเริ่มเปลี่ยนแปลงบทบาทเดิมหรือสร้างบทบาทผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทใหม่ ซึ่งบทบาทต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มเติมโดยผู้ป่วยต้องสามารถจัดการการปฏิบัติตามบทบาทต่าง ๆ ได้

อย่างกลมกลืน 3) การจัดการด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เป็นระยะเวลานานที่อาจส่งผลให้เกิดความเครียด ท้อแท้หรือเบื่อหน่าย หรือผู้ป่วยอาจถูกรังเกียจจากคนในสังคม เนื่องจากโรควัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ง่าย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงควรมีการจัดการกับอารมณ์ตนเองที่เหมาะสม

การจัดการตนเองทั้งสามด้านเป็นทักษะที่ซับซ้อนและผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีทักษะพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ซึ่งเรียกว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2015) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน เป็นทักษะที่ช่วยให้บุคคลเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อประยุกต์ใช้กับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ระดับปฏิสัมพันธ์เป็นทักษะในการสกัดข้อมูลและการให้ความหมายของข้อมูลจากการสื่อสารหลายรูปแบบและการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการปรับเปลี่ยนบริบทต่าง ๆ และระดับวิจารณญาณ เป็นทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งถ้าผู้สูงอายุโรควัณโรคมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งสามระดับจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (accessible population) คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา

ประชากรที่เข้าถึง (accessible population) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา ที่มารับการรักษา โรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งในจังหวัดพัทลุง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งในจังหวัดพัทลุง ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา และมีคุณสมบัติที่กำหนดตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1. มีสติปัญญา การรับรู้ที่ปกติ โดยการประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญา การรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ฉบับภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ได้คะแนนระหว่าง 8-10 คะแนน
2. มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Sciences, 2014) คะแนนอยู่ระหว่าง 12-20 คะแนน
3. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
4. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง (medium effect size) ที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.30 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน (Polit & Beck, 2008) จากการเปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลจังหวัด คือ โรงพยาบาลพัทลุง ซึ่งมีผู้ป่วยวัณโรคมารับบริการในจำนวนมากที่สุด และคัดเลือกจากโรงพยาบาลชุมชนจากทั้งหมด 10 แห่ง ที่มีผู้สูงอายุโรควัณโรคมากมา 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเขาชัยสน โรงพยาบาลควนขนุน โรงพยาบาลบางแก้ว และโรงพยาบาลปากพะยูน และนำรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุที่ขึ้นทะเบียน TB 07 ปี 2564 มาทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (sampling random sampling without replacement) เพื่อให้ได้จำนวนตามที่กำหนดตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล ตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพในอดีต อาชีพปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค โรคประจำตัวอื่น จำนวนยาที่ใช้รักษาโรควัณโรค และอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค

2. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรควัณโรค ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริยา นพเคราะห์, โรจนี จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำผลศิริ (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) โดยเปลี่ยนจากคำว่าตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน เป็น ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควัณโรค ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณญาณ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้งโดยแบบวัดมีคะแนน ช่วงคะแนนระหว่าง 14-56 คะแนน โดยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรค ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคของ สมัญญา มุขอาษา และ เกษร สำเภาทอง (Mukarsa & Sampaothong, 2017) ซึ่งผู้วิจัยได้มาแบ่งข้อคำถามให้เหมาะสมโดยการใช้แนวคิดของ ลอริก, และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) แบ่งข้อคำถามการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการทางการแพทย์ การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 14 ข้อ และการจัดการทางการแพทย์ มีคำถามด้านลบ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้งและปฏิบัติน้อยครั้งที่สุด ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-56 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง และคะแนนรวมของการจัดการตนเอง แบ่งระดับเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนตามกลุ่ม ตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วย จำนวนกลุ่มหรือระดับคะแนนที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

คะแนน 1.00 - 35.00 คะแนน หมายถึง การจัดการตนเองระดับต่ำ
คะแนน 36.00 – 47.00 คะแนน หมายถึง การจัดการตนเองระดับปานกลาง
คะแนน 48.00 – 56.00 คะแนน หมายถึง การจัดการตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคของ สมัญญา มุขอาษา และ เกษร สำเภาทอง (Mukarsa & Sampaothong, 2017) ซึ่งผู้วิจัยได้มาแบ่งข้อคำถามให้เหมาะสมโดยการใช้แนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) แบ่งข้อคำถามการปฏิบัติพฤติกรรมการ

จัดการตนเอง 3 ด้าน โดยไม่ได้ปรับข้อความของข้อคำถามใด ๆ และแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนของโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

ความเชื่อมั่น (reliability)

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรควัณโรคและแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรค ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้สูงอายุโรควัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากันทั้ง 2 แบบวัด คือ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยผ่านการรับรองจริยธรรมโครงการการวิจัย เลขที่ 084/2564 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพัทลุง และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพัทลุง เพื่อพิจารณาการรับรองสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งภายหลังเมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย หลังจากที่ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตามที่ต้องการจากผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามหรือพิมพ์ลายมือยินยอมลงใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการสัมภาษณ์ ได้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และนั่งระยะห่าง 1-2 เมตร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี อายุราชการ 23 ปี และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพัทลุง 7 ปี

ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้น ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุโรควัณโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปรียบเทียบคำตอบจากแบบสอบถามได้ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการอ่านคำถามให้ฟัง โดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม โดยเริ่มจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรควัณโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรค แล้วให้ผู้สูงอายุตอบ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามและแบบวัด โดยใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) แล้วพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2009) ตามเกณฑ์ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

r = +/- 1	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
r = +/- 0.70-0.99	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r = +/- 0.30-0.69	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
r = +/- 0.01-0.29	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r = 0	หมายถึง	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างเกือบ 3 ใน 4 เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.20) พบว่ามากกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 53.60) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ76.20) และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.19) กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งมีรายได้ ≤ 5,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 56.00) ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพในอดีตคือเกษตรกรรม (ร้อยละ76.20) แต่อาชีพปัจจุบันไม่ถึงครึ่งที่ยังทำเกษตรกรรม (ร้อยละ 45.24) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 97.60) โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรสเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.30) รองลงมาคือบุตร/หลาน (ร้อยละ 39.30) แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งได้รับจากทุกช่องทาง คือ สื่อสิ่งพิมพ์ อินเตอร์เน็ต วิทยุ หอกระจายข่าว และโทรทัศน์ (ร้อยละ 57.10) และไม่ถึงครึ่งได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์เพียงช่องทางเดียว (ร้อยละ 42.90)

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควัณโรคตั้งแต่ 2 สัปดาห์ - 2 เดือน (ร้อยละ 73.80) และ1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควัณโรคมากกว่า 2 เดือน (ร้อยละ 26.20) กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 3 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น (ร้อยละ 36.90) ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่นร่วม (ร้อยละ 63.10) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 47.17) กลุ่มตัวอย่างขณะสัมภาษณ์เกือบทั้งหมดรับประทานยารักษาวัณโรค (ร้อยละ 96.4) เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 46.92) รับประทานยารักษาวัณโรคจำนวน 4 ชนิด และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 มีอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค (ร้อยละ 34.52) ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างโรค (ร้อยละ 65.48) มีอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค ในรายที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค อาการที่พบมากที่สุดคืออ่อนเพลีย ปวดเมื่อย และอาการชา (ร้อยละ 23.64, ร้อยละ 21.82 และร้อยละ 14.54 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 42.39 คะแนน (SD = 7.10) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.60 (SD = 4.16) อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูงใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 32.14, 35.72 และ 32.14 ตามลำดับ สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์พบค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 15.60 คะแนน (SD = 2.63) อยู่ในระดับสูง และมีสัดส่วนระดับปานกลางและระดับสูงในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 47.6 และ 50.0 ตามลำดับ มีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับต่ำ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณพบค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.20 (SD = 2.51) อยู่ในระดับสูง

โดยมีสัดส่วนกลุ่มร้อยละ 81 อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมเท่ากับ 49.06 (SD = 3.79) ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกการจัดการตนเองรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองด้านการแพทย์เท่ากับ 22.31 (SD = 1.65) อยู่ในระดับปานกลาง และมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเกือบ 3 ใน 4 ที่มีการจัดการตนเองด้านการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองด้านบทบาทเท่ากับ 21.74 (SD = 1.77) อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.80) ที่มีการจัดการตนเองด้านบทบาทอยู่ในระดับสูง และค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองด้านอารมณ์เท่ากับ 3.63 (SD = 0.60) อยู่ในระดับสูง โดยมีประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสัมภาษณ์ ช่วงคะแนน แนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการกระจายข้อมูล จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 84)

ตัวแปร	คะแนนแบบสัมภาษณ์	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระดับ	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	14.00-56.00	14.00-56.00	42.39 (7.10)	ปานกลาง	-	43 (51.20)	41 (48.80)
ระดับพื้นฐาน	5.00-20.00	5.00-20.00	13.60 (4.16)	ปานกลาง	27 (32.14)	30 (35.72)	27 (32.14)
ระดับปฏิสัมพันธ์	5.00-20.00	10.00-20.00	15.60 (2.63)	สูง	2 (2.40)	40 (47.60)	42 (50.00)
ระดับวิจารณญาณ	4.00-16.00	8.00-16.00	13.20 (2.51)	สูง	-	16 (19.00)	68 (81.00)
การจัดการตนเอง	14.00-56.00	31.00-56.00	49.06 (3.79)	สูง	1 (1.20)	22 (26.20)	61 (72.60)
การจัดการด้านการแพทย์	8.00-15.00	16.00-24.00	22.31 (1.65)	ปานกลาง	-	58 (70.20)	25 (29.80)
การจัดการด้านบทบาท	6.00-11.00	14.00-24.00	21.74 (1.77)	สูง	-	1 (1.20)	83 (98.80)
การจัดการด้านอารมณ์	4.00-7.00	2.00-4.00	3.63 (0.60)	สูง	-	26 (31.00)	58 (69.00)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .314$, $p < .001$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและระดับวิจารณญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูง และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ($r = .800$, $p < .001$) ระดับปฏิสัมพันธ์ ($r = .667$, $p < .001$) และระดับวิจารณญาณ ($r = .801$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรควัณโรค และพฤติกรรมการจัดการตนเอง (n = 84)

	การจัดการตนเอง	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.314**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	.800**	สูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	.667**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ	.801**	สูง

**$p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรควัณโรค

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุโรควัณโรคมีทักษะการฟัง การอ่าน และการเขียนค่อนข้างดี แต่อาจมีทักษะในการคิดวิเคราะห์ การสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งอาจอธิบายได้จากปัจจัยส่วนบุคคล คือปัจจัยด้านอายุ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือ อายุตั้งแต่ 60-69 ปี (ร้อยละ 53.60) ซึ่งเป็นวัยที่ยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไม่มากนัก ยังมีความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และสมรรถนะด้านสมองดี จึงยังสามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้หลากหลาย แต่ความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ซึ่งเป็นทักษะด้านสติปัญญาการรับรู้ระดับสูง อาจบกพร่องไปบ้าง ซึ่งการเรียนรู้ของบุคคลจะเริ่มลดลงตอนอายุ 40 – 50 ปี และจะลดลงมากขึ้นเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดีแต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง (Sumalrot & Suksawai, 2015) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 76.19) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นการศึกษาขั้นพื้นฐานทำให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านออกและเขียนได้ แต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุคิดวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.20) และเกือบทั้งหมดได้อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 97.60) อธิบายได้ว่าบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และมีส่วนช่วยในการส่งเสริม

ความเข้าใจต่อข้อมูลด้านสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง (Khumthong, Potisiri, & Kaedumkoeng, 2016) เป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี (Ginggeaw & Prasertsri, 2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 250 ราย พบว่าการอาศัยอยู่กับคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Seifollahzadeh, Motalebi, Amirzadeh Iranagh, Mafi, & Mohammadi, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และ อรทัย เหรียญทิพยะสกุล (Boonsatean & Reantippayasakul, 2020) เรื่องความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของ สุทธินันท์ คอดริงตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ ทศพร คำผลศิริ (Codrington, Panuthai, & Khampolsiri, 2021) ที่พบว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมของ รำไพพรรณ หน้อยบุญตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ (Noiboontun, Panuthai, & Suwankruhasn, 2022) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรควัณโรคมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงถึงการมีการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ด้านอารมณ์และด้านบทบาทเหมาะสม อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 53.60) เป็นช่วงอายุที่สมรรถภาพการทำงานของร่างกายยังลดลงไม่มาก ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ยังดีพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมการจัดการความเจ็บป่วยของตนเองได้ ดังการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาของ ธราดล โพธิษา, น้ำเงิน จันทรมณี, และ ทวีวรรณ ศรีสุขคำ (Pothisa, Jantaramanee, & Srisookkum, 2021) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 303 ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีการจัดการตนเองที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 70 – 79 ปี และ มากกว่า 80 ปี

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคทุกคนมีระบบการดูแลแบบมีพี่เลี้ยง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการจัดการด้านต่าง ๆ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์และแหล่งต่าง ๆ และนำมาปรับใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ในเรื่องการดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการดูแลในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านอารมณ์สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับการจัดหาสิ่งสนับสนุนที่ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีการจัดการตนเองระดับดี เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุโรควัณโรคเพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ทำให้มีความใส่ใจสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อเป้าหมายของการมีสุขภาพดีขึ้น ดังการศึกษาของ รัชญา มารักษา, ณิชชาภัทร ขันสาคร, อัจฉรา วรารักษ์, และ นรีมาลย์ นีละไพจิตร

(Maraksa, Khansakorn, Vararuk, & Nelapaichit, 2021) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 36.8 ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเกิน 1 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการตนเอง (self- management practices) ในผู้ป่วยมะเร็งของประเทศซาอุดิอาราเบียของ อัลฮาลิตี้ และ วาสก้า (Al-Harithy & Wazqar, 2021) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับการปฏิบัติการจัดการตนเอง คือผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปีจะมีการปฏิบัติการจัดการตนเองดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยเกิน 1 ปี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค

จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .314$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรควัณโรคที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มีการจัดการตนเองดี ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของผู้สูงอายุโรควัณโรคในการเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อส่งเสริมและช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับโรค เพื่อให้สามารถเกิดการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองไปในทางที่ส่งเสริมและสนับสนุนการหายของโรค ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานปานกลาง จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถเข้าใจเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000; Health education Division, 2017) ทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมสุขภาพ รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร กำหนดการนัดหมายของแพทย์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เป็นต้น สามารถนำมาวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมโรค ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอด ประเทศเกาหลี โดยเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 30.1 ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p < .001$) (Song et al., 2020)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ระดับปฏิสัมพันธ์ปานกลาง ซึ่งมีสมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (cognitive literacy) และทักษะทางสังคม (Social skills) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามบุคคลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ เช่น บุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อนำมาปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ส่วนความรอบรู้ด้านวิจารณญาณระดับสูง คือมีทักษะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ สามารถตัดสินและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดีอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงการรักษาโรค ซึ่งทักษะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรควัณโรคสามารถนำข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งมาปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง นอกจากนั้นอาจจะสามารถเป็นปากเป็นเสียงให้ตนเองโดยการโน้มน้าวบุคคลอื่นเพื่อให้ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ตนเองสามารถมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้เหมาะสมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุโรควัณโรค สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรควัณโรคผ่านทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค

2. การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรควัณโรคที่เป็นเพศชายส่วนใหญ่ และมีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี ดังนั้นผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรสูงอายุวัณโรคได้ทั้งหมด ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย หรือผู้สูงอายุเพศหญิง

References

Al-Harithy, F. M., & Dhuha, Y. W. (2021). Factors associated with self-management practices and self-efficacy among adults with cancer under treatment in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing, 30*(21-22), 3301-3313. doi: 10.1111/jocn.15843

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Boonsatean, W., & Reantippayasakul, O. (2020). Health literacy: Situation and impacts on health status of the older adults. *APHEIT Journal of Nursing and Health, 2*(1), 1-19. (in Thai)

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier.

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Data and statistics*. Retrieved from https://www.cdc.gov/tb/statistics/

Codrington, S., Panuthai, S., & Khampolsiri, T. (2021). Health literacy and self-management among elderly monks with hypertension. *Nursing Journal, 48*(4), 268-280. (in Thai)

Department of Medical Sciences. (2014). *Screening/Assessment manual for the elderly.* Nonthaburi: Office of the Veterans Organization. (in Thai)

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

Health Education Division. (2017). *Report on the results of developing health knowledge and health behaviors for the year 2022*. Retrieved form http://hed.go.th/linkHed/448

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)

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education, history, definition, outcomes, and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01

Mahmoodi, R., Hassanzadeh, A., & Rahimi, M. (2021). Health literacy and its dimensions in elderly people in Farsan city, Iran. *Journal of Education and Health Promotion, 10*, 362. doi: 10.4103/jehp.jehp_149_21

Maraksa, S., Khansakorn, N., Vararuk, A., & Nelapaichit, N. (2021). Associations of health literacy and social support with self–care behaviors in breast cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 22*(2), 435-442. (in Thai)

Mukarsa, S., & Sampaothong, K. (2017). Effects of a health promotion program by applying the theory of empowerment in new smear positive pulmonary tuberculosis patients. *Journal of Medicine and Health Science, 24*(1), 13-27. (in Thai)

Noiboontun, R., Panuthai, S., & Suwankruhasn, N. (2022). Health literacy and self-management among older persons with metabolic syndrome. *Nursing Journal CMU, 49*(1), 213-224.

Noppakraw, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, *47*(2), 251-261. (in Thai)

Nutbeam, D. (1998) *Health promotion glossary.* Geneva: World Health Organization.

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), 450-455. doi: 10.7143/jhep.42.450

Penaloza, R., Navarro, J. I., Jolly, P. E., Junkins, A., Seas, C., & Otero, L. (2019). Health literacy and knowledge related to tuberculosis among outpatients at a referral hospital in Lima, Peru. *Research and Reports in Tropical Medicine, 1*(10), 1-10. doi: 10.2147/RRTM.S189201

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pothisa, T., Jantaramanee, N., & Srisookkum, T. (2021). Factors predicting medication adherence in patients with hypertension in a community of Phayao Province. *Thai Journal of Pharmacy Practice, 6*(3), 22-33. (in Thai)

Seifollahzadeh, S., Motalebi, S. A., Amirzadeh Iranagh, J., Mafi, M., & Mohammadi, F. (2019). Predictors of health literacy in community-dwelling elderly. *Social Health and Behavior, 2*(4), 139-144.

Song, S. H., Hahn, H. S., Kyung, Y. S., Hwang, K. J., An, H. C., Lim, H. Y., ... Jeong, H. S., (2002). A study of clinical investigations of pulmonary tuberculoma. *Tuberculosis and Respiratory Diseases, 52*(4), 330-337. doi: 10.4046/trd.2002.52.4.330

Sukartini, T., Ramadhani, F., & Hidayati, L. (2017). Relationship between proactive coping and self-care management in patient with pulmonary tuberculosis. *Journal NERS, 12(2),* 233–238.

Sumalrot, T., & Suksawai, H. N. (2015). Aging in the world of work: Biopsychosocial perspectives. *Panyapiwat Journal*, *7*(1), 242-254. (in Thai)

World Health Organization. (2019). *WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control, 2019 update*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2021). *World health statistics 2021: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* Geneva: Author.

The Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-efficacy in Promoting Living Wills of Professional Nurses Working in an Intensive Care Unit*

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต*

กัลยา	มั่นล้วน**	Kanlaya	Munluan**
ณัฐพล	ชัยหาญ***	Nattapol	Chaihan***

Abstract

Professional nurses' knowledge, attitude, and self-efficacy perceptions are critical factors in promoting living wills for critically ill patients. This descriptive correlational research aimed at examining professional nurses' knowledge, attitude, and self-efficacy in promoting living wills for critically ill patients. The sample included 154 ICU nurses working at a university hospital. The research instruments consisted of 1) a personal information record form; 2) a questionnaire on knowledge to promote living wills; 3) a questionnaire on attitude to promote living wills; and 4) a questionnaire on self-efficacy to promote living wills. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were used to analyze the data.

The findings revealed that the average score of nurses' knowledge about promoting living wills was high, while the attitude and self-efficacy scores about promoting living wills were moderate. There was a significant relationship between attitude toward promoting living wills and self-efficacy ($r = .28$, $p < .05$), but no significant relationship between knowledge and self-efficacy toward promoting living wills ($p > .05$).

The results of this research can be used as a basis for developing the competency of professional nurses in intensive care units. However, in this study, attitude had a positive correlation with self-efficacy perception, while knowledge had no correlation with self-efficacy perception. Subsequent studies should study other variables as a basis for developing nurses' competencies in promoting living wills for critically ill patients.

Keywords: Knowledge; Attitude; Self-efficacy; Living wills

* Received funding from Huachiew Chalermprakiet University

** Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

*** Corresponding author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University; e-mail: nuttapol.chaihan@gmail.com

Received 19 March 2023; Revised 9 June 2023; Accepted 14 June 2023

บทคัดย่อ

ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยวิกฤต การวิจัยแบบพรรณนาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 154 คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต 3) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต และ 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficients

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง คะแนนทัศนคติ และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28$, $p < .05$) แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ($p > .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทัศนคติมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การทำพินัยกรรมชีวิต

* ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
e-mail: nuttapol.chaihan@gmail.com

วันที่รับบทความ 19 มีนาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 9 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 14 มิถุนายน 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย มีผลให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามต่อชีวิต และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยทีมการรักษาที่มีความรู้ความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา (Sujaritwarakul & Somanusorn, 2018) อย่างไรก็ตามหากพยาธิสภาพของโรคมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอาจมีชีวิตอยู่ได้ในช่วงเวลาที่จำกัด บุคคลก็จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการเตรียมความพร้อมจากแพทย์และพยาบาลในระดับหนึ่ง เช่น ได้ทราบว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การดำเนินของโรคของผู้ป่วยแย่ลง (Loknimith, Janda, & Sumdaengrit, 2020) ระยะประมาณการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นต้น (Kastbom, Milberg, & Karlsson, 2017) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่จัดการกับสิ่งที่ค้างคา ได้อยู่กับคนที่รักและมีความหมายกับชีวิต รวมถึงได้ใช้เวลาที่เหลือเพื่อการเตรียมตัวสำหรับเป้าหมายสุดท้ายคือการตายดี ตายสงบ (good death) (Broden, Deatrick, Ulrich, & Curley, 2020)

ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดให้บุคคลมีสิทธิเสรีภาพในการวางแผนชีวิตโดยการเลือกปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยื้อชีวิต หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) ซึ่งเป็นหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยการทำพินัยกรรมชีวิตมีประโยชน์หลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยได้แจ้งเจตจำนงแก่ญาติและบุคคลใกล้ชิด ทำให้สามารถลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติในการวางแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บปวดจากอุปกรณ์พยุงชีพ (Kurin & Mirarchi, 2021) ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาระยะสุดท้ายอยู่กับญาติในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ ในทางปฏิบัติการทำพินัยกรรมชีวิตมักถูกใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตและได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยหอบหืด ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (frailty) และโรคสมองเสื่อม แต่การทำพินัยกรรมชีวิตยังมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และอาการของโรคแย่ลงจนไม่สามารถรักษาให้หายได้ และมีแนวโน้มที่จะเข้าใกล้ความสูญเสีย (Alsayed, Tayeb, & Boker, 2022; Broden et al., 2020)

สิทธิในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ยังถือว่าเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย อีกทั้งรายงานการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีจำนวนไม่มาก จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทสังคมไทย พบเพียงการศึกษาการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Phurithummachote, 2016) และความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ (Kangwansura, Tienthavorn, Srisuwan, & Gesakomol, 2022) สำหรับการศึกษาในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพต่อการทำพินัยกรรมชีวิต พบว่ามีการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลต่อการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย โดยศึกษาในผู้ป่วยอายุกรรมและศัลยกรรมทั่วไป (Hemnoot, Junda, & Phinitkhajorndech, 2021) อีกทั้งมีการศึกษาระดับความรู้ และทัศนคติของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าสำหรับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตของแพทย์และพยาบาล (Bussa, Pornpiboon, & Sittisombut, 2019)

ในต่างประเทศ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตและกฎหมายเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความมั่นใจในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต (Coffey et al., 2016) อีกทั้งพบว่ามีการศึกษาความรู้และทัศนคติของพยาบาลในการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งพบว่าพยาบาลมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในเรื่องของกฎหมายเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต และมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำพินัยกรรมชีวิต อีกทั้งพยาบาลยังขาดความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (Vazquez-Campo, Tizon-Bouza, Martínez-Santos, & Vilanova-Trillo, 2020) นอกจากนี้ มีการศึกษาทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิต ทักษะการสื่อสารของพยาบาล ความรู้ และการรับรู้เรื่องความตาย โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน และพยาบาลในหอผู้ป่วยประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่าระดับของความรู้ ทัศนคติ ทักษะการสื่อสาร และการรับรู้เรื่องความตายของพยาบาลทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งพบว่า ความรู้และทัศนคติของพยาบาลแผนกฉุกเฉินต่ำกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยประคับประคอง (Yang et al., 2023) การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การที่พยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีและถูกต้องในเรื่องสิทธิการทำพินัยกรรมชีวิตจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม (Alsayed et al., 2022; Poveda-Moral et al., 2021)

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับมุมมองในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำพินัยกรรมชีวิต โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 20 ราย พบว่า 1) พยาบาลมองว่าการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นการุณยฆาตหรือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา 2) บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความวิตกกังวลในการดูแลความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว และ 3) พยาบาลวิชาชีพขาดความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการทำพินัยกรรมชีวิต และไม่มั่นใจที่จะขอให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการแสดงเจตนาทำพินัยกรรมชีวิต นอกจากนี้พยาบาลยังให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับข้อมูลเพื่อตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตไว้ตั้งแต่แรกรับเข้าในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น หัวใจหยุดเต้น พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความลำบากใจในการตัดสินใจช่วยเหลือ หรือบางสถานการณ์เมื่อพยาบาลได้ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการกู้ชีพแล้ว แต่ไม่ได้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ไม่ต้องการรับการช่วยเหลือด้วยหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ย่อมทำให้เกิดปัญหาระหว่างญาติผู้ป่วยกับพยาบาลตามมา ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และมีสมรรถนะในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพบางส่วนยังมีความรู้ค่อนข้างน้อยร่วมกับมีทัศนคติในเชิงลบเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต (Hemnoot et al., 2021) และมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ค่อนข้างจำกัด อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาพบเพียงการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ผลการศึกษามีความแตกต่างกันโดยเฉพาะการศึกษาในตัวแปรด้านความรู้ ทัศคติ และสมรรถนะแห่งตน นอกจากนี้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตถือเป็นบุคลากรสุขภาพมีบทบาทในการดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยกับญาติมากที่สุด จึงจำเป็นที่ต้องมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งการมีความรู้ที่ดีมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ดีของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1975) ที่กล่าวว่า ทัศนคติเป็นตัวเร่งให้เกิดการปฏิบัติ และความรู้จะไม่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจนกว่าจะเกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัตินั้น ๆ ร่วมกับแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดออกมานั้นต้องมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพื่อกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุตามเป้าหมาย ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กันซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ

และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อจะได้นำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตให้มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีความสามารถในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ในภาวะที่สงบของชีวิต ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน อีกทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขณะเจ็บป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตขณะอยู่ในวาระสุดท้ายอย่างมีสุขภาวะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Bloom, 1975) ซึ่งบลูมกล่าวว่าความรู้เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาทางด้านสติปัญญา เกี่ยวข้องกับการรู้และการจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อใช้มาประกอบการตัดสินใจ ซึ่งความรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสิทธิการทำพินัยกรรมชีวิตตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เมื่อพยาบาลมีความรู้ที่ดีจะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแล และให้คำแนะนำผู้ป่วย สามารถตอบสนองและให้คำแนะนำผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สำหรับทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต คือความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการส่งเสริมทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย หรือหนังสือแสดงเจตนาการไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของตน หรือเพื่อการยืดการทรมานจากการเจ็บป่วยโดยการทำเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมีผลทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตตามมา โดยเมื่อมีการเรียนรู้ในตัวบุคคลจะเกิดความเข้าใจส่งผลให้เกิดทัศนคติและมีความมั่นใจที่จะส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต

การศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1997) โดยแบนดูราได้ให้คำจำกัดความการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ ความรู้และทัศนคติ การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตจะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีในการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนตามมา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 8 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานีจำนวน 1,200 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 8 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล 2) ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤต 3) มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป 4) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 ราย และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G * power กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.9 ทดสอบแบบสองทาง ขนาดอิทธิพล (effect size) ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ (Hemnoot et al., 2021) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.26 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 147 คน เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ 154 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดตามความสะดวก (convenience sampling) โดยเก็บทีละหอผู้ป่วยจนครบ 154 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) การนับถือศาสนา 5) ระดับการศึกษา 6) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 7) หน่วยงานที่สังกัด 8) ประสบการณ์การทำงาน 9) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย 10) ประสบการณ์การได้รับความรู้หรือเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย 11) ประสบการณ์เคยมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่ได้ 12) ประสบการณ์ของบุคคลในครอบครัวเคยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 13) หากบุคคลในครอบครัวของท่านเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายท่านจะสนับสนุนให้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่เพราะเหตุใด 14) หากท่านเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายท่านจะเลือกปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยื้อชีวิตหรือไม่เพราะเหตุใด 15) ประสบการณ์เคยเห็นผู้ป่วยหรือญาติได้รับการยื้อชีวิต และ 16) ความรู้สึกเมื่อเห็นผู้ป่วยหรือญาติได้รับการยื้อชีวิต

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ พิชรา บุสษา และคณะ (Bussa et al., 2019) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับการประเมินความรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้าใจหรือการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการส่งเสริมทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ (multiple-choice) มี 4 ตัวเลือก การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

แปลผลคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งออกเป็น 3 โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ เบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ คะแนน 6.68 – 10 หมายถึง มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนน 3.34 - 6.67 หมายถึง มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 0 - 3.33 หมายถึง มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้คะแนนรวมในการวิเคราะห์

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ พิชรา บุสษา และคณะ (Bussa et al., 2019) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับการประเมินทัศนคติของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการส่งเสริมทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ เบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 73.34 – 100 หมายถึงมีระดับทัศนคติสูง คะแนนเฉลี่ย 46.67 - 73.33 หมายถึงมีระดับทัศนคติปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 20.00 - 46.66 หมายถึง มีระดับทัศนคติต่ำ สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้คะแนนรวมในการวิเคราะห์

4. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ นวลปราง เห็มนุช และคณะ (Hemnoot et al., 2021) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มั่นใจมาก ให้ 4 คะแนน มั่นใจปานกลาง ให้ 3 คะแนน มั่นใจเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน และ ไม่มั่นใจเลย ให้ 1 คะแนน

แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ เบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 12-28 หมายถึงมีระดับการรับรู้สมรรถนะต่ำ คะแนนเฉลี่ย 29-45 หมายถึงมีระดับการรับรู้สมรรถนะปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 46-60 หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะดี สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้คะแนนรวมในการวิเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ดัดแปลงจากต้นฉบับเดิมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎี 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 4) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต และ 5) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต 2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.82, 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต โดยใช้สูตร Kuder - Richardson formula 20 (KR 20) ได้เท่ากับ 0.72 สำหรับแบบสอบถามทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach’s alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตามเลขที่เอกสารรับรองโครงการการวิจัย HCU-EC1315/2566 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งในระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยหลักนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและใช้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ต่อมาผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ภายหลังจากนั้นผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วยเพื่อช่วยสำรวจรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้รับรายชื่อกลุ่มเป้าหมายแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตัวเพื่อชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอม และผู้วิจัยเก็บหนังสือยินยอมกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการระบุตัวตนไปยังผู้ตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที มีการนัดส่งคืนแบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้คะแนนเฉลี่ยจำแนกตามการแบ่งระดับของแบบสอบถาม

3. ทดสอบกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficients

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 154 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.60 อายุตั้งแต่ 18-40 ปี เฉลี่ย 36.00 ปี (SD = 7.08) สถานภาพโสดร้อยละ 60.50 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.12 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 90.66 รายได้เฉลี่ย 30,001 – 50,000 บาท/เดือน ร้อยละ 76.60 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม มากที่สุดร้อยละ 20.60 จากหอผู้ป่วยทั้งหมด 8 หอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงาน 5-7 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.60 รวมทั้งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเรียงจากมากไปหาน้อยดังนี้ เคยดูแลมากกว่า 10 ราย ร้อยละ 68.20 เคยดูแล 5-10 ราย ร้อยละ 23.40 และเคยดูแล 1-4 ราย ร้อยละ 8.40 ส่วนมากเคยได้รับความรู้หรือเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย มากที่สุด ร้อยละ 60.80 เคยมีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายขาดร้อยละ 56.50 ซึ่งได้รับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 43.50 หากบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยที่จะสนับสนุนให้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตร้อยละ 99.40 และหากตนเองเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เห็นด้วยที่จะเลือกปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยื้อชีวิตของตนเองร้อยละ 98.80 และมีความรู้สึกสงสาร อีกทั้งรู้สึกว่าผู้ป่วย

ได้รับความทุกข์ทรมานมากที่สุดร้อยละ 68.80 และ 67.50 ตามลำดับ

2. ระดับความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.12 (SD = 1.11) อยู่ในระดับสูง คะแนนทัศนคติในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.36 (SD = 4.59) อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.10 (SD = 8.66) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับของความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 154)

ตัวแปร	Possible score	$\bar{X}$	SD	Level
ความรู้	0-10	9.12	1.11	High level
ทัศนคติ	20-100	70.36	4.59	Moderate level
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	12-60	39.10	8.66	Moderate level

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28$, $p < .05$) แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .04$, $p = .39$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 154)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ความรู้	1		
ทัศนคติ	.26*	1	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.04ns	.28	1

*p-value < .05, ns = not significant

การอภิปรายผล

1. ระดับความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.12 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยก รรมชีวิตซึ่งเป็นนโยบายระดับชาติที่ต้องการขับเคลื่อนการใช้กฎหมายมาตรา 12 ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

และมีการรณรงค์ให้ความรู้และสนับสนุนให้มีการนำไปปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 5-7 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากกว่า 10 ราย ถึงร้อยละ 68.20 ซึ่งประสบการณ์ที่ผ่านมาจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งนั้น ๆ อีกทั้งในปัจจุบันนี้หลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายมากขึ้น (Matchim, Thongthawee, Raetong, & Kanhasing, 2022) และยังมีสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับข้อกฎหมายหรือกระบวนการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้าที่สามารถให้เข้าถึงได้โดยง่ายทำให้พยาบาลสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ได้ นอกจากนี้ในโรงพยาบาลยังมีพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่คอยสนับสนุนให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองรวมถึงการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ทำให้พยาบาลมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาในสาธารณรัฐจีนที่พบว่าความรู้ของพยาบาลที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับระยะเวลาและประสบการณ์การทำงานอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งหากพยาบาลมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่เคยทำหนังสือแสดงเจตนาการรักษาพยาบาลล่วงหน้ามาก่อน จะทำให้มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้มากยิ่งขึ้น (Ho, Liu, Joo, Lee, & Liu, 2022)

ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.36 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึก และความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมทำพินัยกรรมชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งอาจสะท้อนถึงบริบททางสังคมวัฒนธรรมไทยที่ยังไม่คุ้นเคยหรือยอมรับแนวความคิดเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาหรือพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า ผลการศึกษานี้พบเช่นเดียวกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าพยาบาลมีทัศนคติเชิงลบต่อส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต และบุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ ยังขาดความเชื่อมั่นในการแสดงส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต และเกิดความลังเลใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่จะทำพินัยกรรมชีวิต (Alsayed et al., 2022) และเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยของ พิชรา บุษสา และคณะ (Bussa et al., 2019) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วยทั่วไปพบว่าทัศนคติของพยาบาลในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

การที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตราที่ 12 มาบ้างแล้วและยังผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายมาก่อน มีกลุ่มตัวอย่างบางคนเท่านั้นที่ไม่เคยให้การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายเลย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าการทำพินัยกรรมชีวิตเป็นการแสดงความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงที่จะแสดงเจตนาประสงค์ไม่ขอรับการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิต และก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน (Ho et al., 2022) อีกทั้งการแสดงเจตนาทำพินัยกรรมชีวิตยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ลดความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่อันมีค่าทำในสิ่งที่อยากทำและจัดการสิ่งที่ยังค้างคาใจอยู่ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์โดยตรงทั้งจากการทำงานและบุคคลใกล้ชิดจนทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดมุมมองและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตมากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับหลายการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า บุคลากรสุขภาพมีทัศนคติที่ดีต่อการแสดงเจตนาของผู้ป่วย เพราะการแสดงเจตนามีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนการรักษาด้วยตนเอง (AlFayyad, Al-Tannir, AlEssa, Heena, & Abu-Shaheen, 2019; Ho et al., 2022) อีกทั้งในทางปฏิบัติผลการศึกษาครั้งนี้อาจสะท้อนถึงความเห็นหรือความเชื่อที่จะปฏิบัติบทบาทในเรื่องดังกล่าว ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1975) ที่กล่าวว่าทัศนคติเป็นตัวเร่งให้เกิดการปฏิบัติของบุคคล ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการส่งเสริมทัศนคติของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ

ยังถือเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.10 จากคะแนนเต็ม 60 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต เนื่องจากได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติเรื่องการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตทั้ง 4 แหล่งตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 5-7 ปี อีกทั้งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากกว่า 10 รายเป็นส่วนมาก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างบางรายมีประสบการณ์การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจมากขึ้น (Gilissen et al., 2020) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเคยเห็นต้นแบบจากพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าในการพูดสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต จึงถือว่าได้เห็นต้นแบบที่ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งเป็นการอบรมในรูปแบบการบรรยาย พูดชักจูงด้วยคำพูด จึงเกิดความมั่นใจ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต ในสถานการณ์บางครั้งกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความลำบากใจในการสื่อสารหรือแนะนำเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต กลุ่มตัวอย่างมักได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานที่มากกว่า หรือบางครั้งก็จะได้รับความช่วยเหลือจากทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ บลูม และ แบนดูรา ที่กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างที่เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกันระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยภายในตัวบุคคลคือ ทัศนคติ และการที่บุคคลมีทัศนคติที่ดีทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นออกมา (Bloom, 1975; Bandura, 1997) จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาทั้งจากการทำงานและบุคคลใกล้ชิด จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจเกิดมุมมองที่ดี และเกิดทัศนคติที่ดีรวมทั้งเกิดความมั่นใจเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตมากยิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้ใช้สิทธิในการวางแผนชีวิตของผู้ป่วยตามเจตจำนงของผู้ป่วยที่เคยให้ไว้ในตอนที่ยังมีระดับความรู้สึกตัวที่ดีอยู่ (Yang et al., 2023; Sedini, Biotto, Crespi Bel'skij, Moroni Grandini, & Cesari, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลปราง เห็มนุช และคณะ (Hemnoot et al., 2021) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตทั้งจากการทำงานและเห็นต้นแบบจากบุคคลใกล้ชิด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดมุมมอง เกิดทัศนคติที่ดีรวมทั้งเกิดความมั่นใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากยิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้สิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลในการวางแผนชีวิตของตนเองในประเด็นการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถทำให้เกิดความมั่นใจ

ในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต จึงอาจกล่าวได้ว่าถึงแม้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับสูง แต่ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในกระบวนการรักษา การพูดถึงเรื่องที่เกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิตทำให้พยาบาลบางส่วนอาจจะมีความรู้สึกลำบากใจที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย (Yang et al., 2023) อีกทั้งสถานการณ์ในทางปฏิบัติผู้ป่วยบางรายอาจแสดงเจตจำนงหรือทำพินัยกรรมชีวิตไว้ว่าจะไม่รับการรักษาที่เป็นการรักษาแบบเชิงรุก เช่น ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ช็อตไฟฟ้าหัวใจ ไม่ขอเจาะเส้นเลือดดำที่คอ ไม่เอายากระตุ้นความดันโลหิต เป็นต้น ขอเพียงการจัดการอาการเพื่อช่วยให้ตนเองตายสงบในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่ในสถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้ป่วยมักได้รับการดูแลตามรูปแบบของการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น หากผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวก็จะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือหากผู้ป่วยหมดสติ หัวใจหยุดเต้นก็จะได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือให้ยากระตุ้นความดันโลหิต หรือบางรายอาจได้รับการเจาะเส้นเลือดดำที่คอ เป็นต้น (Ozga, Wozniak, & Gurowiec, 2020) การตัดสินใจรักษาพยาบาลดังกล่าวทำให้ร่างกายผู้ป่วยบอบช้ำโดยไม่จำเป็น ทำให้การตายไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ส่งผลให้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างทุกข์ทรมาน (Carr & Luth, 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนพัฒนาบุคลากรพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการส่งเสริมทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

References

AlFayyad, I. N., Al-Tannir, M. A., AlEssa, W. A., Heena, H. M., & Abu-Shaheen, A. K. (2019). Physicians and nurses' knowledge and attitudes towards advance directives for cancer patients in Saudi Arabia. *PLoS One*, *14*(4), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0213938

Alsayed, E. F., Tayeb, B. O., & Boker, A. (2022). Advanced medical directives or written living wills among Saudi intensive care units, current practice and need to optimization: Opinion of trainees. *Saudi Critical Care Journal*, *6*(2), 50-57.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W.H. Freeman.

Best, J. W. (1981). *Research in Education*. New Delhi: Prentice Hall.

Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook: Cognitive domain.* New York: David McKay.

Broden, E. G., Deatrick, J., Ulrich, C., & Curley, M. A. (2020). Defining a "good death" in the pediatric intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, *29*(2), 111-121. doi: 10.4037/ajcc2020466

Bussa, P., Pornpiboon, P., & Sittisombut, S. (2019). Knowledge and attitude regarding advance directives for end of life care among physicians and nurses. *Nursing Journal, 46*(3), 38-48. (in Thai)

Carr, D., & Luth, E. A. (2019). Well-being at the end of life. *Annual Review of Sociology*, *45*, 515–534. doi: 10.1146/annurev-soc-073018-022524

Coffey, A., McCarthy, G., Weathers, E., Friedman, M. I., Gallo, K., Ehrenfeld, M., ... Itzhaki, M. (2016). Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: A cross-sectional study in five countries. *International Journal of Nursing Practice, 22*(3), 247–257. doi: 10.1111/ijn.12417

Gilissen, J., Pivodic, L., Wendrich-van Dael, A., Cools, W., Vander Stichele, R., Van den Block, L., ... Gastmans, C. (2020). Nurses' self-efficacy, rather than their knowledge, is associated with their engagement in advance care planning in nursing homes: A survey study. *Palliative Medicine, 34*(7), 917-924. doi: 10.1177/0269216320916158

Hemnoot, N., Junda, T., & Phinitkhajorndech, N. (2021). Correlation among knowledge, attitude, and self-efficacy of professional nurses in facilitating patients' advance directive. *Journal of Nursing and Health Care, 39*(2), 49-57. (in Thai)

Ho, M. H., Liu, H. C., Joo, J. Y., Lee, J. J., & Liu, M. F. (2022). Critical care nurses' knowledge and attitudes and their perspectives toward promoting advance directives and end-of-life care. *BMC Nursing*, *21*(1), 1-8. doi: 10.1186/s12912-022-01066-y

Kangwansura, R., Tienthavorn, T., Srisuwan, P., & Gesakomol, K. (2022). Factors affecting older adults' decision-making on having a living will. *Journal of Primary Care and Family Medicine, 5*(1), 33-44. (in Thai)

Kastbom, L., Milberg, A., & Karlsson, M. (2017). A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 25*(3), 933–939. doi: 10.1007/s00520-016-3483-9

Kurin, M., & Mirarchi, F. (2021). The living will: Patients should be informed of the risks. *Journal of Healthcare Risk Management*, *41*(2), 31-39. doi: 10.1002/jhrm.21459

Loknimith, W., Janda, T., & Sumdaengrit, B. (2020). Self-perceived palliative care competencies of nurse working in a university hospital within less than two years of receiving bachelor's degrees. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 21*(3), 373-381. (in Thai)

Matchim, Y., Thongthawee, B., Raetong, P., & Kanhasing, R. (2022). Quality of death and its related factors in terminally ill patients, as perceived by nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, *28*(10), 491–496. doi: 10.12968/ijpn.2022.28.10.491

Ozga, D., Wozniak, K., & Gurowiec, P. J. (2020). Difficulties perceived by ICU nurses providing end-of-life care: A qualitative study. *Global Advances in Health and Medicine*, *7*(9), 1-8. doi: 10.1177/2164956120916176

Phurithummachote, P. (2016). Attitudes towards living wills and factors affecting living wills writing decisions of Borabue Hospital' patients. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 1*(1), 39-50. (in Thai)

Poveda-Moral, S., de la Casa, P. J. M., Sánchez-Valero, P., Pomares-Quintana, N., Vicente-García, M., & Falcó-Pegueroles, A. (2021). Association between knowledge and attitudes towards advance directives in emergency services. *BMC Medical Ethics*, *22*(1), 1-15.

Sedini, C., Biotto, M., Crespi Bel'skij, L. M., Moroni Grandini, R. E., & Cesari, M. (2022). Advance care planning and advance directives: An overview of the main critical issues. *Aging Clinical and Experimental Research, 34*(2), 325–330. doi: 10.1007/s40520-021-02001-y

Sujaritwarakul, M., & Somanusorn, S. (2018). Factors related to death preparation among Thai Buddhist elderly. *Kuakarun Journal of Nursing*, *25*(1), 154-169. (in Thai)

Vazquez-Campo, M., Tizon-Bouza, E., Martínez-Santos, A. E., & Vilanova-Trillo, L. (2020). What do Galicia's nurses know about living wills? *Enfermería Clínica (English Edition), 30*(1), 16-22. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.09.017

Yang, J., Kim, H. J., Heo, S., An, M., Park, S., Ounpraseuth, S., ... Kim, J. (2023). Factors associated with attitudes toward advance directives in nurses and comparisons of the levels between emergency nurses and palliative care nurses. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, *20*(1), e12508. doi: 10.1111/jjns.12508

Quality Improvement of Recording in a Medical Reimbursement Claiming System, Nursing Department of Special Treatment, Lamphun Hospital*

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน*

มัทนีย์พร	ขันคำกาศ**	Mattaneeporn	Kankamgat**
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul***
กุลวดี	อภิชาติบุตร****	Kulwadee	Abhicharttibutra****

Abstract

Accuracy and complete recording in a Medical Reimbursement Claim System (MRCS) is of great benefit to hospital revenues. The purpose of this developmental study was to improve the quality of MRCS recording at the Nursing Department of Special Treatment, Lamphun Hospital. This study's methodology was guided by the FOCUS-PDCA quality improvement process which consists of 9 steps: find a process to improve; organize a team that knows the process; clarify current knowledge of the process; understand causes of process variation; select processes for improvement; plan the improvement; do the improvement; check and evaluate the results; and act to maintain the improvement. The study population included 11 registered nurses. The research instruments included a guideline for recording medical reimbursement claims, an assessment form for practice compliance with the guidelines of the reimbursement claims record, and a record form for the length of completed data in the MRCS. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results showed that following the guidelines for recording medical reimbursement claims enabled an increase in the accuracy and completion of data in the MRCS. After all professional nurses attended the compliance training, the MRCS data attained 100% accuracy. All completed data was submitted to the warehouse within 30 days after patient discharge.

The results of this study showed that the application of the FOCUS-PDCA quality improvement process could increase the accuracy and completion of data and enable timely submission to the MRCS. Nurse administrators should apply the FOCUS-PDCA quality improvement process to improve other medical recording systems in hospitals, and ensure continuous follow-up compliance with guidelines for recording medical reimbursement claims as needed.

Keywords: Quality improvement; Recording in medical reimbursement claiming system; FOCUS-PDCA quality improvement process; Nursing department

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

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

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

Received 25 January 2023; Revised 27 February 2023; Accepted 10 March 2023

บทคัดย่อ

การบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์อย่างแม่นยำและครบถ้วน มีประโยชน์อย่างมากต่อรายได้ของโรงพยาบาล การศึกษาเชิงพัฒนานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ที่กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน วิธีการศึกษาใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบโฟกัส พีดีซีเอ ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ การสร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ การทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง การทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ การเลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ การวางแผนการปรับปรุง การปฏิบัติการปรับปรุง การตรวจสอบการปฏิบัติ และการดำเนินการเพื่อคงไว้ซึ่งการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวทางการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ และแบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการสรุปข้อมูลในระบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สามารถเพิ่มความแม่นยำ และครบถ้วนของข้อมูลในระบบเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ หลังจากพยาบาลวิชาชีพทุกคนเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางการบันทึกข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ข้อมูลมีความแม่นยำ และครบถ้วนร้อยละ 100.00 และข้อมูลที่บันทึกครบถ้วนทั้งหมดถูกส่งเข้าระบบจัดเก็บทันตามกำหนดเวลาภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยจำหน่าย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบโฟกัส พีดีซีเอ เพิ่มความแม่นยำและครบถ้วนของข้อมูลในการบันทึกลงในระบบ และส่งเข้าในระบบได้ทันตามกำหนดเวลา ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบโฟกัส พีดีซีเอ ไปใช้ปรับปรุงคุณภาพระบบการบันทึกทางการแพทย์อื่น ๆ ในโรงพยาบาล และติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกในระบบเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ การบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบโฟกัส-พีดีซีเอ กลุ่มงานการพยาบาล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: petsunee@gmail.com
**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 25 มกราคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 27 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่ตอบรับบทความ 10 มีนาคม 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐมากกว่าร้อยละ 71.10 ใช้สิทธิในการรักษาผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยประชาชนผู้ใช้บริการในระบบนี้ไม่ต้องจ่ายค่าบริการสาธารณสุขหรือค่าบริการทางการแพทย์ (Thungthong et al., 2017) แต่โรงพยาบาลจะดำเนินการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการสาธารณสุขหรือค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (National Health Security Office, Bureau of Compensation and Service Quality Inspection, 2018) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องมีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโปรแกรมที่ สปสช. จัดทำขึ้น ประกอบด้วย ระบบโปรแกรมชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ (Electronic Claim: e-Claim) โปรแกรมดีเอ็มไอเอส (Disease Management Information System: DMIS) เป็นต้น โดยโปรแกรม e-Claim ใช้เพื่อกรอกข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์จากการให้บริการผู้ป่วยใน การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยกรณีมะเร็ง ส่วนโปรแกรม DMIS ใช้เพื่อกรอกข้อมูลการให้การรักษาโรคเฉพาะ เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) การฟอกไตทางช่องท้องแบบถาวร (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) นอกจากนี้ทุกโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายภายในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งหากมีการส่งข้อมูลล่าช้าเกินกำหนดเวลาจะมีผลให้ได้รับเงินจ่ายคืนไม่เต็มจำนวน เช่น ส่งช้ากว่ากำหนดเกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด เป็นต้น (National Health Security Office, 2021)

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนและควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมในการพัฒนา ซึ่งเครื่องมือทางการบริหารที่เหมาะสมในการดำเนินการดังกล่าว ได้แก่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหมายถึงการปรับปรุงคุณภาพในองค์กรอย่างเป็นขั้นตอน อย่างเป็นระบบมีความต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการและมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ (Nakaphitoon, Abhichattibutra, & Thungjaroenkul, 2020) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วย โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย เพราะเป็นวิธีที่ง่ายไม่ซับซ้อนและเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในองค์กรสุขภาพ และยังพบการศึกษาของ สุมาลี อินไชย (Inchai, 2018) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกในโปรแกรมฮอสเอกซ์พี พีซียู (HOSXP PCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนากิ ตำบลผาทอง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบันทึกข้อมูล และศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกในโปรแกรม ฮอสเอกซ์พี พีซียู เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก ตามแนวทางหลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ของกระบวนการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ ด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD และการสังเกต ศึกษาโดยนำกระบวนการของเดมมิ่ง (Deming Cycle) เป็นวงจรพีดีซีเอ (PDCA) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 50.09 เป็นร้อยละ 76.48 แสดงให้เห็นว่าคะแนนคุณภาพข้อมูลมีคะแนนเพิ่มขึ้น มีการบันทึกที่ครบถ้วน สมบูรณ์มากขึ้น ใช้ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลลดน้อยลง และลดปัญหาการพิมพ์ผิด พิมพ์ช้า ซึ่งเป็นบ่อเกิดของการไม่บันทึกข้อมูล หรือบันทึกไม่ครบถ้วน แม่นยำ อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการนำกระบวนการ โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยในต่างประเทศ จึงควรมีการนำกระบวนการนี้มาใช้เพื่อแก้ปัญหาการบันทึกข้อมูลในระบบการเรียกเก็บคำใช้จ่ายในโปรแกรมที่ สปสช. กำหนด

โรงพยาบาลลำพูน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดลำพูน ขนาด 411 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในปี 2560, 2561, และ 2562 มีจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดเท่ากับ 359,981 ราย 367,712 ราย และ 333,932 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นการรับบริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 253,928 ครั้ง 265,520 ครั้ง และ 243,569 ครั้ง รองลงมาคือสิทธิประกันสังคม จากรายงานสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลลำพูน ในปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลลำพูนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางการเงินจากการที่มีรายรับลดลง (Lamphun Hospital, Accounting Group, 2019) ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการกรอกข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายคืนจาก สปสช. ไม่ทันเวลา และไม่ครบถ้วน แม่นยำ โดยเฉพาะในการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ของหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน พบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วนแม่นยำ ไม่สามารถส่งเข้าระบบเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อค่าบริการทางการแพทย์ได้ทันที คิดเฉลี่ยเป็นร้อยละ 60 (Lamphun Hospital, Health Insurance Group, 2020)

จากสถิติการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ของหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน ในปี พ.ศ. 2564 พบปัญหาในการกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่งเกิดจากการบันทึกข้อมูล ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ไม่ครบถ้วนหรือมีแต่ไม่ถูกต้อง ข้อมูลวันเกิด ข้อมูลเพศผู้ป่วย เลขบัตรประชาชนของผู้ป่วย HN อาการสำคัญ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ไม่ระบุการใช้สิทธิ บันทึกรหัสอุปกรณ์ไม่ครบตามรายการอุปกรณ์ การบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วน ไม่มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก หรือรหัสการวินิจฉัยโรคไม่สอดคล้องกับกรณีที่ขอเบิกและอาการของผู้ป่วย รหัสโรครองไม่ถูกต้อง ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น และมีความล่าช้าในการส่งข้อมูล ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้จากการส่งข้อมูลล่าช้ามากกว่า 30 วันหลังให้บริการแก่ผู้ป่วย ถูกหักร้อยละ 5 และถูกปฏิเสธจ่าย ต้องนำข้อมูลมาแก้ไขใหม่เช่นเดียวกับที่เคยเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2561, 2562, และ 2563 ที่พบว่ามีปัญหาในการลงข้อมูลจำนวน 207 ราย, 138 ราย, และ 173 รายตามลำดับ ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้มากกว่าล้านบาท (Lamphun Hospital, Health Insurance Group, 2020)

ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องทำการพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน โดยแนวคิดที่นำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพในโรงพยาบาลและได้ผลดีอย่างต่อเนื่องคือ แนวคิด โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) (Wagner, 2002) เพื่อเกิดประโยชน์ต่อโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องแบบโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอนคือ 1) ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) นำแผนไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) ดำเนินการเพื่อคงไว้ซึ่งการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Wagner,

2002) นำมาเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือ 1) ข้อมูลมารับบริการในหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำพูนที่กรอกในโปรแกรมพระมงกุฎมีความแม่นยำและครบถ้วน 2) ข้อมูลมารับบริการในหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำพูนที่กรอกในโปรแกรมดีเอ็มไอเอส มีความแม่นยำและครบถ้วน และ 3) การส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน ทันเวลาตามที่ สปสช. กำหนด (ไม่เกิน 30 วันหลังจากให้บริการแก่ผู้ป่วย)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลลำพูน ซึ่งแยกเป็น ทีมพัฒนา คือ เจ้าหน้าที่งานจัดเก็บรายได้ กลุ่มงานประกันสุขภาพและผู้วิจัย รวมเป็น 2 คน และทีมปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลประจำการของหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลลำพูน รวมทั้งหมด 11 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด ที่ถูกบันทึกในโปรแกรมพระมงกุฎ (Phramongkut Software: PMK) โปรแกรมดีเอ็มไอเอส (Disease Management Information System: DMIS) และโปรแกรม e-claim แยกเป็นข้อมูลในหน่วยไตเทียม 339 ราย หน่วยเคมีบำบัด 142 ราย ของ กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลลำพูน (Lamphun Hospital, Health Insurance Group, 2020)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด ประกอบด้วย 3 โปรแกรมได้แก่ 1) การบันทึกโปรแกรมพระมงกุฎ (Phramongkut Software: PMK) 2) การบันทึกโปรแกรมดีเอ็มไอเอส (Disease Management Information System: DMIS) และ 3) การบันทึกโปรแกรม e-Claim

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด และเติมคำ

2.2 แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ และแบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการสรุปข้อมูลในระบบ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน โดยแบบประเมินนี้จะแยกออกเป็น 4 ส่วนดังนี้ 1) ประเมินความแม่นยำและครบถ้วนของข้อมูลที่กรอกในโปรแกรมพระมงกุฎ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 17 ข้อ 2) ประเมินความแม่นยำและครบถ้วนของข้อมูลที่กรอกในโปรแกรมดีเอ็มไอเอสของหน่วยไตเทียม ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 70 ข้อ 3) ประเมินความแม่นยำและครบถ้วนของข้อมูลที่กรอกในโปรแกรมดีเอ็มไอเอส และโปรแกรม e-Claim ของหน่วยเคมีบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 28 ข้อ โดยข้อคำถามในส่วนที่ 1-3 มีข้อให้เลือกตอบ คือ ปฏิบัติได้แม่นยำครบถ้วน ปฏิบัติแต่ไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติ ส่วน 4) ประเมินความทันเวลาในการส่งข้อมูล ที่เป็นข้อให้เลือกตอบ คือ ทันเวลา และไม่ทันเวลา

แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และ ทำการตรวจสอบความคงที่ของการสังเกต (inter-rater agreement) โดยผู้ศึกษาและทีมพัฒนา 1 คน ทำการประเมินความแม่นยำ ครบถ้วนและความทันเวลาจากข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ถูกบันทึกในโปรแกรมพระมงกุฎ และโปรแกรมดีเอ็มไอเอส (Disease Management Information System: DMIS) และโปรแกรม e-Claim โดยเลือกข้อมูลมา 10 ราย แล้วให้แต่ละคนทำการประเมินความถูกต้องครบถ้วน จากนั้นนำผลการประเมินที่ได้มาหาค่าความสอดคล้องได้ค่าเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 073/2565 และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลลำพูน เอกสารเลขที่ Ethic LPN 017/2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลและขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ตามขั้นตอนการพัฒนา โฟกัส พีดีซีเอ ดังนี้

1. ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ (F: find a process to improve) ดำเนินการค้นหาปัญหาในการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน โดยการตรวจสอบข้อมูลบันทึกรายการเคลื่อนไหวของรายงานบัญชีลูกหนี้ งานเรียกเก็บ กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลลำพูน ย้อนหลัง 3 เดือน โดยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ของการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน และนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก มาวิเคราะห์จำแนกข้อมูลที่ไม่เป็นตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด แบ่งเป็นหน่วยเคมีบำบัดและหน่วยไตเทียม

2. สร้างทีมที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (O: organize a team that knows the process) โดยผู้ศึกษาเชิญเจ้าหน้าที่งานจัดเก็บรายได้ตำแหน่งนักวิชาการการเงินและบัญชีจำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ มากกว่า 10 ปี มาเป็นทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์

3. ทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง (C: clarify current knowledge of the process) ผู้วิจัยได้ทำการประชุมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึก โดยทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำพูน ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนที่เกิดขึ้น (U: understand causes of process variation) ทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติเพื่อทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำพูน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการบันทึกที่ไม่สมบูรณ์ ทำการระดมสมอง และสรุปปัญหาทั้งหมดในรูปแผนภูมิผังก้างปลา

5. เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการวางแผนการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (S: select the processes improvement) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติในหน่วยไตเทียมร่วมกับหน่วยเคมีบำบัด วิเคราะห์สาเหตุของการบันทึกไม่ครบถ้วน และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์และจัดลำดับแนวทางตามความสำคัญและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา โดยสรุปได้แนวทางในการแก้ปัญหาการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

5.1 จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้อง

5.2 จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์

6. วางแผนแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (P: plan) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพ ประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยพิจารณาจากความสำคัญในการปรับปรุง และความเป็นไปได้ในการปรับปรุงโดยการลงความเห็นร่วม (consensus)

7. นำไปปฏิบัติ (do) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพจัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยไตเทียม 1 ฉบับ และหน่วยเคมีบำบัด 1 ฉบับ และจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ โดยให้ปฏิบัติตามคู่มือการบันทึกข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ให้แก่พยาบาลทีมผู้ปฏิบัติในหน่วยไตเทียมร่วมกับหน่วยเคมีบำบัด

8. ตรวจสอบการปฏิบัติ (C: check) หลังจากพยาบาลวิชาชีพทุกคนเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางการบันทึกข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกในโปรแกรมพระมงกุฎ โปรแกรมดีเอ็มไอเอส (Disease Management Information System: DMIS) และโปรแกรม e-Claim เป็นระยะเวลา 30 วัน ตามรอบการจ่ายค่าชดเชย โดยตรวจสอบคุณภาพการบันทึกด้วยแบบประเมินที่สร้างขึ้น แยกเป็นข้อมูลในหน่วยไตเทียม 339 ราย หน่วยเคมีบำบัด 142 ราย เมื่อครบกำหนดนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาร้อยละความแม่นยำครบถ้วนของการลงข้อมูล และวิเคราะห์จำนวนข้อมูลที่มีการส่งล่าช้า

9. ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A: act to hold the gain and continue improvement) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพดำเนินการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมร่วมกับหน่วยเคมีบำบัด หลังจากนั้นทีมพัฒนาคุณภาพและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัตินำแนวทางที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพและคู่มือการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัดนำเสนอให้หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษรับทราบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลที่ได้จากการประเมินคุณภาพตามแบบประเมินคุณภาพการบันทึกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์หลังการพัฒนา นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิตพรรณนา เพื่อหาร้อยละของความแม่นยำครบถ้วนของการบันทึกในโปรแกรมพระมงกุฎ (Phramongkut Software: PMK) โปรแกรมดีเอ็มไอเอส (Disease Management Information System: DMIS) และโปรแกรม e-Claim และร้อยละของข้อมูลที่มีการส่งล่าช้า

ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 11 คน จำแนกเป็นพยาบาลหน่วยไตทียม จำนวน 8 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 75.00 สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่เป็นหย่าร้าง ร้อยละ 75.00 ทั้งหมดมีระดับการศึกษาจบปริญญาตรี ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูนส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 75.00 ไม่เคยผ่านการอบรมการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 100.00 และพยาบาลหน่วยเคมีบำบัด จำนวน 3 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 66.67 ทุกคนมีสถานภาพการสมรสคู่ มีระดับการศึกษาจบปริญญาตรี มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน 1-9 ปี ร้อยละ 100.00 และไม่เคยผ่าน

การอบรมการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 100.00

การเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ก่อนและหลังพัฒนา (ตารางที่ 1) พบว่า ก่อนการพัฒนาการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยไตเทียมมีความแม่นยำครบถ้วนเพียงร้อยละ 66.77 สำหรับผู้ป่วย CAPD และร้อยละ 63.68 สำหรับผู้ป่วย HD สำหรับหน่วยเคมีบำบัด มีความแม่นยำครบถ้วนเพียงร้อยละ 73.84 ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลลำพูนที่กำหนดให้มีการบันทึกแม่นยำครบถ้วนอย่างน้อยร้อยละ 95 ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการโฟกัส พีดีซีเอ มาใช้ในการพัฒนาการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยมะเร็งและหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำพูน โดยนำแนวปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด ที่สร้างขึ้นตามหลักเกณฑ์การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมพระมงกุฎ (Phramongkut Software: PMK) โปรแกรมดีเอ็มไอเอส (Disease Management Information System: DMIS) และโปรแกรม e-Claim เพื่อการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับผู้รับบริการในหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด เพื่อประกอบการดำเนินการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ และมีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ด้านความแม่นยำครบถ้วนและทันเวลา ซึ่งหลังการพัฒนาพบว่าพยาบาลทั้งสองหน่วยงาน สามารถบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ได้แม่นยำครบถ้วนร้อยละ 100.00 และยังพบว่าความทันเวลาในการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เป็นไปตามเกณฑ์ (ภายใน 30 วัน) ร้อยละ 100.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการบันทึกข้อมูล และการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยเคมีบำบัดและหน่วยไตเทียม ก่อนและหลังพัฒนา

หน่วยงาน	คุณภาพการบันทึกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ก่อนพัฒนา				คุณภาพการบันทึกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ หลังพัฒนา			
	ปฏิบัติได้แม่นยำและครบถ้วน	ปฏิบัติแต่ไม่ครบถ้วน	ไม่ปฏิบัติ	ส่งข้อมูลทันเวลา	ปฏิบัติได้แม่นยำและครบถ้วน	ปฏิบัติแต่ไม่ครบถ้วน	ไม่ปฏิบัติ	ส่งข้อมูลทันเวลา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เคมีบำบัด (n = 142)	73.84	26.16	0	60.75	100.00	0	0	100.00
ไตเทียม (n = 339)	33.23 (CAPD)	66.77	0	70.26	100.00	0	0	100.00
	36.32 (HD)	63.68	0	76.56	100.00	0	0	100.00
ค่าเฉลี่ยของร้อยละ	**71.70**	**45.71**	**0**	**67.08**	**100.00**	**0**	**0**	**100.00**

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาพบปัญหาการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ไม่ความแม่นยำ ครบถ้วน และส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บล่าช้า ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยเคมีบำบัด มีความแม่นยำครบถ้วนเพียงร้อยละ 73.84 สำหรับหน่วยไตเทียมก่อนการพัฒนา มีความแม่นยำครบถ้วนเพียงร้อยละ 66.77 สำหรับผู้ป่วย CAPD และร้อยละ 63.68 สำหรับผู้ป่วย HD ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลลำพูนที่กำหนดให้มีการบันทึกแม่นยำครบถ้วนอย่างน้อยร้อยละ 95 นอกจากนั้นยังพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติ ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ และไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและไม่มีคู่มือในการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์

หลังการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด โฟกัส พีดีซีเอ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ พบว่าการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของทั้งสองหน่วยงาน มีความแม่นยำ ครบถ้วน ร้อยละ 100.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิดาภา ปิติพัฒน์ และ รินทร์ลภัส ใสยันต์ (Pitipust & Saiyan, 2020) ที่นำกระบวนการโฟกัส พีดีซีเอ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า พยาบาลสามารถระบุสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่สมบูรณ์และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา หลังจากดำเนินการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนาพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 65.78 เป็นร้อยละ 82 และผลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นไปในทำนองเดียวกันกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขและพบว่าภายหลังการพัฒนาทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เช่น งานวิจัยของ ชนกพร ภูมิการีย์ (Pumkaree, 2019) ที่ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยวงจร พีเอโออา (PAOR Cycle) ในการแก้ปัญหาการบันทึกเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินการตามแผนงาน ส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติการบันทึกในด้านความแม่นยำ ครบถ้วน และความทันเวลาเพิ่มขึ้น และร้อยละของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นทุกเดือน และงานวิจัยของ บุญช่วย แทนไธสง (Tanthaisong, 2018) ที่ได้ใช้แนวคิดพีดีซีเอ เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาทำให้โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินได้เพิ่มขึ้น รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 59,788.46 บาท

ในการศึกษานี้ ความสมบูรณ์ของการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นผลมาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดโฟกัส พีดีซีเอ ที่ได้เปิดโอกาสให้ทีมปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และวางแนวทางแก้ไขการบันทึกในระบบเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ จึงทำให้ทีมผู้ปฏิบัติงานเกิดความตระหนักในความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ สอดคล้องกับ เคลลี่ (Kelly, 2012) ที่กล่าวว่า การปรับปรุงกระบวนการในระบบต้องให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผน เรียนรู้และเข้าใจวิธีการทำงานโดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและองค์กร นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาในการบันทึกข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์พบว่า เกิดจากไม่มีแนวปฏิบัติในการบันทึกข้อมูล ขาดระบบการตรวจสอบการบันทึกข้อมูล และขาดทักษะในการบันทึกข้อมูล ซึ่งในการศึกษานี้ได้แก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ร่วมกับการจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วย ไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัด เพื่อให้พยาบาลสามารถทบทวนได้ด้วยตนเอง กิจกรรมดังกล่าวทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลลงใน

โปรแกรมเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ดีขึ้น และลงมือปฏิบัติการบันทึกข้อมูลในระบบได้แม่นยำครบถ้วนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของ จอห์น ดิวอี้ อ้างถึงใน นันทวัฒน์ ภัทรกรนันท์ (John Dewey as cited in Pattaragorranan, 2015) ได้กล่าวถึงรูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจาระไนเหตุผลและการบูรณาการระหว่างประสบการณ์กับความคิดรวบยอด การสังเกตและการปฏิบัติส่งผลให้เกิดความคิด และความคิดนั้นก่อให้เกิดแรงกระตุ้นในการเรียนรู้ต่อไป ดิวอี้เชื่อว่า การเรียนรู้เกิดจากการปฏิบัติจริง การเรียนรู้จากประสบการณ์เกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง แล้วสามารถมองย้อนกลับไปเพื่อประเมินผลและตัดสินว่าอะไรที่มีประโยชน์หรือมีความสำคัญที่จะเป็นบทเรียน รวมถึงการใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร ธรรมวิจิตรกูล และ ณัทกร พงศ์พีรเดช (Thammawijitkul & Pongpeeradec, 2009) ที่พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับบุคลากรของกลุ่มงานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของทุกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นหลังการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) การสอนโดยใช้สื่อต่าง ๆ ประกอบการสอนทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจและการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดทักษะ ซึ่งนำมาสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง และผลที่ได้จากการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไรพร โคตะมี, นิรุวรรณ เทรินโบล์, และ สุทิน ชนะบุญ (Kotamee, Turnbull, & Chanabun, 2019) ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ทำให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยไม่สมบูรณ์เกิดจาก เจ้าหน้าที่ไม่ทราบวิธีการลงข้อมูลในระบบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลังจากมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการบันทึกเวชระเบียนให้กับเจ้าหน้าที่แล้ว การบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลก็มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ผลการศึกษายังพบว่า หลังการใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องแบบโฟกัส พีดีซีเอ ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ พยาบาลส่งข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ได้ทันตามกำหนดเวลา 30 วัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากทีมพัฒนาได้ชี้แจงให้พยาบาลได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมา จากการส่งข้อมูลในระบบที่ไม่สมบูรณ์และล่าช้า จึงอาจทำให้ตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการบันทึกข้อมูลในระบบอย่างแม่นยำ ครบถ้วนและจัดส่งข้อมูลในระบบทันตามกำหนดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกพร ภูมิการีย์ (Pumkaree, 2019) ที่แก้ปัญหาการบันทึกเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ของโรงพยาบาลพระศรี-มหาโพธิ์ และพบว่าปัจจัยความสำเร็จของการแก้ปัญหาการบันทึกคือ ผู้เกี่ยวข้องมีความตระหนัก รับรู้ปัญหา และเห็นผลลัพธ์เชิงบวกที่จะเกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาการบันทึกเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ใช้เวลา 1 เดือนในการประเมินผลการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ จึงไม่ได้ศึกษาอุปสรรคของการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการดำเนินการในระยะยาวทั้งในเชิงความสมบูรณ์ของการบันทึก รวมทั้งการส่งรายงานและรายรับจากการเรียกเก็บเงินคืนของโรงพยาบาล นอกจากนี้ งานวิจัยของ อุไรพร โคตะมี และคณะ (Kotamee et al., 2019) ที่พบว่าการตรวจสอบเวชระเบียนทุกเดือนและสะท้อนกลับข้อมูลให้ทราบ ช่วยให้บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยมีความสมบูรณ์มากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการกำกับติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ เพื่อทำให้การบันทึกมีความสมบูรณ์และเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้แม่นยำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาได้คู่มือการปฏิบัติการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยไตเทียม 1 ฉบับ และหน่วยเคมีบำบัด 1 ฉบับ และแบบประเมินคุณภาพการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมพระมงกุฎ โปรแกรม DMIS และโปรแกรม E-Claim ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ ดังนี้

1. หัวหน้าหน่วยไตเทียมและหน่วยเคมีบำบัดสามารถนำคู่มือการปฏิบัติการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฯ ไปใช้ในในการอบรมพยาบาลใหม่ของหน่วยงาน

2. เจ้าหน้าที่งานจัดเก็บรายได้ กลุ่มงานประกันสุขภาพควรมีการติดตามแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับปรุงคู่มือให้เป็นปัจจุบันตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. เจ้าหน้าที่งานจัดเก็บรายได้ กลุ่มงานประกันสุขภาพสามารถนำเอาแบบประเมินคุณภาพการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมพระมงกุฎ โปรแกรม DMIS และโปรแกรม E-Claim มาใช้ในการติดตามประเมินคุณภาพการบันทึกในระบบ และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ เพื่อทำให้การบันทึกมีความสมบูรณ์และเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ถูกต้องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาโดยอาศัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด โฟกัส พีดีซีเอ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและทุกสิทธิการรักษาของผู้รับบริการ เช่นสิทธิประกันสังคม สิทธิเบิกได้ข้าราชการ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบันทึกในระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ในระยะยาวทั้งในเชิงความสมบูรณ์ของการบันทึก การส่งรายงานและรายรับจากการเรียกเก็บเงินคืนโรงพยาบาล

References

Inchai, S. (2018). *The effectiveness of the development of an outpatient record system in the HOSXP PCU program, the Health Promoting Hospital Ban Naki Subdistrict, Pha Thong Subdistrict, Tha Wang Pha District, Nan Province*. Retrieved from http://gishealth.moph.go.th/healthmap/upload/document/work_14123_240118_112033.pdf

Kelly, P. (2012). *Nursing leadership & management*. Boston, MA: Cengage Learning.

Kotamee, U., Turnbull, N., & Chanabun, S. (2019). The development medical records for the multidisciplinary team in Chaiwan Hospital, Chaiwan District, UdonThani Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, *12*(2), 1-14.

Lamphun Hospital, Accounting Group. (2019). *Fiscal situation report Lamphun Hospital for the year 2019.* Lamphun: Author.

Lamphun Hospital, Health Insurance Group. (2020). *Report on status A and status C, Lamphun Hospital for the year 2020.* Lamphun: Author.

Nakaphitoon, P., Abhichattibutra, K., & Thungjaroenkul, P. (2020). Development of an information provision model for cancer patients' relatives, male medical ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. *Nursing Journal, 47*(4), 302-313.

National Health Security Office. (2021). *Guidelines for obtaining medical services for the fiscal year 2021*. Bangkok: Saengchan Printing.

National Health Security Office, Bureau of Compensation and Service Quality Inspection. (2018). *Guidelines for the examination of medical billing evidence documents, fiscal year 2021.* Bangkok: Sahamit.

Pattaragorranan, N. (2015). Concepts and management techniques of adult learning. *Journal of Education Silpakorn University*, *12*(1-2), 18-29.

Pitipust, J., & Saiyan, R. (2020). Quality development of nursing record in inpatient department, Phuluang Hospital, Loei Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 23*(1), 28-38.

Pumkaree, C. (2019). *The development of medical service reimbursement in diagnosis related group of Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital Ubonratchathani Province* (Master's Thesis). Mahasarakham University, Thailand. Retrieved from http://202.28.34.124/dspace/bitstream/123456789/688/1/60051480007.pdf

Tanthaisong, B. (2018). Development model of medical expense billing under the protection for motor vehicle accident victims act, of the sub-district health promotion hospital using Deming cycle, in the area of Kham Thaleso District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development*, *4*(1), 36-46.

Thammawijitkul, A., & Pongpeeradec, N. (2009). The development of clinical practice guidelines for nursing workers group personnel in caring for patients and preventing the spread of the 2009 H1N1 influenza, Sisaket Hospital. *Journal of Nursing Division, 36*(3), 58-75.

Thungthong, J., Waleekhachonloet, O., Chanasopon, S., Aewsuwan, K., Limwattananon, S., Limwattananon, C., & Tangcharoensathien, V. (2017). Utilization and unmet healthcare need for outpatient and inpatient services of population living in Bangkok metropolitan in 2015. *Journal of Health Systems Research, 11*(3), 378-390.

Wagner, K. C. (2002). FOCUS PDCA: A Process Improvement (PI) tool for libraries. *Journal of Hospital Librarianship, 2*(2), 93-97. doi: 10.1300/J186v02n02_09

Effort–Reward Imbalance and Job Burnout of Nurses in Tertiary Hospitals*
ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับและความเหนื่อยหน่ายในงาน ของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ*

สุปราณี	ชูรัตน์**	Supranee	Choorat**
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul***
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์***	Apiradee	Nantsupawat***

Abstract

Effort-reward imbalance results in stress, and if a worker's effort is not balanced with rewards, this can result in job burnout. The purposes of this study were to explore nurses' effort-reward imbalance and job burnout, and the relationship between effort-reward imbalance and job burnout. The study sample was comprised of 367 nurses working in tertiary hospitals in the northeast region, selected using multi-stage random sampling. The research instrument was a questionnaire consisting of three parts: 1) a demographic data form; 2) the Effort-Reward Imbalance Questionnaire (ERIQ); and 3) the Maslach Burnout Inventory (MBI) which consists of 3 subscales: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. The reliability coefficient of the ERIQ was 0.89, and the reliabilities for the subscales of the MBI were 0.93, 0.88, and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation.

The study results were as follows:

1. The majority of nurses perceived more effort than reward ($\overline{X}$ = 1.02, SD = .22) and had over-commitment ($\overline{X}$ = 19.32, SD = 3.759).

2. The majority of nurses had emotional exhaustion at a high level ($\overline{X}$ = 29.31, SD = 7.627) while having depersonalization and reduced personal accomplishment at low levels ($\overline{X}$ = 3.91, SD = 5.164; $\overline{X}$ = 18.72, SD = 9.301, respectively).

3. Effort–reward imbalance was positively correlated with two subscales of job burnout, emotional exhaustion and depersonalization (r_s = .241, $p < .01$ and r_s = .273, $p < .01$, respectively), but effort-reward imbalance was not correlated with reduced personal accomplishment.

These findings could be used as fundamental information for nursing administrators and hospital administrators to consider balancing work rewards with the efforts of nurses which would lead to further reductions in job burnout among nurses.

Keywords: Effort- reward imbalance; Job burnout; Emotional exhaustion; Depersonalization; Personal accomplishment; Tertiary hospital

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: maenuthee@gmail.com

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

Received 27 January 2023; Revised 6 April 2023; Accepted 24 April 2023

บทคัดย่อ

ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับก่อให้เกิดความเครียด และหากความพยายามในการทำงานไม่สมดุลกับรางวัลที่ได้รับอาจส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในงานได้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ ความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับและความเหนื่อยหน่ายในงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 367 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ และ 3) แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงาน แมสแลช ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น และการลดค่าความสำเร็จของตนเอง ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับเท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงานแต่ละด้านเท่ากับ 0.93, 0.88 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank-order correlation

ผลการวิจัยพบดังนี้

1. พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีการใช้ความพยายามในการทำงานมากกว่ารางวัลที่ได้รับ ($\bar{X}1$ = .02, SD = .22) และรับรู้ว่าได้ใช้ความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไปในการทำงาน ($\bar{X}$ = 19.32, SD = 3.759)

2. พยาบาลส่วนใหญ่มีความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 29.31, SD = 7.627) ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 3.91, SD = 5.164; $\bar{X}$ = 18.72, SD = 9.301 ตามลำดับ)

3. ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสองด้านของความเหนื่อยหน่าย คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น (r_s = .241, p < .01 และ r_s = .273, p < .01 ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลในการพิจารณาปรับการให้รางวัลในการทำงานให้มีความสมดุลกับความพยายามทุ่มเทในการทำงานของพยาบาล เพื่อลดโอกาสการเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ ความเหนื่อยหน่ายในงาน ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น การลดค่าความสำเร็จของตนเอง โรงพยาบาลตติยภูมิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: maenuthee@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 27 มกราคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 6 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 24 เมษายน 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเหนื่อยหน่ายในงานเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลต่อความเครียด มีลักษณะ 3 กลุ่มอาการ คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น(depersonalization) และการลดค่าความสำเร็จของตนเอง (reduced personal accomplishment) (Maslach & Jackson, 1981) ซึ่งหากพยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานขึ้น จะส่งผลต่อสุขภาพ (Lubbadeh, 2020) ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลลดลง (Nantsupawat, Nantsupawat, Kunaviktikul, Turale, & Poghosyan, 2016) และอาจลาออกได้ (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002) ผลการศึกษาในระยะ 10 ปีย้อนหลังพบว่าพยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ส่วนอีก 2 ด้านอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเนื่องจากปัญหาความขาดแคลนพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น ภาระงานมากขึ้น ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ บางครั้งต้องรับภาระทำงานวันละ 16 ชั่วโมง ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ รวมทั้งการทำงานที่เป็นกะหมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง เวลาทำงานกับเวลาพักผ่อนไม่ตรงกับคนอื่น ๆ ในครอบครัว ทั้งในปัจจุบันยังพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังบริการที่สูงขึ้น โรงพยาบาลต้องพัฒนาคุณภาพบริการตามนโยบายเพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัจจัยความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้พยาบาลต้องปรับตัวให้ได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีความกดดันและเครียดจากการทำงาน และเครียดสะสมจนส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในงานในที่สุด

ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ (effort–reward imbalance) เป็นแนวคิดของซีกริสท์ (Siegrist, 1996) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและสุขภาพของคนทำงาน โดยที่ความพยายามประกอบด้วยปัจจัยภายนอก ได้แก่ ข้อเรียกร้องจากงาน ภาระผูกพันจากการทำงาน และปัจจัยภายใน ได้แก่ การมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไป ด้านของรางวัล ได้แก่ เงิน ค่านิยม และการควบคุมสถานะ โดยรูปแบบของความไม่สมดุล คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าตนได้รับรางวัลน้อยกว่าความพยายามทุ่มเทให้กับงาน จนก่ออารมณ์ทางลบและความเครียดในงานขึ้น และหากบุคคลมีลักษณะการทำงานอย่างมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไป ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับหรือชื่นชอบ จะยิ่งมีปฏิกิริยาต่อความไม่สมดุลดังกล่าวมากยิ่งขึ้น ดังการศึกษาของ ฟอร์ตูนัตติ และ พัลไมโร-ซิลวา (Fortunatti & Palmeiro-Silva, 2017) ศึกษาในพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศชิลี พบว่าความไม่สมดุลดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r = 0.43$, $p < .05$) เพียงด้านเดียว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของหยวน และคณะ (Yuan et al., 2021) ที่ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศจีน พบว่าความไม่สมดุลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานทุกด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r = 0.632$, $p < .01$) ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น ($r = 0.532$, $p < .01$) และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง ($r = 0.039$, $p < .01$) และมีค่าเฉลี่ยความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไปเท่ากับ 2.73 (SD = 0.88) และ ศิวัช ธำรงวิศว, จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์, และ วิศรุต ศรีสินทร (Thamrongvisava, Pitanupong, & Srisintorn, 2019) ศึกษาในพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทย พบว่าความไม่สมดุลดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานทั้งสามด้าน

โรงพยาบาลตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีภารกิจหลักด้านบริการ เน้นการจัดการ แก้ไขปัญหาและผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน รุนแรงจนถึงวิกฤติ ด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่จำกัดจำนวน ซึ่งถือว่าเป็นความแตกต่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จึงมีผู้รับบริการจำนวนมาก เมื่อเทียบกับหน่วยบริการประเภทต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตติยภูมิมีถึงร้อยละ 43.77 และผู้ป่วยนอก ร้อยละ 23.28 ซึ่งนับว่าเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด ด้วยภาระงานที่มาก อัตรากำลังพยาบาลที่มีจึงไม่เพียงพอ (Sawangdee, 2017) เทียบให้เห็นภาระงานของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 59.75 แต่อัตราเพิ่มของพยาบาลมีเพียงร้อยละ 25.48 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร เทียนจารุวัฒนา และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ

(Tianjaruwattana & Nawsuwan, 2021) ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิมีน้อยกว่าที่ควรจะมีร้อยละ 20

จากการคาดการณ์ของกองบริหารทรัพยากรบุคคล ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2570 หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการพยาบาลทั้งสิ้น 130,117 คน แต่ข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีพยาบาล 117,942 คนเท่านั้น กฤษดา แสวงดี, วรารัตน์ ใจชื่น, และ ณัฐธยาน์กร เดชา (Sawangdee, Chaichuen, & Decha, 2019) ยังพบอีกว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนระหว่างพยาบาลต่อประชากรสูงถึง 1: 646 ซึ่งสูงกว่าภาคอื่น ๆ ในประเทศ และ กฤษดา แสวงดี (Sawangdee, 2017) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวโรงพยาบาลตติยภูมิ โรงพยาบาลทั่วไป 95 แห่ง ระหว่าง พ.ศ. 2548 - 2553 พบว่าลาออก ร้อยละ 40.84 เมื่อเทียบกับที่เข้ามาทำงานใหม่ทั้งหมด และหากไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ พยาบาลจะมีอายุการทำงานเฉลี่ย 1.2 ปี เท่านั้น สถานการณ์ภาระงานที่มาก อัตรากำลังที่ขาดแคลนอาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานได้ แม้จะมีข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2021) ที่ระบุว่า กระทรวงได้ช่วยเหลือเพิ่มสวัสดิการและเงินตอบแทนพิเศษให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แล้ว แต่ก็เป็นการจ่ายเฉพาะกรณี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาตัวแปรความเหนื่อยหน่ายในงานในหลายการศึกษา แต่การศึกษาตัวแปรความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับของพยาบาลในประเทศไทยยังมีน้อย และไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรดังกล่าวในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิประเทศไทยแต่อย่างใด ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาการรับรู้ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับของพยาบาลและระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในสถานการณ์ปัจจุบันเพิ่มเติม เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปรับการให้รางวัลในการทำงานให้มีความสมดุลกับความพยายามทุ่มเทในการทำงานของพยาบาล เพื่อลดโอกาสการเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเองของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับและความเหนื่อยหน่ายในงานแต่ละด้านของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ โดยใช้แนวคิดของ ซีกริสท์ (Siegrist, 1996) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความพยายาม รางวัลที่ได้รับ และความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไป สำหรับความเหนื่อยหน่ายในงาน ใช้แนวคิดของ แมสแลช และ แจ็คสัน (Maslach & Jackson, 1981) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น และการลดค่าความสำเร็จของตนเอง ซึ่งความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงาน ตามทฤษฎีความไม่เสมอภาคในการแลกเปลี่ยนทางสังคม (inequity in social exchange) ของ อดัมส์ (Adams, 1965) ที่ว่าบุคคลจะทำงานเพื่อแลกเปลี่ยนกับรางวัลที่ได้รับ โดยจะนำรางวัลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับผู้อื่น หากเปรียบเทียบแล้วรับรู้ว่ารางวัลที่ตนได้รับน้อยกว่าคนอื่นจะรู้สึกว่าตนไม่ได้รับความเสมอภาคจะเกิดความตึงเครียดในงาน และนำไปสู่การเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7, 8, 9, 10 จำนวน 9,597 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ในงานการพยาบาลต่าง ๆ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้บริหารทางการพยาบาล ตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นไป และ 2) อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาป่วย ลากิจ หรือลาพักร้อนเป็นระยะเวลามากกว่า 2 สัปดาห์และลาคลอดในช่วงที่มีการเก็บข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane, 1973) ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ระดับความเชื่อมั่น 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 365 คน และเพิ่มจำนวนร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 402 คน

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น โดยเริ่มจากจำแนกโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคตะวันออกเฉียง-เหนือทั้งหมด 9 โรงพยาบาล ออกเป็น 4 กลุ่มตามเขตบริการสุขภาพ คำนวณจำนวนโรงพยาบาลแต่ละเขตตามสัดส่วนโรงพยาบาลในแต่ละเขต ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลาก ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละเขต ได้ตัวแทนแต่ละเขต ดังนี้ เขต 7 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เขต 8 โรงพยาบาลสกลนคร เขต 9 โรงพยาบาลสุรินทร์ และเขต 10 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากนั้นสุ่มตัวอย่างพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล แยกเป็นพยาบาลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 82 คน โรงพยาบาลสกลนคร 78 คน โรงพยาบาลสุรินทร์ 89 คน และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 153 คน และทำการสุ่มแบบง่ายโดยจับสลากรายชื่อพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น ๆ จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบ ด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุงาน และเงินเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ (ERIQ) ของ ซีกริสท์ (Siegrist, 1996) ที่แปลโดย อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์ (Buapetch, 2007) จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความพยายาม เป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 โดย 1 คือ ไม่ใช่หรือไม่เห็นด้วย จนถึง 5 คือ ใช่หรือเห็นด้วยและรู้สึกทุกข์ใจมาก 2) ด้านรางวัลที่ได้รับ เป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 โดย 1 คือ ไม่ใช่หรือไม่เห็นด้วยและฉันรู้สึกทุกข์ใจมาก จนถึง 5 คือ ใช่หรือเห็นด้วย และ 3) ด้านความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไป เป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1- 4 โดย 1 คือ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 4 คือ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง ยกเว้นข้อ 20 คะแนน 1 คือ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 4 คือ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แปลผลเป็นอัตราส่วนระหว่างความพยายามต่อรางวัลที่ได้รับ (ERI ratio) ดังนี้ ค่า ERI ratio > 1 หมายถึง บุคคลรับรู้ว่าใช้ความพยายามมากกว่ารางวัลที่ได้รับ ค่า ERI ratio ≤ 1 หมายถึง บุคคลรับรู้ว่าใช้ความพยายามน้อยกว่ารางวัลที่ได้รับ และด้านความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไป คิดคะแนนรวมทุกข้อโดยที่คะแนน 6–12 หมายถึง ระดับน้อย, 13–18 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 19–24 หมายถึง ระดับมาก

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามโดยรวมได้เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดความเหนื่อยหน่ายในงาน (MBI) ของ แมสแลช และ แจ็คสัน (Maslach & Jackson, 1981) แปลโดย สิระยา สัมมาวาจ (Summawart, 1989) มี 22 ข้อ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และ 2) ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ 0-6 โดย 0

คือ ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย จนถึง 6 คือ รู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน 3) ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเองเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ 0-6 โดย 0 คือ รู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน จนถึง 6 คือ ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย

แปลผลในแต่ละด้านเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามระดับคะแนน ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ คะแนน 0–18 หมายถึง ระดับต่ำ, 19–26 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 27 คะแนนขึ้นไปหมายถึง ระดับสูง ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น คะแนน 0–5 หมายถึง ระดับต่ำ, 6–9 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 10 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง เนื่องจากมีลักษณะคำถามเชิงบวก จึงกลับค่าคะแนน และแปลผล ดังนี้ คะแนน 0–33 หมายถึง ระดับต่ำ, 34–39 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 40 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามความเหนื่อยหน่ายในงานทั้ง 3 ด้าน มีค่าเท่ากับ 0.93, 0.88 และ 0.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รวมทั้งโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 แห่ง และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 076/2565 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE062/2565 โรงพยาบาลสกลนคร ตามเลขที่ SKNH REC No.032/2565 โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 46/2565 และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามรหัสโครงการ 061/65 CA code 069/2565 การเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือ และขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์แจ้งขอยุติการร่วมวิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่ต้องมีเหตุผล และจะไม่ผลกระทบต่อการประเมินการปฏิบัติงาน ใช้ตัวเลขแทนที่ชื่อที่ได้จากการวิจัย เก็บข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และผู้ประสานงานวิจัยของทุกโรงพยาบาลรับทราบ ผู้ประสานงานทำการแจกแบบสอบถามในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลสุรินทร์ ส่วนโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามและเก็บคืนด้วยตนเอง ในอีก 3 โรงพยาบาล ได้ขอให้ผู้ประสานงานวิจัยส่งแบบสอบถามให้ทางไปรษณีย์ ได้แบบสอบถามคืน 383 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.00 และมีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ 367 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.29

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ ความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับกับความเหนื่อยหน่ายในงานรายด้าน มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Spearman's rank-order correlation โดยกำหนด ค่า r +/- .10 - .29 หมายถึง มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือลบ ระดับต่ำ ค่า r +/- .30 - .69 หมายถึง มีความสัมพันธ์ ทางบวกหรือลบ ระดับปานกลาง และค่า r +/- .70 - .99 หมายถึง มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือลบ ระดับสูง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.55) ช่วงอายุระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 37.06) สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี (ร้อยละ 97.00) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 55.04) ทำงานพยาบาลเฉลี่ย 13.22 ปี และมีเงินเดือน ระหว่าง 10,000–30,000 บาท (ร้อยละ 58.86)

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 56.68 ของกลุ่มตัวอย่างมีอัตราส่วนของความพยายามมากกว่ารางวัลที่ได้รับ (ERI > 1) (ตารางที่ 1) ร้อยละ 62.40 ของกลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไปอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นและด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเองอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 3)

ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (r_s = .241, p < .01) และด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น (r_s = .273, p < .01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอัตราส่วนระหว่างความพยายามต่อรางวัลที่ได้รับ (n = 367)

อัตราส่วนระหว่างความพยายามต่อรางวัลที่ได้รับ	จำนวน	ร้อยละ
ความพยายามน้อยกว่ารางวัลที่ได้รับ (ERI ≤ 1)	159	43.32
ความพยายามมากกว่ารางวัลที่ได้รับ (ERI > 1)	208	56.68
$\bar{X}$ = 1.02; SD = .224; Max = 1.65; Min = .31		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไป (n = 367)

ความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	19	5.18
ระดับปานกลาง	119	32.42
ระดับมาก	229	62.40
$\bar{X}$ = 19.32, SD = 3.759, Max = 24, Min = 7		

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของความเหนื่อยหน่ายในงาน และข้อคำถามรายข้อที่มีจำนวนสูงสุด และต่ำสุดแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 367)

ความเหนื่อยหน่ายในงาน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	29.31	7.627	สูง
ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น	3.91	5.164	ต่ำ
ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง	18.72	9.301	ต่ำ
ข้อคำถาม รายข้อ		**จำนวน**	**ร้อยละ**
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสูงสุด)			
ฉันรู้สึกจิตใจห่อเหี่ยวจากการทำงาน		218	59.4
ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น (ค่าเฉลี่ยต่ำสุด)			
ฉันวิตกกังวลว่างานพยาบาล กำลังทำให้จิตใจของฉันแข็งกระด้างขึ้น		20	5.40

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของความเหนื่อยหน่ายในงาน และข้อคำถามรายข้อที่มีจำนวนสูงสุด และต่ำสุดแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 367) (ต่อ)

ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง (ค่าเฉลี่ยสูงสุด)		
ฉันสามารถสร้างบรรยากาศ ผ่อนคลายในการพยาบาลผู้ป่วยได้ง่าย	200	54.5

การอภิปรายผล

1. ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ

ความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ คือ การที่บุคคลรับรู้ว่ามีความไม่สอดคล้องกันระหว่างความทุ่มเท/ความพยายามกับรางวัลที่ตนได้รับ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนของความพยายามมากกว่ารางวัลที่ได้รับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.02 (SD = .224) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 56.68 รับรู้ว่าใช้ความพยายามมากกว่ารางวัลที่ได้รับ (ตารางที่ 1) อภิปรายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนใช้ความพยายามในการทำงานมาก แต่ได้รางวัลกลับคืนมาน้อย จะรับรู้ถึงความไม่สมดุล เมื่อพิจารณาตามแนวคิดความไม่เสมอภาคในการแลกเปลี่ยนทางสังคม (inequity in social exchange) ของ อดัมส์ (Adams, 1965) บุคคลจะทำงานเพื่อแลกเปลี่ยนกับรางวัลที่ได้รับ (เช่น ค่าตอบแทน การได้รับการยอมรับนับถือ ความมั่นคงในงาน โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง สวัสดิการ อื่น ๆ เป็นต้น) โดยจะนำรางวัลที่ได้รับกับสิ่งที่ตนได้ลงทุน (เช่น ความทุ่มเทพยายาม เวลา ความรู้ ทักษะ ความสามารถ เป็นต้น) ไปเปรียบเทียบกับทั้งตนเองและผู้อื่น หากเปรียบเทียบแล้วรับรู้ว่ารางวัลที่ตนได้รับน้อยกว่าคนอื่นจะรู้สึกว่าตนไม่ได้รับความเสมอภาค

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่มีจำนวนพยาบาลน้อยกว่าภาคอื่น ๆ เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร ภาระงานที่มีมาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ แต่ค่าตอบแทนและสวัสดิการอื่น ๆ ได้เท่ากันในอัตราตามระเบียบราชการ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไปในระดับมากร้อยละ 62.40 (ตารางที่ 2) ซึ่งอภิปรายตามแนวคิดของ ซีกริสท์ (Siegrist, 1996) ได้ว่าหากบุคคลมีลักษณะการทำงานอย่างมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไป ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับหรือชื่นชอบ จะยิ่งมีปฏิกิริยาต่อความไม่สมดุลดังกล่าวมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวัช ธำรงวิศว และคณะ (Thamrongvisava et al., 2019) ที่ศึกษาในพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ามีอัตราส่วนของความพยายามมากกว่ารางวัลที่ได้รับ โดยร้อยละ 58.90 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าใช้ความพยายามมากกว่ารางวัลที่ได้รับและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไป ในระดับมากเช่นเดียวกัน

2. ความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเองของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์

ความอ่อนล้าทางอารมณ์ คือ ความรู้สึกสูญเสียพลังทางร่างกายและอารมณ์เนื่องจากถูกกดดันมากเกินไปเป็นเวลานาน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.31 (SD = 7.627) เมื่อวิเคราะห์จากคำถามรายข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ รู้สึกจิตใจห่อเหี่ยวจากการทำงาน รู้สึกเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้า และรู้สึกเหนื่อยหน่ายในภาระงาน เมื่อรู้ว่าต้องเผชิญการทำงานอีกวัน (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาตามแนวคิดความเหนื่อยหน่ายในงานของ แมสแลช, ชอเฟลิ, และ ไลเตอร์ (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) บุคคลที่มีลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันในการทำงาน ภาระงานที่มากเกินไป จนทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังสะสม จนนำสู่ความอ่อนล้าทางอารมณ์ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล โดยลักษณะงาน เป็นงานที่ต้องพบปะผู้คน ต้องดูแลให้การพยาบาลผู้ที่มีความเจ็บป่วยและทุกข์ทรมานจากโรค

บางครั้งต้องพบกับความซับซ้อนของโรค ต้องตัดสินใจเร่งด่วนในภาวะวิกฤตของชีวิต ภาระงานที่ล้นมือ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ญาติสูง รวมทั้งต้องเผชิญกับสภาวะอารมณ์ต่าง ๆ ของคน ต้องบริหารจัดการปัญหาต่าง ๆ ภายในเวร ยิ่งการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ขยายภารกิจบริการเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ และต้องทำงานภายใต้การควบกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ มีการปรับเปลี่ยนทิศทางการทำงานตามนโยบาย ทำงานหลายบทบาทหน้าที่ไปพร้อม ๆ กัน ซ้ำในช่วงการเก็บข้อมูล ยังเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด - 19 ผ่านพ้นไปได้ไม่นาน มาตรการการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อยังคงอยู่ ที่ทำให้ภาระงานที่มากอยู่เดิมเพิ่มมากขึ้นอีก ภาระงานที่เพิ่มขึ้นแต่จำนวนพยาบาลเท่าเดิมทำให้ต้องขึ้นเวรมากขึ้น ชั่วโมงการทำงานสูงและยาวนานขึ้น จึงอาจทำให้พยาบาลเกิดความเครียดเรื้อรังสะสม จนนำสู่ความอ่อนล้าทางอารมณ์ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวัช ธำรงวิศว และคณะ (Thamrongvisava et al., 2019) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงเช่นกัน

ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิมีความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 (SD = 5.164) เมื่อวิเคราะห์จากคำถามรายข้อพบว่า ส่วนน้อยที่ไม่ใส่ใจว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้มีความรู้สึกในการลดคุณค่าผู้อื่น หรือเย็นชา มองผู้อื่นไม่มีตัวตนหรือมีทัศนคติในแง่ลบต่อเพื่อนร่วมงานหรือกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งอาจเนื่องจากการปฏิรูประบบราชการที่นำแนวคิดการบริหารแนวใหม่เพื่อให้ประสิทธิภาพในการทำงานสูงขึ้น มีการพัฒนาให้มีใจรักในงาน มีความแข็งแกร่งในชีวิตการทำงาน รวมทั้งการมีวัฒนธรรมองค์การที่ดีเสริมสร้างขวัญกำลังใจและมีความสุขจากการทำงาน เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนการแสดงความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ ส่งผลให้ทำงานด้วยความสบายใจและมีความสุข จึงทำให้ความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นในระดับต่ำ นอกจากนี้การที่พยาบาลยอมรับและเข้าใจในภาระงานของอาชีพพยาบาลตั้งแต่ในช่วงที่ยังศึกษาเป็นนักศึกษาพยาบาล ส่งผลให้มีการปรับตัวต่อภาระงานที่หนักของวิชาชีพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ แบงค์ชาติ จินตรัตน์ และ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล (Jintarat & Sithisarankul, 2022) ที่พบว่าความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิมีความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเองในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.72 (SD = 9.301) เมื่อวิเคราะห์จากคำถามรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่สามารถสร้างบรรยากาศ ผ่อนคลายในการพยาบาลผู้ป่วยได้ง่าย สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรู้สึกว่างานมีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้อื่น (ตารางที่ 3) อาจเนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่มีเกียรติ มีคุณค่าในสังคม ได้รับการยอมรับ พยาบาลจึงรู้สึกภาคภูมิใจ มีการศึกษาของ จิตธิยา เยาวภักดิ์ และ ทิพย์วัลย์ สุรินยา (Yaowapak & Surinya, 2022) ที่พบว่าพยาบาลมีทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน เห็นคุณค่าในตนเอง มีความสุขในการทำงานระดับสูง และเกิดความสุขใจหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย นอกจากนี้ในช่วงวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด–19 พยาบาลยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในกระบวนการดูแลรักษา และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันส่งเสริมการฟื้นหายโดยเร็ว เป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เป็นสื่อกลางในการประสานงานทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้การดูแลแบบองค์รวม กระทั่งได้รับกำลังใจ และชื่นชมผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งยังมีการศึกษาของ ภัทรชยา สวัสดิ์วงษ์ และ ศุภาพิชญ์โฟน โบร์แมนน์ (Swatdiwong & Bormann, 2019) พบว่า ถึงแม้ว่างานที่ทำจะมากแต่พยาบาลไม่ละเลยที่จะดูแลความปลอดภัย สามารถดูแลผู้ป่วยตามหลัก Patient safety Goal ได้ดีในระดับสูง ความภาคภูมิใจเหล่านี้ จึงอาจทำให้ความรู้สึกลดค่าความสำเร็จของตนเองอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ศิวัช ธำรงวิศว และคณะ (Thamrongvisava et al., 2019) และการศึกษาของ นิศากร กะการดี, อารี ชีวเกษมสุข, และ ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ (Kakandee, Cheevakasemsook, & Triwijitkun, 2020) ที่พบว่าพยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเองอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ และความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า อัตราส่วนระหว่างความพยายามต่อรางวัลที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (r_s = .241, p < .01) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟอร์-ตูนัตติ และ พัลไมโร-ซิลวา (Fortunatti & Palmeiro-Silva, 2017) ที่ศึกษาในพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศชิลี พบว่าความไม่สมดุลดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (r = 0.43, p < .05) เช่นกัน อภิปรายได้ว่าความไม่สมดุลดังกล่าวเป็นความเครียดจากการทำงาน ถ้าเกิดขึ้นเรื้อรัง อาจทำให้เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ขึ้นได้ ซึ่งจากทฤษฎีความไม่เสมอภาคในการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Inequity in social exchange) ของ อดัมส์ (Adams, 1965) ระบุว่าบุคคลจะใช้ความพยายามในงานเพื่อแลกเปลี่ยนกับรางวัลที่จะได้รับโดยจะเปรียบเทียบสิ่งนี้กับคนอื่น โดยหากเปรียบเทียบแล้วรับรู้ว่ารางวัลที่ได้รับน้อยกว่าคนอื่นจะรู้สึกว่าไม่ได้รับความเสมอภาค เกิดความเครียดและความอ่อนล้าทางอารณ์ตามมา ดังนั้นพยาบาลที่รับรู้ว่าความพยายามมากกว่ารางวัลที่ได้รับ จะเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ตามมา

อัตราส่วนระหว่างความพยายามต่อรางวัลที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น (r_s = .239, p < .01) สอดคล้องกับการศึกษาของ หยวน และคณะ (Yuan et al., 2021) ที่พบว่าความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับมีผลให้การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นสูงขึ้น (β = 0.214, p < 0.01) และการศึกษาของ ศิวัช ธำรงวิศว และคณะ (Thamrongvisava et al., 2019) พบว่าพยาบาลที่รับรู้ว่ารางวัลที่ได้รับน้อยกว่าความพยายามทุ่มเทในการทำงานจะเกิดอาการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นมากกว่าอีกกลุ่ม 2.05 เท่า อภิปรายได้ว่า การรับรู้ว่าตนได้รับรางวัลน้อยกว่าความพยายามทุ่มเทในการทำงานอาจทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่ได้รับความเสมอภาคในการทำงานจึงส่งผลให้ขาดความเห็นอกเห็นใจต่อเพื่อนร่วมงาน ไม่สนใจ ไม่ใส่ใจคนรอบข้าง และการศึกษาของ ชาวเฟลิ และคณะ (Schaufeli et al., 1994, as cited in Bakker, Killmer, Siegrist, & Schaufeli, 2000) ที่พบว่าหากบุคคลรับรู้ว่าไม่ได้รับความเสมอภาคจากการทำงาน จะทำให้ความเชื่อมั่นในการทำงานลดลง อาจแยกตัวและลดความสัมพันธ์กับผู้อื่นลง

ผลการวิจัยที่พบว่า อัตราส่วนระหว่างความพยายามต่อรางวัลที่ได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับการลดค่าความสำเร็จของตนเอง อาจเนื่องจากวิชาชีพได้ปลูกฝังให้พยาบาลทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร ดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เห็นคุณค่าของชีวิตและงาน ภูมิใจในความสำเร็จ และทำงานอย่างมีความสุข ดังนั้นถึงแม้ว่าพยาบาลจะรู้สึกว่าได้รับรางวัลน้อยกว่าความพยายามในการทำงาน แต่ยังคงมุ่งปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน เพื่อทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและฟื้นคืนสภาพปกติให้เร็วที่สุด ประกอบกับการที่พยาบาลจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานเมื่อเกิดปัญหาหรืออยู่ในสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ได้รับการช่วยเหลือตามสมควรเมื่อเกิดปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยุ่งยากในการทำงาน สิ่งเหล่านี้จึงอาจมีผลให้พยาบาลสามารถทำงานได้สำเร็จและมีความภาคภูมิใจในความสามารถและผลงานของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลควรพิจารณาปรับการให้รางวัลในการทำงานให้สมดุลกับความพยายามทุ่มเทในการทำงานของพยาบาล ด้วยการทบทวนสวัสดิการในรูปแบบอื่น เช่น P4P สนับสนุนการทำงาน ลดภาระงาน รวมทั้งมีการวางแผนพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจนเพื่อกระจายโอกาสการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพของแต่ละคนอย่างเป็นธรรม

2. พยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากมีภาระงานมากเกินไป ดังนั้น ผู้บริหารควรพิจารณาจัดภาระงานให้เหมาะสม และพิจารณาจัดให้มีสถานที่และช่วงเวลาที่ให้พยาบาลได้คลายเครียด รวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือพยาบาลในหน่วยงานที่มีภาระงานมาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยความไม่สมดุลของความพยายามกับรางวัลที่ได้รับและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ และโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ ทั่วประเทศเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมพยาบาลทั้งหมด

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของพยาบาลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน

3. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาล

References

Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, *2* (pp. 267-299). Cambridge: Academic Press. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60108-2

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, *288*(16), 1987-1993. doi: 10.1001/jama.288.16.1987

Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort–reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(4), 884-891. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01361.x

Buapetch, A. (2007). *Development of the instrument for measuring psychosocial work environment in Thai garment workers* (Doctoral dissertation). Mahidol University, Thailand.

Fortunatti, P. C., & Palmeiro-Silva, Y. K. (2017). Effort-reward imbalance and burnout among ICU nursing staff: A cross-sectional study. *Nursing Research*, *66*(5), 410-416. doi: 10.1097/nnr.0000000000000239

Jintarat, B., & Sithisarankul, P. (2022). Emotional labor and burnout in nursing profession. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, *11*(2), 435-446. Retrieved from https://he01.tcithaijo.org/index.php/JPMAT/article/download/ 248421/170135/937491 (in Thai)

Kakandee, N., Cheevakasemsook, A., & Triwijitkun, D. (2020). Job burnout of generation Y professional nurses at a government hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *21*(1), 293 – 301. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ JRTAN/article/ download/241573/164288/ (in Thai)

Lubbadeh, T. (2020). Job burnout: A general literature review. *International Review of Management and Marketing*, *10*(3), 7-15. doi: 10.32479/irmm.9398

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.39

Ministry of Public Health. (2021). *Criteria for risk reimbursement of staff working in surveillance, investigation, prevention, control and treatment of patients infected with Coronavirus 2019*. Retrieved from https://hp.anamai.moph.go.th/th/manual-of official/ download?id=86033&mid= 35018&mkey=m_document&lang=th&did=27817

Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, *48*(1), 83-90. doi: 10.1111/jnu.12187

Sawangdee, K. (2017). Crisis of nursing shortage in health service facilities under Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health: Policy recommendations. *Journal of Health Science, 26*(2), 456-468. (in Thai)

Sawangdee, K., Chaichuen, W., & Decha, N. (2019). *Manpower reform plan and health service mission*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. Retrieved from https://pt.or.th/PTCouncil/file_attach/Att201907301564486064_ 1.pdf (in Thai)

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*(1), 27-41. doi: 10.1037//1076-8998.1.1.27

Summawart, S. (1989). Burnout among the staff nurses in Ramathibodi Hospital (Master's thesis). Mahidol University, Thailand. (in Thai)

Swatdiwong, P., & Bormann, V. S. (2019). Relationship between Head Nurse's supervision style and registered nurse's care for patient safety in tertiary hospitals. *Nursing Journal*, *46*(4), 158-172. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ cmunursing/article/view/230364/156794 (in Thai)

Thamrongvisava, S., Pitanupong, J., & Srisintorn, W. (2019). Burnout and associated factors among nurses at Songklanagarind Hospital. *Royal Thai Army Medical Journal*, *72*(3), 177-185. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/article/ view/218984/151905 (in Thai)

Tianjaruwattana, W., & Nawsuwan, K. (2021). Development of the public health workforce of the office of the permanent secretary, Ministry of Public Health to support health region. *Journal of Health Science, 30*(3), 531-546. (in Thai)

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

Yaowapak, J., & Surinya, T. (2022) Attitude towards nursing profession, self esteem and happiness at work among professional nurses at Paolo Hospital, Phaholyothin Phaya Thai, in Bangkok. *Suan Dusit Graduate School Academic Journal Suan Dusit University*, *18*(3), 1-17. Retrieved from http://www.graduate.dusit.ac.th/journal/index.php/sdujournal/article/view/1101 (in Thai)

Yuan, Z., Yu, D., Zhao, H., Wang, Y., Jiang, W., Chen, D., ... Li, X. (2021). Burnout of healthcare workers based on the effort-reward imbalance model: A cross-sectional study in China. *International Journal of Public Health*, *66*(9). doi: 10.3389/ijph.2021.599831

Activity-Based Costing of Services in an Endoscopy Room, Lamphun Hospital*
ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการในห้องส่องกล้องโรงพยาบาลลำพูน*

เสาวณีย์	กรุณา**	Saowanee	Karuna**
ฐิติณัฏฐ์	อัคคะเดชอนันต์***	Thitinut	Akkadechanunt***
สมใจ	ศิระกมล****	Somjai	Sirakamon****

Abstract

The cost information of services in endoscopic rooms is important for resource management in operations. This descriptive study aims to analyze the activity-based costs of services in an endoscopy room and to compare them with the public health service rates of service units based on the Ministry of Public Health. The framework for activity-based costing was developed by Kaplan and Cooper and is composed of 4 steps: 1) develop the activity dictionary; 2) determine how much the organization is spending on each activity; 3) identify the organization's services and customers; and 4) select activity cost drivers that link activity costs to the organization' s services and customers. The sample consisted of 8 personnel who provide services in an endoscopy room. The tools used in the study included the activity dictionary, the time-spent record form, and the cost record form, all of which were tested for objectivity by 3 experts. The interrater reliability of the observers was 1.0. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results Illustrated that:

1. The activity-based costs of patient services were as follows: gastroduodenal endoscopy (EGD) was 1,747.20 Baht; EGD with biopsy was 1,954.35 Baht; EGD with Helicobacter pylori infection test was 2,017.77 Baht; EGD with esophageal variceal ligation was 3,186.58 Baht; and EGD with glue injection was 4,270.52 Baht.

2. The activity-based costs for EGD; EGD with biopsy; EGD with Helicobacter pylori infection test; EGD with esophageal variceal ligation; and EGD with glue injection were higher than the public health service rates of service units under the Ministry of Public Health.

Nursing administrators can use this activity-based cost data of endoscopy room services to manage resources to suit the public health service rates of service units under the Ministry of Public Health and plan a budget to improve services in endoscopy rooms to be more effective.

Keywords: Activity-based costing; Cost analysis; Services in the endoscopy room

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

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

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

Received 27 March 2023; Revised 18 May 2023; Accepted 19 May 2023

บทคัดย่อ

ข้อมูลต้นทุนของการบริการในห้องส่องกล้องมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ การศึกษาเชิงพรรณนานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการในห้องส่องกล้องและเปรียบเทียบกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมพัฒนาโดย แคปแพลน และคูเปอร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรม 2) กำหนดจำนวนเงินที่องค์กรใช้จ่ายในแต่ละกิจกรรม 3) ระบุบริการและลูกค้าขององค์กร และ 4) เลือกตัวผลักกิจกรรมที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมกับบริการและลูกค้าขององค์กร กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ให้บริการในห้องส่องกล้อง จำนวน 8 คน และกิจกรรมการบริการในห้องส่องกล้อง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ พจนานุกรมกิจกรรมการบริการ แบบบันทึกเวลา และแบบบันทึกต้นทุน โดยเครื่องมือได้ตรวจสอบความเป็นปรนัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 1.0 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการมีดังนี้ การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นเท่ากับ 1,747.20 บาท การส่องกล้องกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับตัดชิ้นเนื้อ เท่ากับ 1,954.35 บาท การส่องกล้องกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับการทดสอบการติดเชื้อเฮลิโคเบคเตอร์ไพโลไร เท่ากับ 2,017.77 บาท การส่องกล้องกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับรัดเส้นเลือดขอดหลอดอาหาร เท่ากับ 3,186.58 บาท และการส่องกล้องกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับการฉีดกาว เท่ากับ 4,270.52 บาท

2. ต้นทุนฐานกิจกรรมสำหรับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กร่วมกับตรวจการติดเชื้อเฮลิโคเบคเตอร์ไพโลไร การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับรัดเส้นเลือดขอดบริเวณหลอดอาหาร และการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับการฉีดกาว มีต้นทุนสูงกว่าอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการในห้องส่องกล้องมาบริหารทรัพยากรให้เหมาะสมกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และวางแผนงบประมาณเพื่อพัฒนาการบริการในห้องส่องกล้องให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ต้นทุนฐานกิจกรรม การวิเคราะห์ต้นทุน การบริการในห้องส่องกล้อง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 27 มีนาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 18 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 19 พฤษภาคม 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2579 ที่ใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีระบบสุขภาพยั่งยืนและมีความสุขในการปฏิบัติงาน รวมทั้งประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยแผนดังกล่าวประกอบด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) บริการเป็นเลิศ 2) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ โรงพยาบาลลำพูนในฐานะของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ให้การดูแลผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดลำพูนและพื้นที่ใกล้เคียง ได้มีการดำเนินการตามแผนของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ด้านบริการที่เป็นเลิศโดย เปิดศูนย์เตรียมผ่าตัดและห้องส่องกล้องของโรงพยาบาลลำพูน (Lamphun Hospital, 2020) ที่ให้บริการเกี่ยวกับการส่องกล้องเพื่อวินิจฉัยหรือตรวจรักษาด้วยหัตถการที่มีความหลากหลาย ได้แก่ การส่องตรวจและรักษาโรคระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและส่องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคของทวารหนักและลำไส้ใหญ่ ซึ่งกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่จะได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การลงทะเบียนและประเมินผู้ป่วย 2) การดูแลก่อนทำหัตถการ 3) การดูแลขณะทำหัตถการ และ4) การดูแลหลังทำหัตถการ (Lamphun Hospital, Self-assessment in Endoscopy Room, 2020)

การส่องกล้องเป็นการตรวจพิเศษที่มีต้นทุนในการให้บริการที่สูง ซึ่งผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีทักษะในการดูแลการบริการส่องกล้อง เครื่องมือครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการให้บริการและวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้แล้วทิ้งจำนวนมาก (Lamphun Hospital, Supplies and Maintenance Subdivision, 2020) ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจึงจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมโดยใช้กรอบแนวคิดของ แคป-แพลน และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรม โดย ระบุกิจกรรมที่สำคัญและทำให้เกิดผลงานหรือศักยภาพขององค์กร 2) กำหนดค่าใช้จ่ายที่องค์กรใช้ไปในแต่ละกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรม โดยกำหนดตัวผลักดันทรัพยากร ที่เชื่อมโยงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับกิจกรรมที่บันทึกไว้ในระบบการเงินหรือบัญชีแยกประเภทขององค์กรกับกิจกรรมที่ดำเนินการ 3) ระบุผลิตภัณฑ์บริการ และลูกค้าขององค์กร เพื่อให้มั่นใจที่องค์กรสามารถออกแบบผลผลิตและบริการที่ลูกค้าต้องการหรือจำเป็น และ 4) เลือกตัวผลักต้นทุนกิจกรรมที่เชื่อมโยงต้นทุนของแต่ละกิจกรรมกับผลิตภัณฑ์ บริการขององค์กรและลูกค้า

การทบทวนงานวิจัยและเอกสารทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนของหน่วยส่องกล้องในโรงพยาบาลพบว่า ในประเทศแคนาดามีงานวิจัยเกี่ยวกับวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในหน่วยส่องกล้อง โดยต้นทุนเฉลี่ยในการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (EGD) ในกรณีที่ใช้ยาระงับประสาท (moderate sedative) ขณะทำหัตถการร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อมีต้นทุนสูงกว่าการไม่ใช้ยาระงับประสาท (Crott, Makris, Barkun, & Fallone, 2002) นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร สำหรับผู้ป่วยนอก ในประเทศฮ่องกง พบว่า การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นมีสัดส่วนค่าธรรมเนียมแพทย์สูงสุด และรองลงมาคือ ค่าจ้างของบุคลากรโรงพยาบาล (Sambrook, Abba, & Chadwick, 2006) และการศึกษาด้านต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลในหน่วยส่องกล้องของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแมนซอร่า ประเทศอียิปต์ พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงของหัวหน้าพยาบาลเป็นต้นทุนสูงสุด (Gheith, Zakaria, & El-Sayed, 2009) สำหรับประเทศไทย พบเพียงการศึกษาของ ราตรี แสนทิตย์ (Saenthit, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการตรวจระบบทางเดินอาหาร โดยการส่องกล้องของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนมีต้นทุนสูงสุด อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยในต่างประเทศและประเทศไทยนั้นมีตัว

ผลักดันต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรของหน่วยงานที่ให้บริการส่องกล้องแตกต่างกัน จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลอื่นมาใช้เป็นข้อมูลในการบริหารต้นทุนในโรงพยาบาลลำพูนได้

ปัจจุบันห้องส่องกล้องโรงพยาบาลลำพูน ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ที่มารับการตรวจในด้านการตรวจพิเศษโรคระบบทางเดินอาหารและโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเฉพาะในเวลาราชการ 8.00 - 16.00 น โดยให้บริการการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและไส้เล็กส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy: EGD) ได้แก่ การตัดชิ้นเนื้อ (EGD with biopsy) การตรวจการติดเชื้อเฮลิโคเบคเตอร์ ไพโลไร (EGD with Helicobacter pylori infection test: HP test) การรัดหลอดเลือดดำในหลอดอาหาร (EGD with endoscopic variceal ligation) และการฉีดกาว (EGD with glue injection) โดยส่วนใหญ่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลลำพูน เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Lamphun Hospital, Health Insurance Group, 2020) และจากสถิติห้องส่องกล้องย้อนหลัง 3 ปี คือ ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า ผู้รับบริการการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและไส้เล็กส่วนต้น ในปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563 มีผู้รับบริการจำนวน 260, 439 และ 688 รายตามลำดับ (Lamphun Hospital, Endoscopy Room, 2022)

จากการสำรวจผู้ใช้บริการในปีงบประมาณ 2563 พบว่า ห้องส่องกล้องมีจำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นและในปัจจุบันการให้บริการเฉพาะในเวลาราชการนั้นไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอ ทำให้ระยะเวลารอคอยสำหรับเข้ารับบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเป็นเวลา 2 เดือน (Lamphun Hospital, Information and Technology Department, 2021) โรงพยาบาลจึงได้ลงทุนนำเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูงและทันสมัยมาใช้เพื่อการส่องตรวจและรักษา ซึ่งการส่องกล้องเป็นหัตถการที่ต้องการทักษะของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้ความชำนาญ อีกทั้งวัสดุอุปกรณ์หลายชนิดมีราคาต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่สูง (Lamphun Hospital, Supplies and Maintenance Subdivision, 2020) สำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการส่องกล้องนั้นทางโรงพยาบาลได้เบิกจ่ายตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดราคาค่าการส่องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เท่ากับ 1,700 บาทต่อครั้ง โดยไม่รวมอุปกรณ์และยาใช้รักษา (Ministry of Public Health, 2018) ซึ่งการจ่ายเงินชดเชยบริการในหัตถการดังกล่าวในจำนวนที่เท่ากัน ถึงแม้ว่าการทำหัตถการส่องกล้องในผู้ป่วยแต่ละรายจะใช้ทรัพยากรแตกต่างกันก็ตาม และในปัจจุบันยังไม่มีการคิดต้นทุนของการบริการในห้องส่องกล้องแต่อย่างใด จึงยังไม่มีข้อมูลที่จะทำให้ทราบได้ว่า เงินที่ได้รับจากค่าชดเชยบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความคุ้มค่า คุ้มทุน ในการจัดให้บริการหรือไม่ อย่างไร

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหัวหน้างานห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูน เล็งเห็นความสำคัญของการต้นทุนฐานกิจกรรมของการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เพื่อนำข้อมูลต้นทุนที่ได้ไปเปรียบเทียบกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งการบริหารทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการสำหรับแต่ละหัตถการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ข้อมูลต้นทุนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการในห้องส่องกล้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมของการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นในห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นในห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูนกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัด กระทรวง

สาธารณสุข

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นในห้องส่องกล้องโรงพยาบาลลำพูน ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมได้แก่ 1) การลงทะเบียนและประเมินผู้ป่วย 2) การดูแลก่อนทำหัตถการผู้ป่วย 3) การดูแลขณะทำหัตถการ และ4) การดูแลหลังทำหัตถการ โดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของแคปแพลน และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรม โดย ระบุกิจกรรมที่สำคัญและทำให้เกิดผลงานหรือศักยภาพขององค์กรแล้วนำมาบันทึกรวมเล่ม 2) กำหนดค่าใช้จ่ายที่องค์กรใช้ไปในแต่ละกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรม โดยกำหนดตัวผลักดันทรัพยากร ที่เชื่อมโยงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับกิจกรรมที่บันทึกไว้ในระบบการเงินหรือบัญชีแยกประเภทขององค์กรกับกิจกรรมที่ดำเนินการ 3) ระบุผลิตภัณฑ์ บริการ และลูกค้าขององค์กร เพื่อให้มั่นใจที่องค์กรสามารถออกแบบผลผลิตและบริการที่ลูกค้าต้องการหรือจำเป็น และ 4) เลือกตัวผลักต้นทุนกิจกรรมที่เชื่อมโยงต้นทุนของแต่ละกิจกรรมกับผลิตภัณฑ์ บริการขององค์กรและลูกค้า ตามกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ซึ่งประกอบด้วย การลงทะเบียนและประเมินผู้ป่วย การดูแลก่อนทำหัตถการ การดูแลขณะทำหัตถการ และการดูแลหลังทำหัตถการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) บุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมการบริการในห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูน ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน และพนักงานห้องส่องกล้อง 1 คน รวมทั้งหมด 8 คน 2) กิจกรรมในการบริการการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นในห้องส่องกล้อง 3) แบบบันทึกค่าวัสดุสิ้นเปลืองและต้นทุนค่าลงทุนของแต่ละกิจกรรมการส่องกล้อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กิจกรรมการบริการในห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูน โดยจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรม ตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดการปฏิบัติกิจกรรมโดยในแต่ละกิจกรรมย่อย จากนั้นจะคำนวณหาค่าเวลาเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรมไปกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามตารางสำเร็จรูป (Rijiravanich, 2009)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. พจนานุกรมกิจกรรมการบริการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นในห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูนโดยมีลักษณะเป็นตารางอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม และกิจกรรมย่อย 44 กิจกรรม
2. แบบบันทึกเวลาเป็นตารางที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย จำนวนครั้งที่จับเวลาตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาปฏิบัติที่ปฏิบัติกิจกรรมมีหน่วยเป็นนาที ทั้งนี้ประชากรที่เป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมได้ระบุเป็นรหัส
3. แบบบันทึกต้นทุน ประกอบด้วย แบบบันทึกต้นทุนค่าแรงบุคลากร แบบบันทึกต้นทุนค่าวัสดุที่มีลักษณะเป็นตารางที่ระบุรายการของวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ และแบบบันทึกต้นทุนค่าลงทุนมีลักษณะเป็นตารางที่ระบุรายการค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ในห้องส่องกล้อง
4. นาฬิกาดิจิตอลจับเวลา 2 เรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง คลอบคลุม การใช้ภาษาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์กลุ่มวิชาการบริหารการ

พยาบาล 1 ท่าน อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตของผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน โดยการทดลองจับเวลาทุกกิจกรรมจำนวนกิจกรรมละ 1 ครั้ง จนครบทุกกิจกรรม ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ 1.0 อีกทั้งได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของนาฬิกาดิจิตอล จำนวน 2 เรือน โดยผู้วิจัยได้เทียบเวลากับเวลามาตรฐานจากสัญญาณวิทยุของกรมอุทกศาสตร์ กองทัพเรือ ณ ตำแหน่งเดียวกันที่เวลา 08.00 น. เป็นเวลา 3 วัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 045/2565 และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลลำพูน เอกสารเลขที่ Ethic LPN 013/2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูล ขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลและขอคำยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ก่อนสิ้นสุดการศึกษาโดยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะปกปิดเป็นความลับ และผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ ดังนี้

2.1 จัดพจนานุกรมกิจกรรมของการบริการในห้องส่องกล้องที่มีความครอบคลุมรายละเอียดของ 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การลงทะเบียนและประเมินผู้ป่วย 2) การดูแลก่อนทำหัตถการผู้ป่วย 3) การดูแลขณะทำหัตถการ และ4) การดูแลหลังทำหัตถการ

2.2 เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการจับเวลา ได้แก่ อาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องส่องกล้อง เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมจำนวน 1 คน โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการจับเวลา และเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกเวลา จากนั้นได้ทำการทดสอบการจับเวลาใน 47 กิจกรรมย่อยพร้อมกับผู้ศึกษา และทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้ศึกษาและผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน โดยจับเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม ได้จำนวนความเที่ยงที่ตรงกันในทุกกิจกรรมเท่ากับ 1.0

3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลต้นทุน ได้แก่ ค่าแรงบุคลากร จากฝ่ายการเงินและบัญชี และค่าวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ และค่าลงทุน จากคลังยา คลังพัสดุ กองช่างและคลังห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูน นำมาบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. ค่าแรงของบุคลากรรายวิชาชีพที่เป็นค่าแรงต่อนาที คำนวณตามมาตรฐานการทำงานของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนของ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2018) สูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{ต้นทุนค่าแรงต่อนาที (รายวิชาชีพ)} = \frac{\text{ค่าแรงบุคลากรรายวิชาชีพ x (12 เดือน)}}{\text{230 วัน x ชั่วโมง x 60 นาที x จำนวนบุคลากรรายวิชาชีพ}}$$

1.1 นำค่าแรงตามพจนานุกรมกิจกรรมการบริการส่องกล้องในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการส่องกล้องของบุคลากรแต่ละคนต่อนาที นำมาคูณกับเวลาเฉลี่ยในแต่ละกิจกรรม ซึ่งเป็นผลรวมเป็นของค่าแรงในกิจกรรมการส่องกล้องแต่ละประเภท

1.2 รวมค่าแรงของแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้เป็นค่าแรงทั้งหมด ในการปฏิบัติกิจกรรมการส่องกล้องการบริการส่องกล้อง ตามแต่ละสหวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้อง

2. ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง คำนวณจากจำนวนวัสดุที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมการบริการส่องกล้อง นำมาคูณกับราคาต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองที่ได้จากการเก็บข้อมูล โดยต้นทุนค่าวัสดุที่ต้องใช้ในการให้บริการหรือหัตถการแต่ละประเภทกรณีวัสดุใช้ได้มากกว่า 1 ครั้ง ของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2018) คำนวณได้จากสูตร

$$\text{ราคาวัสดุใช้ได้มากกว่า 1 ครั้ง} = \frac{\text{ราคา}}{\text{จำนวนการให้บริการ (ครั้ง)}}$$

3. ต้นทุนค่าลงทุน โดยคำนวณจากค่าเสื่อมราคาต่อครั้งของครุภัณฑ์ ที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการส่องกล้อง

$$\text{ค่าเสื่อมราคาต่อครั้งของครุภัณฑ์} = \frac{\text{ราคาครุภัณฑ์}}{\text{(จำนวนครั้งที่ให้บริการ)/ (7ปี)}}$$

4. ผลรวมของ ต้นทุนทั้งหมด ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าลงทุน ในแต่ละกิจกรรมของการบริการส่องกล้อง ของโรงพยาบาลลำพูน รวมเป็นต้นทุนในการให้บริการการส่องกล้อง 1 ครั้ง

ผลการวิจัย

1. บุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมการให้บริการในห้องส่องกล้องโรงพยาบาลลำพูน ปฏิบัติงานในห้องส่องกล้องของโรงพยาบาลลำพูน มีจำนวนทั้งหมด 8 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวนมากที่สุดคือ 3 คนคิดเป็นร้อยละ 37.50 ร้อยละ 50 ของบุคลากร มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 62.50 และร้อยละ 50 มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท

2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น พบว่า การส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับการฉีดกาว การรัดเส้นเลือดขอดหลอดอาหาร ตรวจการติดเชื้อเฮลิโคเบคเตอร์ ไพโลไร การตัดชิ้นเนื้อ และการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีต้นทุนรวม เท่ากับ 4,270.52 บาท, 3,186.58 บาท, 2,017.77 บาท, 1,954.35 บาท และ1,747.20 บาท ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการในห้องการส่องกล้องในส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและสำไส้เล็กส่วนต้นในห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูนต่อการบริการผู้ป่วย 1 ราย

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)
การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น				
1. การลงทะเบียนและประเมินผู้ป่วย	88.86	18.16	10.86	117.88
2. การดูแลก่อนทำหัตถการผู้ป่วย	74.64	9.67	1.91	86.22
3. การดูแลขณะทำหัตถการ	147.74	214.39	432.73	794.86
4. การดูแลหลังทำหัตถการ	341.56	258.00	148.68	748.24
รวม	**652.80**	**500.22**	**594.18**	**1,747.20**
การส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับตัดชิ้นเนื้อ				
1. การลงทะเบียนและประเมินผู้ป่วย	88.86	18.16	10.86	117.88
2. การดูแลก่อนทำหัตถการผู้ป่วย	74.64	9.67	1.91	86.22
3. การดูแลขณะทำหัตถการ	153.40	415.88	432.73	1,002.01
4. การดูแลหลังทำหัตถการ	341.56	258.00	148.68	748.24
รวม	**658.46**	**701.71**	**594.18**	**1,954.35**
การส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับตรวจการติดเชื้อเฮลิโค-เบคเตอร์ ไพโลไร				
1. การลงทะเบียนและประเมินผู้ป่วย	88.86	18.16	10.86	117.88
2. การดูแลก่อนทำหัตถการผู้ป่วย	74.64	9.67	1.91	86.22
3. การดูแลขณะทำหัตถการ	150.57	482.13	432.73	1,065.43
4. การดูแลหลังทำหัตถการ	341.56	258.00	148.68	748.24
รวม	**655.63**	**767.96**	**594.18**	**2,017.77**
การส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นและรัดเส้นเลือดขอดหลอดอาหาร				
1. การลงทะเบียนและประเมินผู้ป่วย	88.86	18.16	10.86	117.88
2. การดูแลก่อนทำหัตถการผู้ป่วย	74.64	9.67	1.91	86.22
3. การดูแลขณะทำหัตถการ	181.44	1,620.07	432.73	2,234.24
4. การดูแลหลังทำหัตถการ	341.56	258.00	148.68	748.24
รวม	**686.50**	**1905.90**	**594.18**	**3,186.58**
การส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับการฉีดกาว				
1. การลงทะเบียนและประเมินผู้ป่วย	88.86	18.16	10.86	117.88
2. การดูแลก่อนทำหัตถการผู้ป่วย	74.64	9.67	1.91	86.22
3. การดูแลขณะทำหัตถการ	176.06	2,709.39	432.73	3,318.18
4. การดูแลหลังทำหัตถการ	341.56	258.00	148.68	748.24
รวม	**681.12**	**2,995.22**	**594.18**	**4,270.52**

3. เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการในห้องส่องกล้องโรงพยาบาลกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีต้นทุนสูงกว่าทั้ง 5 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 100 ของการบริการการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นในห้องส่องกล้อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการในห้องส่องกล้องโรงพยาบาลกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนฐานกิจกรรม (บาท)	อัตราค่าบริการสาธารณสุขกำหนด (บาท)	ผลต่างค่าบริการ (บาท)
1. การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น	1,747.20	1,700.00	-47.20
2. การส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับตัดชิ้นเนื้อ	1,954.36	1,700.00	-254.36
3. การส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับตรวจการติดเชื้อเฮลิโคเบคเตอร์ ไพโลไร	2,017.77	1,700.00	-317.77
4. การส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับรัดเส้นเลือดขอดหลอดอาหาร	3,186.59	1,700.00	-1,486.59
5. การส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับการฉีดกาว	4,270.53	1,700.00	-2,570.53

การอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ด้านต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับการฉีดกาว พบว่า เป็นกิจกรรมมีต้นทุนสูงที่สุดคือ 4,270.53 บาท รองลงมาได้แก่ ต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับรัดเส้นเลือดขอดหลอดอาหารมีต้นทุนเท่ากับ 3,186.59 บาท ต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับตัดชิ้นเนื้อ รวมเป็นเงิน 1,954.36 บาท และต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นมีต้นทุนต่ำสุด เป็นเงิน 1,747.20 บาท (ตารางที่ 1) ทั้งนี้ต้นทุนที่สูงเกิดจากความยากง่ายหรือความซับซ้อนของหัตถการที่เป็นตัวผลักดันต้นทุนในกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ เวลาในการปฏิบัติกิจกรรม โดยกิจกรรมที่ใช้เวลามากจะทำให้ต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าลงทุนที่เกิดจาการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น นอกจากปัจจัยเรื่องของเวลาแล้วยังพบว่ามีกิจกรรมที่ทำการรักษายังมีตัวผลักดันต้นทุนที่สำคัญ คือ ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในการทำหัตถการ ในขณะที่ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นที่มีต้นทุนต่ำสุดเป็นเพราะเป็นกิจกรรมการตรวจวินิจฉัยโดยไม่ได้มีการรักษาใด ๆ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ครอทท์ และคณะ (Crott et al., 2002) ที่วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในหน่วยส่องกล้องของโรงพยาบาลในประเทศแคนาดา พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยในการส่องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เท่ากับ 62 ดอลลาร์ กรณีที่ใช้ยาสงบ

ประสาท (moderate sedative) ระหว่างการทำหัตถการ เท่ากับ 89 ดอลลาร์และถ้ามีการใช้อุปกรณ์เพิ่มเติมเพื่อการรักษาพบว่าจะมีต้นทุนเพิ่มขึ้นอีก 63 ดอลลาร์ เนื่องจากมีการใช้อุปกรณ์การเก็บชิ้นเนื้อแบบใช้ซ้ำไม่ได้ วัสดุทางการแพทย์ ยาสงบประสาท และค่าแรงในการปฏิบัติกิจกรรมของแพทย์และพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระหว่างขณะทำหัตถการ เช่น การเตรียมยา การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด รวมทั้ง ค่าธรรมเนียมแพทย์การอ่านผลชิ้นเนื้อ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ อุปกรณ์การเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจ

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในประเทศไทยของ ราตรี แสนทิตย์ (Saenthit, 2007) ที่รายงานว่าในหน่วยส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ในขณะทำหัตถการมากที่สุดเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาต้นทุนตามกระบวนการหลักของกิจกรรมบริการ จะเห็นว่าสัดส่วนต้นทุนในขณะทำหัตถการนั้นต้นทุนค่าลงทุนมีต้นทุนสูงสุดในทุกหัตถการ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดต้นทุนฐานกิจกรรมได้ว่า ตัวผลักดันต้นทุนในการปฏิบัติกิจกรรมของการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ได้แก่ กล้องสำหรับใช้ส่องตรวจและรักษา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ทันสมัย และมีอายุการใช้งานไม่มากทำให้มีค่าราคาเสื่อมต่อปีที่นำมาคำนวณสูง ส่งผลให้การคิดราคาค่าเสื่อมต่อครั้งของการใช้กล้องส่องตรวจและรักษามีราคาสูงกว่าต้นทุนอื่น ซึ่งเทียบเคียงได้กับผลการศึกษาของสุดใจ มณีโชติ (Maneechot, 2015) ที่วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการทำหัตถการการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับ (ERCP) ของสถาบันโรคระบบทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒนะพันธุ์ (NKC) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่คำนวณต้นทุนในการทำหัตถการแล้วพบว่าต้นทุนค่าลงทุนสูงสุด เนื่องจาก กล้องสำหรับทำหัตถการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับมีราคาสูงสุด

2. การเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการในห้องส่องกล้องโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน แตกต่างกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด พบว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีต้นทุนสูงกว่า อัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 กำหนดไว้ ทั้ง 5 กิจกรรม (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในกิจกรรมการส่องกล้องตรวจและรักษากระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นที่มีความจำเป็นต้องใช้วัสดุสิ้นเปลืองเพื่อการรักษาที่ได้มาตรฐานหรือเป็นวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้แล้วไม่สามารถนำกลับมาใช้อีกเป็นจำนวนมาก เช่น กาวสังเคราะห์ทางการแพทย์ วัสดุอุปกรณ์ในการทำความสะอาดกล้อง น้ำยาแช่เครื่องมือฆ่าเชื้อโรค (high level disinfectant) สำหรับการทำปราศจากเชื้อ เข็มฉีดสำหรับทำหัตถการ เป็นต้น อีกทั้งเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมจะเพิ่มขึ้นตามความยุ่งยากของหัตถการ และจำนวนบุคลากรที่เพิ่มในขณะทำหัตถการโดยตัวผลักดันทรัพยากร ได้แก่ จำนวนทรัพยากรที่ใช้เพิ่มขึ้น คือ วัสดุสิ้นเปลืองในแต่ละหัตถการซึ่งมีค่าต้นทุนสูง (Lamphun Hospital, Supplies and Maintenance Subdivision, Lamphun, 2020) เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมจะเพิ่มขึ้นตามความยุ่งยากของหัตถการ และจำนวนบุคลากรที่เพิ่มในขณะทำหัตถการในกรณีที่ต้องเตรียมชุดตรวจการติดเชื้อเฮลิโคเบคเตอร์ไพโลไรในกระเพาะอาหาร และในการฉีดกาวหรือรัดหลอดเลือดขอดบริเวณหลอดอาหาร ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพเข้าไปช่วยปฏิบัติกิจกรรม อีกทั้งชุดรัดหลอดเลือดขอดหลอดอาหาร และอุปกรณ์สำหรับการตัดชิ้นเนื้อสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำ โดยต้องผ่านการทำความสะอาดและปราศจากเชื้อตามมาตราฐานของการทำปราศเชื้อสำหรับอุปกรณ์ที่ต้องนำมาใช้ซ้ำ จึงทำให้กิจกรรมส่วนนี้มีต้นทุนค่าแรงในการทำปราศจากเชื้อของวัสดุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ต้นทุนรวม อธิบายได้ว่ากิจกรรมที่มีการใช้ทรัพยากรมากหรือระยะเวลานานของการทำหัตถการนาน ก็ย่อมจะส่งผลให้ต้นทุนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ สูงขึ้นตามไปด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของของ ราตรี แสนทิตย์ (Saenthit, 2007) ในหน่วยส่องกล้องโรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่า รายจ่ายการบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นของโรงพยาบาลมากเกินกว่างบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้โรงพยาบาลจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ

เทียบเคียงได้กับผลการศึกษาของ สุดใจ มณีโชติ (Maneechot, 2015) ที่วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการทำหัตถการการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับ (ERCP) ของสถาบันโรคระบบทางเดินอาหารและตับ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่พบว่า สูงกว่ารายได้ที่จัดเก็บได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรพิจารณาการสั่งซื้อวัสดุที่ใช้ในหัตถการส่องกล้องในราคาที่ถูกลงแต่ยังคงมีคุณภาพตามมาตรฐานหรือพิจารณาจำนวนการสั่งวัสดุที่คุ้มทุนให้เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณตามความจำเป็น

2. ผู้ให้บริการควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัตินั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอหรือเป็นประจำเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในการทำหัตถการและนำมาซึ่งการลดระยะเวลาในการทำกิจกรรมลง ส่งผลให้เกิดการลดต้นทุนในกิจกรรม

3. ผู้บริหารสามารถพิจารณาการบริหารทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการส่องกล้อง ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล วัสดุสิ้นเปลืองในการให้บริการส่องกล้อง โดยกำหนดรูปแบบใหม่ในการให้บริการ หรือนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบันทึกเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาล เพื่อช่วยลดระยะเวลาของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการส่องกล้อง

4. ผู้บริหารและแพทย์ผู้รักษาสามารถนำข้อมูลต้นทุนในการส่องกล้องในการศึกษาครั้งนี้มาบริหารจัดการให้เหมาะสมในการรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาผ่านการส่องกล้องที่ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในห้องส่องกล้องในหัตถการอื่น ๆ เช่น การส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับเพื่อเปรียบเทียบกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนำวางแผนในการดำเนินการบริการในห้องส่องกล้องในหัตถการอื่นให้เหมาะสม

2. ควรศึกษาต้นทุนทางอ้อมของการส่องกล้องที่กระจายมาจากบริการในหน่วยงานอื่นให้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น เช่น กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรม และเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดห้องส่องกล้อง เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในห้องส่องกล้อง

3. ควรศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการใช้วัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้แล้วทิ้ง และวัสดุสิ้นเปลืองที่นำกลับมาใช้ใหม่เพื่อพิจารณาการสั่งซื้อวัสดุที่ใช้ในหัตถการส่องกล้องที่มีคุณภาพในการให้บริการ

4. ควรศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหน่วยบริการอื่น ๆ ในโรงพยาบาลลำพูน เพื่อนำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาวางแผนบริหารกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และการใช้เครื่องมือให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน

References

Crott, R., Makris, N., Barkun, A., & Fallone, C. (2002). The cost of an upper gastroduodenal endoscopy: An activity-based approach. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, *16*(7), 473-482.

Gheith, N., Zakaria, A. M., & El-Sayed, S. H. (2009). Cost of nursing care for endoscopy patients in endoscopy unit at specialized Medical Hospital-Mansoura University. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences, 3*(3), 2038-2047.

Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance.* Boston: Harvard Business School.

Lamphun Hospital. (2020). *Strategic plan of Lamphun Hospital 5 years (2018-2022) fiscal year 2021.* Lamphun: Author. (in Thai)

Lamphun Hospital, Endoscopy Room. (2022). *Annual statistics Endoscopy Room, Lamphun Hospital.* Lamphun: Author. (in Thai)

Lamphun Hospital, Health Insurance Group. (2020). *Summary of annual report 2020*. Lamphun: Author. (in Thai)

Lamphun Hospital, Information and Technology Department. (2021). *Summary of annual report 2021*. Lamphun: Author. (in Thai)

Lamphun Hospital, Self-assessment in Endoscopy Room. (2020). *Self-assessment in Endoscopy Room.* Lamphun: Author. (in Thai)

Lamphun Hospital, Supplies and Maintenance Subdivision. (2020). *Consumables expense report Lamphun Hospital Year 2020.* Lamphun: Author. (in Thai)

Maneechot, M. (2015). *Unit cost analysis of Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography (ERCP): A case study of NKC institute of gastroenterology and hepatology, Songklanagaring Hospital* (Master's Thesis). Prince of Songkla University, Thailand. Retrieved from https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11449/1/418298.pdf (in Thai)

Ministry of Public Health. (2018). *Rates of public health service fees of service units under the Ministry of Public Health for Thai people, 2019*. Nonthaburi: Author. (in Thai)

Rijiravanich, W. (2009). *Working studies, principles and case studies* (7th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

Saenthit, R. (2007). *Unit cost analysis of gastroenterology services endoscopy of the universal health coverage project: A case study of Siriraj Hospital.* Bangkok: Kasetsart University. (in Thai)

Sambrook, S., Abba, N., & Chadwick, P. (2006). Evaluation of DBT emotional coping skills groups for people with parasuicidal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*, 241-244.

Health Literacy and Care Behaviors in Preventing Respiratory Infection Diseases Among Parents of Preschool Children in Child Development Centers

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ธมณณัฏฐ์	วิชา*	Thamonnat	Wicha*
วิภาวรรณ	ชัยลังกา**	Wiphawan	Chailangka**
ลาวัลย์	สมบูรณ์***	Lawan	Somboon***
สุดธิดา	แก้วขจร*	Suthida	Kaewkajorn****
บุญญฤทธิ์	อายุยืน ****	Boonyarit	Aryuyuen*****

Abstract

Good parental childcare behaviors contribute to a healthy early childhood. This descriptive and correlational research aimed to investigate parental health literacy and behaviors for preventing respiratory infection diseases, and the relationship between parental health literacy and behaviors and respiratory infection disease prevention in a child development center. The study samples consisted of 85 parents of children aged 2-5 years who were sick, or had been sick, with respiratory infection diseases within 6 months of the study period. Data were collected in 4 child development centers in Paoordonchai subdistrict municipality, Mueang Chiang Rai, Chiang Rai Province from February to April 2022. The research instruments consisted of questionnaires related to health literacy and parental behaviors on respiratory infection prevention; the reliability of the questionnaires, using Cronbach's alpha coefficient, showed values of .80 and .74, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Health literacy of the samples was at a high level ($\bar{X}$ = 42.94, SD = 8.31). In determination of each dimension, it was found that all three aspects were at a high level: functional health literacy ($\bar{X}$ = 15.34, SD = 3.79), interactive health literacy ($\bar{X}$ = 13.32, SD = 3.56) and critical health literacy ($\bar{X}$ = 14.27, SD = 3.78)

2. Parental behaviors for respiratory infection disease prevention were at a high level ($\bar{X}$ = 61.39, SD = 7.83). In determination of each dimension of care behaviors, it was found that all nine aspects were at a high level: avoidance of infection ($\bar{X}$ =10.92, SD = 2.34), caring of home environment ($\bar{X}$ = 9.62, SD = 2.20), caring for children's personal hygiene ($\bar{X}$ = 7.80, SD = 1.33, taking care of exercise and rest ($\bar{X}$ = 7.61, SD = 1.50), providing good nutrition ($\bar{X}$ = 7.31, SD = 1.61), strengthening immunizations ($\bar{X}$ = 5.51, SD = .96), prevention of spreading infection ($\bar{X}$ = 5.18, SD = 1.18), keeping children warm ($\bar{X}$ = 4.59, SD = 1.35), and observing abnormal symptoms which need to visit the physician ($\bar{X}$= 2.86, SD = .41)

3. Parental health literacy had a significant positive correlation with behaviors for respiratory infection disease prevention in preschool children at a moderate level ($r = .457$, $p < .01$)

The findings in this study can be used as preliminary data for health personnel to establish health literacy promotion plans for respiratory infection disease prevention among parents of preschool children in child development centers to be more effective.

Keywords: Health literacy; Parental care behaviors; Child development centers; Preschool children; Respiratory infection disease prevention

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College;

e-mail: Wiphawansunny@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

**** Director of Education, Paoordonchai Subdistrict Municipality, Chiang Rai Province

Received 3 April 2023; Revised 14 June 2023; Accepted 19 June 2023

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองที่ดี จะทำให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพที่แข็งแรง การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 2-5 ปี ที่กำลังเจ็บป่วยหรือเคยมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา เก็บข้อมูลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง เทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 85 ราย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.80 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 42.94, SD = 8.31) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($\bar{X}$ = 15.34, SD = 3.79), ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 13.32, SD = 3.56) และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ($\bar{X}$ = 14.27, SD = 3.78)

2. กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 61.39, SD = 7.83) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทั้ง 9 ด้าน ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค ($\bar{X}$ = 10.92, SD = 2.34) การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ($\bar{X}$ = 9.62, SD = 2.20) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก ($\bar{X}$ = 7.80, SD = 1.33) การดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน ($\bar{X}$ = 7.61, SD = 1.50) การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ ($\bar{X}$ = 7.31, SD = 1.61) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ($\bar{X}$ = 5.51, SD = .96) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ($\bar{X}$ = 5.18, SD = 1.18) การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก ($\bar{X}$ = 4.59, SD = 1.35) และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพาเด็กไปพบแพทย์ ($\bar{X}$ = 2.86, SD = .41)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .457, p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เด็กปฐมวัย การป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: Wiphawansunny@gmail.com
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
***** ผู้อำนวยการกองการศึกษา เทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย จังหวัดเชียงราย

วันที่รับบทความ 3 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 14 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 19 มิถุนายน 25661

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในเด็กพบอุบัติการณ์ในต่างประเทศประมาณ 1.13 รายต่อเด็ก 1,000 ราย (Caballero et al., 2019) และประเทศไทยพบรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในปี พ.ศ. 2556 - 2561 โดยพบมากตั้งแต่แรกเกิด - 4 ปี และมีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี การระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจพบมากช่วงเดือนกันยายนถึงตุลาคมหรือช่วงปลายฤดูฝนและฤดูหนาว พบอัตราการป่วยประมาณ 448.68 รายต่อประชากรแสนราย และอัตราการเสียชีวิตประมาณ 1.14 รายต่อประชากรแสนราย (Epidemiology and Intelligence Group, The Office of Disease Prevention and Control 1 Chiang Mai, 2018)

การติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบเป็นการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory infection: URI) ได้แก่ โรคหวัด หูชั้นกลางอักเสบ ไซนัสอักเสบ คออักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ ครู๊ป และการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (lower respiratory infection: LRI) ได้แก่ หลอดลมอักเสบ หลอดลมฝอยอักเสบ และปอดบวม (Department of Disease Control, 2019) ซึ่งโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยที่สุดในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ โรคหวัด และโรคปอดบวม (Musiksukont et al., 2018; Ngamsuoy & Sonkongdang, 2020) โดยเฉพาะโรคปอดบวม พบประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการ ติดเชื้อระบบหายใจเฉียบพลัน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็ก (Department of Disease Control, 2019) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส โดยเฉพาะไวรัสซินไซเชียล (respiratory syncytial virus: RSV) (Korsun et al., 2019) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กมีอาการรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 2.9 รายต่อเด็ก 1,000 ราย (Rha et al., 2020) และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจจนถึงเสียชีวิต คือ 1-25 วัน (Caballero et al., 2019)

เด็กที่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจบ่อย (Pediatric Respiratory Diseases Strategies of Successful Practice, The Royal College of Pediatricians of Thailand, 2019) เนื่องจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานที่มีเด็กมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เมื่อเด็กคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคติดเชื้อจึงมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่เด็กคนอื่นได้ง่าย และเด็กเล็กจะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ เพราะระบบภูมิคุ้มกันโรคและโครงสร้างของระบบทางเดินหายใจยังพัฒนาและทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ (Ngamsuoy & Sonkongdang, 2020) ประกอบกับพฤติกรรมด้านสุขอนามัย และธรรมชาติของเด็กเล็กที่มักจะชอบหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ เข้าปาก มีการเล่นของเล่นร่วมกัน และการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มจำนวนมาก ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเล็กหรือเด็กปฐมวัยมักมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าเด็กโต (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2017)

การเจ็บป่วยของเด็กแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพโดยรวม อีกทั้งทำให้เด็กต้องหยุดเรียน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองของเด็ก โดยเฉพาะบิดามารดาที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก จะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลบุตร ทำให้ขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช่จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Hockenberry et al., 2017; Pongjaturawit, Sarapat, & Chaimongkol, 2021) นอกจากนี้เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่ยังไม่สามารถทำกิจกรรมช่วยเหลือดูแลตนเองหรือรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพได้ทั้งหมด จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือมากกว่าเด็กในวัยอื่น ๆ (Klunklin, 2020) ดังนั้นเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพแข็งแรง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจลดลง พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบหายใจของบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวเด็กปฐมวัยจึงมีความสำคัญ (Serbin, Hubert, Hastings, Stack, & Schwartzman, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ ด้านการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก ด้านการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค (Kaewsuk, Pongjaturawit, & Chaimongkol, 2016) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Thaw, Santati, & Pookboonmee, 2019) ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก ด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพาเด็กไปพบแพทย์ (Noimor, Kasatpibal, & Chitreecheur, 2019) หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีของเด็กต่อไป

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 56.92, SD = 6.94) (Kaewsuk et al., 2016) พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 23.57, SD = 3.22) (Thaw et al., 2019) มารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 73.3, SD = 6.6) (Chamninork, Aree, & Lamchang, 2020) และพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 79.54, SD = 10.80) (Wicha, Jintrawet, & Lamchang, 2021) ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมการดูแลทุกด้านและมีผลการศึกษาแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านผู้ปกครอง โดยปัจจัยด้านเด็ก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ลำดับที่ของบุตร ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรคประจำตัวของเด็ก การได้รับวัคซีน ระยะเวลาที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา) (Kaewsuk et al., 2016) และภูมิคุ้มกันโรคที่เด็กได้รับ (Chamninork et al., 2020) และปัจจัยด้านผู้ปกครอง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว (Kaewsuk et al., 2016) ประวัติการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว (Boonrung, 2012) ประสบการณ์ในการดูแล (Jaide, Santati, & Kongsaktrakul, 2012) เพศ และแหล่งข้อมูลสำหรับการดูแลที่ได้รับ (Laemthaisong, Toonsiri, & Homsin, 2019)

อีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ปกครอง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000, 2008) เป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพและสามารถใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (critical health literacy) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถของบุคคลในการอ่านและเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ การเลือกใช้ข้อมูล แยกแยะข้อมูลและประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แล้วนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และควบคุมจัดการกับสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ (Nutbeam, 2000)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ (Wicha et al., 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครอง (Kummee, Urharmnuay, Jaikla, Prapalert, & Chaimakham, 2022) การศึกษาของ อิสมาอิล, อาร์ดินี, โมฮัมหมัด, และ บาการ์ (Ismail, Ardini, Mohamad, & Bakar, 2018) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขอนามัยช่องปากของผู้ปกครอง และภาวะสุขอนามัยช่องปากของเด็กปฐมวัยอายุ 5-6 ปี ประเทศมาเลเซีย พบว่า การมีฟันผุและภาวะสุขอนามัยช่องปากของเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางช่องปากของผู้ปกครอง และการศึกษาของ เบอร์กา และคณะ (Brega et al., 2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขอนามัยช่องปากของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขอนามัยช่องปากของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตร

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ยังไม่ครอบคลุมการดูแลทั้งหมด 9 ด้าน และผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมากกว่า 6 ครั้งต่อปี ซึ่งอาจเกิดจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครอง คือ ผู้ปกครองบางรายยังคงพาเด็กที่มีอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัยอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่มีเด็กจำนวนมากและเด็กส่วนใหญ่เคยมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อีกทั้งในช่วงที่เด็กมีอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจผู้ปกครองยังคงให้เด็กมาเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก โรคโควิด 19 และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจเท่านั้น ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่อาจทำให้พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองเด็กอยู่ในระดับสูงขึ้น หากผู้ปกครองมีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จะทำให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงดีหรือช่วยให้เด็กหายจากโรค ลดความรุนแรงของโรค ลดการเจ็บป่วยเรื้อรัง และลดอัตราเสี่ยงของการเสียชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ส่วนพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นการกระทำของผู้ปกครองที่ปฏิบัติต่อเด็กปฐมวัยในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพดี ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก การดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพาเด็กไปพบแพทย์ หากผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีอาจทำให้มีพฤติกรรมการดูแลและป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 2-5 ปี ทั้งกำลังเจ็บป่วยหรือเคยมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในปีการศึกษา 2563-2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครอง ได้แก่ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา และยาย ของเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 2-5 ปี ทั้งกำลังเจ็บป่วยหรือเคยมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคหวัด คออักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ ไซนัสอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ หลอดลมอักเสบ หลอดลมฝอยอักเสบ ครู๊ป และปอดอักเสบหรือปอดบวมในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในปีการศึกษา 2563-2564 จำนวน 4 แห่ง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ระดับ (level of power) 0.80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย (Polit, 2010) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากร (proportional stratified random sampling) ของเด็กปฐมวัยที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปีการศึกษา 2563-2564 ทั้ง 4 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลเด็ก แหล่งข้อมูลสำหรับการดูแลที่ได้รับ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับที่ของบุตร โรคประจำตัวของเด็ก ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับวัคซีน ระยะเวลาที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา โดยเป็นข้อคำถามที่มีลักษณะปลายเปิดและปลายปิด

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจของคนึงนิจ วิชา และคณะ (Wicha et al., 2021) ซึ่งใช้แนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปรับเนื้อหาของข้อคำถามให้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยเป็นข้อคำถามที่มีลักษณะปลายปิดและลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคย จนถึง 4 คะแนน หมายถึง ทุกครั้ง และแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

การคิดคะแนนคิดจากผลรวมของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ และผลรวมของคะแนนรายด้าน 3 ด้าน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-59 คะแนน และคะแนนรวมรายด้านแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน 5-20 คะแนน และ 6-20 คะแนน ตามลำดับ จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เครื่องมือได้รับการตรวจคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (Polit & Beck, 2021) ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.93 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง จำนวน 10 ราย (Gray, Grove, & Sutherland, 2013) คำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Cronbach’s alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.80

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนของ จุฬาลักษณ์ แก้วสุก และคณะ (Kaewsuk et al., 2016) โดยปรับเนื้อหาของข้อคำถามให้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อแบ่งเป็น 9 ด้าน โดยเป็นข้อคำถามที่มีลักษณะปลายปิด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จนถึง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง และแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

คิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ และผลรวมของคะแนนรายด้าน 9 ด้าน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 41-74 คะแนน และคะแนนรวมรายด้านแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 3-9 คะแนน 4-12 คะแนน 1-6 คะแนน 3-9 คะแนน 1-6 คะแนน 5-15 คะแนน 0-6 คะแนน 4-9 คะแนน 1-3 คะแนน ตามลำดับ จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เครื่องมือได้รับการตรวจคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (Polit & Beck, 2021) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.99 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง จำนวน 10 ราย (Burns & Grove, 2013) คำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Cronbach’s alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสารเลขที่ 012/2564 และได้รับการอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตามเอกสาร CRPPHO No. 41/2565 หลังจากนั้นทำการยื่นเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลแก่นายกเทศมนตรีตำบลป่าอ้อดอนชัย แล้วผู้วิจัยทำการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่ม

ตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและคณะจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยจัดห้องเฉพาะ เงียบสงบและมีความเป็นส่วนตัว ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 4 แห่ง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม 2565 โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เมื่อได้ข้อมูลครบแล้วผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อมูลพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย โดยทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 82.4 มีอายุระหว่าง 20-37 ปีร้อยละ 52.9 เป็นบิดามารดาร้อยละ 74.1 เป็นปู่ ย่า ตา ยายร้อยละ 25.9 สถานภาพสมรสร้อยละ 74.1 สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 34.1 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คนร้อยละ 78.8 ลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 64.7 อาชีพรับจ้างร้อยละ 30.6 รายได้ครอบครัว < 10,000 บาท/เดือนร้อยละ 42.4 รายได้พอใช้จ่ายร้อยละ 54.1 ผู้ปกครองไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 94.1 สมาชิกในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 69.4 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กร้อยละ 69.4 ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลเด็กระหว่าง 3-4 ปี 11 เดือนร้อยละ 90.6 แหล่งคำแนะนำสำหรับการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่จากแพทย์หรือพยาบาลร้อยละ 71.8 รูปแบบคำแนะนำที่ได้รับเป็นการสนทนาร้อยละ 94.1 แหล่งค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากอินเตอร์เน็ตร้อยละ 85.9 และคำแนะนำ/ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่ คือการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการร้อยละ 76.5

เด็กปฐมวัยเป็นเพศหญิงร้อยละ 54.1 มีอายุ 3 ปี 1 เดือน - 5 ปีร้อยละ 92.9 มีอายุเฉลี่ย 4 ปี 5 วัน เป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 57.6 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 95.3 ได้รับนมแม่ร้อยละ 94.1 ระยะเวลาที่ได้รับนมแม่ 1 ปี 1 เดือน – 2 ปีร้อยละ 31.8 ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ร้อยละ 84.7 ระยะเวลาที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1-2 ปีร้อยละ 60 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 1-5 ครั้งร้อยละ 61.2 และเจ็บป่วยด้วยโรคหวัดร้อยละ 64.7

กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 42.94, SD = 8.31) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($\bar{X}$ = 15.34, SD = 3.79) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 13.32, SD = 3.56) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ($\bar{X}$ = 14.27, SD = 3.78) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในแต่ละระดับ (n = 85)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (range = 25-59)	0 (0.0)	33 (38.8)	52 (61.2)	42.94	8.31
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน					
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (range = 5-20)	2 (2.4)	28 (32.9)	55 (64.7)	15.34	3.79
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (range = 5-20)	4 (4.7)	36 (42.4)	45 (52.9)	13.32	3.56
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (range = 6-20)	2 (2.4)	29 (34.1)	54 (63.5)	14.27	3.78

กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 61.39, SD = 7.83) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทั้งทุกด้าน ดังนี้ การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค ($\bar{X}$ = 10.92, SD = 2.34) การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ($\bar{X}$ = 9.62, SD = 2.20) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก ($\bar{X}$ = 7.80, SD = 1.33) การดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน ($\bar{X}$ = 7.61, SD = 1.50) การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ ($\bar{X}$ = 7.31, SD = 1.61) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ($\bar{X}$ = 5.51, SD = .96) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ($\bar{X}$ = 5.18, SD = 1.18) การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก ($\bar{X}$ = 4.59, SD = 1.35) และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพาเด็กไปพบแพทย์ ($\bar{X}$ = 2.86, SD = .41) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลของ ผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย (n = 85)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
พฤติกรรมการดูแลโดยรวม (range = 41-74)	0 (0.0)	11 (12.9)	74 (87.1)	61.39	7.83

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลของ ผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย (n = 85) (ต่อ)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
พฤติกรรมการดูแลรายด้าน					
1. การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ (range = 3-9)	1 (1.2)	23 (27.1)	61 (71.7)	7.31	1.61
2. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (range = 4-12)	1 (1.2)	26 (30.6)	58 (68.2)	9.62	2.20
3. การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก (range = 1-6)	9 (10.6)	27 (31.8)	49 (57.6)	4.59	1.35
4. การดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน (range = 3-9)	1 (1.2)	18 (21.2)	66 (77.6)	7.61	1.50
5. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (range = 1-6)	2 (2.3)	10 (11.8)	73 (85.9)	5.51	.96
6. การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค (range = 5-15)	1 (1.2)	36 (42.3)	48 (56.5)	10.92	2.34
7. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (range = 0-6)	2 (2.4)	21 (24.7)	62 (72.9)	5.18	1.18
8. การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก (range = 4-9)	0 (0.0)	16 (18.8)	69 (81.2)	7.80	1.33
9. การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพาเด็กไปพบแพทย์ (range = 1-3)	2 (2.4)	8 (9.4)	75 (88.2)	2.86	.41

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัยโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .457$, $p < .01$)

การอภิปรายผล

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 85 ราย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัย โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 42.94, SD = 8.31) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ปกครองมีระยะเวลาในการดูแลเด็กนาน 3 - 4 ปี 11 เดือน ประกอบกับเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 61.2 เคยมีเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย 1-5 ครั้ง ทำให้ผู้ปกครองมีความคุ้นเคยเกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับจากแพทย์หรือพยาบาล อีกทั้งผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-37 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.9 ซึ่งอยู่ในกลุ่มเจนเนอร์เรชั่น Y ที่มีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและหลากหลายมากกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะการค้นหาและรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทางอินเตอร์เน็ต ซึ่งเป็นช่องทางที่ค้นหาได้ง่าย ซึ่งสามารถใช้ในการตรวจสอบและตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ได้รับมาเพื่อประกอบการตัดสินใจในการนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ในการดูแลเด็กที่เหมาะสม (Pothipiti, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในระดับมากและส่วนใหญ่คิดว่าตนเองได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เอกสาร เป็นต้น และได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลเด็กมั่นใจว่าปฏิบัติถูกต้องและเกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากมากขึ้น (Sangnimitchaikul & Rutchanagul, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากผู้ปกครองร้อยละ 98.9 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากการติดตามข่าวสารผ่านสื่อ โทรทัศน์หรือวิทยุและอินเตอร์เน็ต จึงทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูล สืบค้นข้อมูลจากหลายแหล่งและสามารถจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 แก่เด็กได้เป็นอย่างดี (Kummee et al., 2022)

ผลการศึกษารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 15.34, SD = 3.79) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งสามารถเข้าใจอ่านออกและสื่อสารกับแพทย์หรือพยาบาล ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่ อสม. และบุคคลอื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาและความรอบรู้ด้านสุขภาพทางช่องปากของมารดามีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะฟันผุในเด็กได้ (Vichayanrat et al., 2014) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 13.32, SD = 3.56) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยรายอื่นร้อยละ 69.4 ซึ่งผู้ไม่มีประสบการณ์มักจะแสวงหาความรู้เพิ่มเติม ทำให้บุคคลสามารถได้รับข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น จากรูปแบบของสื่อ เช่น หนังสือ คู่มือ เอกสาร รายงานต่าง ๆ จึงทำให้บุคคลนั้นเกิดการสั่งสมความรู้ (Nonaka & Konno, 1998) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 14.27, SD = 3.78) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-37 ปี ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ และสามารถเข้าใจ ตัดสินใจในเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดี เพราะอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและถูกต้องในการแก้ไขปัญหาที่ดีกว่า (Orem, 2001) อีกทั้งผู้ปกครองมีระยะเวลาในการดูแลเด็กนาน 3 - 4 ปี 11 เดือน ซึ่งบุคคลที่มีระยะเวลาในการดูแลนาน จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้เร็วกว่าเนื่องจากสามารถเชื่อมโยงจากเรื่องราวเดิมมาสู่เรื่องราวใหม่ได้ดี

2. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 61.39, SD = 7.83) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาร้อยละ

74.1 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและมีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งสามารถเข้าใจและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์หรือพยาบาล ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่ อสม. และบุคคลอื่นได้ดี และสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาปรับใช้ในการดูแลเด็กอย่างถูกต้อง เพื่อให้เด็กมีสุขภาพดี ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อีกทั้งผู้ปกครองยังมีรายได้พอใช้จ่ายร้อยละ 54.1 ทำให้ผู้ปกครองมีปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดความสะดวกในการค้นหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลเด็ก เช่น การค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ง่าย ดังการศึกษาที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของผู้เลี้ยงดูเด็ก ถ้าผู้เลี้ยงดูเด็กเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ไม่ดีพอ จะทำให้ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องในการดูแล ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเด็ก ดังนั้นหากผู้เลี้ยงดูเด็กเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายและสะดวกขึ้น ก็จะสามารถนำข้อมูลไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเด็กได้ดี (Winyagool & Kittisenee, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์ด้านการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำและเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เอกสารแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสาร อินเตอร์เน็ต วิทยุ โทรทัศน์ เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข จึงทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำที่ถูกต้อง (Supreeyaporn, Aree, & Lamchang, 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ มีความรู้และมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปากจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือจากผู้ปกครองด้วยกันเอง จึงทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้ทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Nuankerd & Mekrungrongwong, 2020)

ผลการศึกษารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่อยู่ในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค 2) ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน 3) ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก

พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 10.92, SD = 2.34) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำหรือความรู้จากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค ทำให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค คือ หากเด็กมีการสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับเด็กที่ป่วยหรือคนในบ้านป่วยก็มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อสู่เด็กวัยก่อนเรียนและทำให้เกิดการติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจได้ง่าย (Pongjaturawit et al., 2021) โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 58.8 มีการหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กเล่นหรือคลุกคลีกับผู้ที่เป็นไข้หวัด และร้อยละ 45.9 ผู้ปกครองหลีกเลี่ยงการพาลูกไปในที่ที่มีคนมากหรือสถานที่ที่อากาศไม่บริสุทธิ์ แต่ยังพบว่าผู้ปกครองร้อยละ 60 กอดจูบเด็กแม้ว่ากำลังเป็นหวัด และร้อยละ 55.3 ให้เด็กใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น/ เด็กคนอื่น ดังนั้นการปฏิบัติของผู้ปกครองที่ไม่ถูกต้อง ควรได้รับการส่งเสริมเพื่อให้ผู้ปกครองปฏิบัติดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง เพราะเด็กวัยนี้ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหลายโรค เนื่องจากเด็กยังเล็กมีภูมิต้านทานต่ำทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายและการอยู่รวมกันหลายคนหรือใกล้ชิดและสัมผัสกันมาก มีการไอจามใส่กันหรือใช้ของร่วมกัน โดยเชื้อโรคจะติดตามเสื้อผ้า ภาชนะ สิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ ก็จะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (Pongjaturawit et al., 2021)

พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 9.62, SD = 2.20) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.9 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ/ ความรู้จากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน อาจทำให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวไม่มีการสูบบุหรี่ อีกทั้งร้อยละ 67.1 มีเปิดประตูหน้าต่างบ้านเพื่อให้ลมแสงแดดผ่านเข้ามาในตัวบ้าน

ทุกวัน ร้อยละ 61.2 ไม่ให้มีควันบุหรี่หรือควันไฟเข้ามาภายในบ้านและร้อยละ 54.1 มีการกวาดและเช็ดถูบ้านไม่ให้มีฝุ่นละอองทุกวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธอว์ และคณะ (Thaw et al., 2019) ที่กล่าวว่าเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจแก่เด็กผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับเด็ก หลีกเลี่ยงทำให้เกิดมลพิษทางอากาศ และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ใกล้เด็ก ซึ่งหากมีสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่สกปรก ก็จะส่งผลทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็กอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 7.80, SD = 1.33) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.8 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ/ความรู้จากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก อาจทำให้ผู้ปกครองมีความตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็กมากขึ้น จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ปกครองร้อยละ 74.1 ให้เด็กล้างมือทุกครั้ง เช่น ก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ เมื่อสัมผัสสัตว์เลี้ยง หลังเล่นของเล่นหรือสนามเด็กเล่น เป็นต้น และร้อยละ 70.6 แปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหรือให้บ้วนปากทุกครั้งหลังกินข้าวหรือขนม เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่บ้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่บ้านด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็กอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ปกครองเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดต่อและมีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคติดต่อ อีกทั้งมีการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีอาชีพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย (Punthmatharith et al., 2018)

3. ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .457$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการดูแลการป้องกันและลดการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้ปกครองของเด็กที่มีทักษะในการรู้หนังสือที่ดี จะมีผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ดีตามไปด้วย แต่ถ้าหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะทำให้บุคคลมีขีดจำกัดของความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพลดลง (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.2 ต้องให้บุคคลอื่นช่วยอ่านเนื้อหาในเอกสารให้คำแนะนำ แผ่นพับให้ และต้องใช้เวลานานในการอ่านและทำความเข้าใจเนื้อหา อีกทั้งยังพบว่าข้อความหรือเนื้อหาส่วนใหญ่ยากเกินกว่าจะเข้าใจ มีตัวหนังสือหรือคำบางคำที่ไม่ทราบหรือไม่เข้าใจความหมายและตัวหนังสือของข้อความมีขนาดเล็กเกินไป ดังนั้นอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่ส่งผลทำให้พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลาง (Wicha et al., 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครองในระดับปานกลาง (Kummee et al., 2022)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถมีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และให้เด็กมีสุขภาพดี ลดความรุนแรงของโรค ช่วยให้เด็กหายจากโรคไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเจ็บป่วยเรื้อรัง และอัตราความเสี่ยงของการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีในประชากรกลุ่มผู้ดูแลเด็กในปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการขยายขอบเขตให้กว้างกว่านี้ เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในเขตเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายเท่านั้น
2. ควรศึกษาวิจัยต่อในรูปแบบปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มอื่นหรือกลุ่มที่มีภาวะการติดเชื้อทางเดินหายใจขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

References

Boonrung, J. (2012). *Prevention of upper respiratory tract infection situation in pre-school children at early childhood developmental center of Kaopanom Subdistrict Municipality Krabi Province* (Master's thesis). Walailak University, Thailand. (in Thai)

Brega, A. G., Thomas, J. F., Henderson, W. G., Batliner, T. S., Quissell, D. O., Braun, P. A., ... Albino, J. (2016). Association of parental health literacy with oral health of Navajo Nation preschoolers. *Health Education Research, 31*(1), 70-81. doi: 10.1093/her/cyv055

Caballero, M. T., Bianchi, A. M., Nuno, A., Ferretti, A. J. P., Polack, L. M., Remondino, I., ... Polack, F. P. (2019). Mortality associated with acute respiratory infections among children at home. *The Journal of Infectious Diseases, 219*(3), 358-364.

Chamninork, K., Aree, P., & Lamchang, S. (2020). Related factors of maternal practices for recurrent pneumonia prevention among children. *Nursing Journal, 47*(1), 77-87. (in Thai)

Department of Disease Control. (2019). *Situations pneumonia.* Retrieved from https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21# (in Thai)

Epidemiology and Intelligence Group, The Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai. (2018). *Surveillance report epidemiological upper North, 29*(9). Retrieved from http://1.10.141.27/epidpc10/upfiles/report/744_1.pdf (in Thai)

Gray, J. R.., Grove, S. K.., & Sutherland, S. (2013). *Burn and Grove's The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). St. Louis: Elsevier.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Ismail, A. F., Ardini, Y. D., Mohamad, N., & Bakar, H. A. (2018). Association between parental oral health literacy and children's oral health status. *Revista Latinoamericana de Hipertensioon, 13*(3), 305-309.

Jaide, C., Santati, S., & Kongsaktrakul, C. (2012). Factors related to child care workers' behavior in prevention of acute respiratory infection in child care centers. *Ramathibodi Nursing Journal, 18*(3), 389-403. (in Thai)

Kaewsuk, C., Pongjaturawit, Y., & Chaimongkol, N. (2016). Factors associated with maternal behavior in prevention of acute respiratory infection in preschool children. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 24*(4), 54-64. (in Thai)

Klunklin, P. (2020). Child and adolescent nursing. In P. Klunklin (Ed.), *Health Promotion Toddler and Early Childhood* (pp. 97-135). Chiang Mai: Smart Coating and Services. (in Thai)

Korsun, N., Angelova, S., Trifonova, I., Georgieva, I., Voleva, S., Tzotcheva, I., ... Perenovska, P. (2019). Viral pathogens associated with acute lower respiratory tract infections in children younger than 5 years of age in Bulgaria. *Clinical Microbiology, 50,* 117-125. doi: 10.1007/s42770-018-0033-2

Kummee, S., Urharmnuay, M., Jaikla, W., Prapalert, K., & Chaimakham, K. (2022). Parental health literacy and behavior on COVID-19 prevention in child development center. *Journal of the Police Nurses, 14*(1), 14-23. (in Thai)

Laemthaisong, J., Toonsiri, C., & Homsin, P. (2019). Factor influencing on preventive behaviors of respiratory tract infections among caregivers of preschool aged children in childcare center, Bangkok metropolitan administration. *Journal of Public Health Nursing, 33*(1), 1-19. (in Thai)

Musiksukont, S., Tilokskulchai, F., Lerthamtewe, W., Preungvate, O., Sangper, P., & Payakkaraung, S. (2018). *Textbook pediatric nursing 1*. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University. (in Thai)

Ngamsuoy, A., & Sonkongdang, W. (2020). *Nursing care of children with health problems*. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Noimor, A., Kasatpibal, N., & Chitreecheur, J. (2019). Effect of protection motivational enhancement on parents' behaviors in preventing acute respiratory tract infections of children. *Nursing Journal, 46*(1), 137-148. (in Thai)

Nonaka, I., & Konno, N. (1998). The concept of "ba": Building a foundation for knowledge creation. *California Management Review, 40*(3), 40-54. doi: 10.2307/41165942

Nuankerd, K., & Mekrungrongwong, S. (2020). Factors affecting the prevention behavior of hand foot mouth disease among guardians in child development centers. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 30*(1), 107-119. (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. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Pediatric Respiratory Diseases Strategies of Successful Practice, The Royal College of Pediatricians of Thailand. (2019). *Guidelines for the treatment of acute respiratory infections in children, 2019.* Retrieved from http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20190906151602.pdf (in Thai)

Polit, D. F. (2010). *Statistic and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Saratoga Springs, NY: Pearson.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Pongjaturawit, Y., Sarapat, P., & Chaimongkol, N. (2021). Experiences of caregivers in prevention of acute respiratory infection in preschool children. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 31*(3), 96-109. (in Thai)

Pothipiti, K. (2021). *Health literacy of caregivers and teachers about early childhood care in the 5th Health Region.* Retrieved from https://apps.hpc.go.th/dmkm/item/375 (in Thai)

Punthmatharith, B., Kongsang, L., Theppradit, P., Khamchan, P., Prateepchaikul, L., & Suwannachote, J. (2018). Child caring behaviors regarding preventive and control for communicable diseases at home of guardians and at the early childhood development division of caregivers. *Songklanagarind Journal of Nursing, 38*(4), 79-90.

Rha, B., Curns, A. T., Lively, J. Y., Campbell, A. P., Englund, J. A., Boom, J. A., ... Gerber, S. I. (2020). Respiratory syncytial virus–associated hospitalizations among young children: 2015–2016. *The American Academy of Pediatrics, 146*(1), e2019-3611. doi: 10.1542/peds.2019-3611

Sanders, L. M., Shaw, J. S., Guez, G., Baur, C., & Rudd, R. (2009). Health literacy and child health promotion: Implications for research, clinical care, and public policy. *American Academy of Pediatrics, 124*(3), S306-S314. doi: 10.1542/peds.2009-1162G

Sangnimitchaikul, W., & Rutchanagul, P. (2015). Factors predicting preventive health behavior regarding hand, foot, and mouth disease among pre-kindergarten's caretakers and parents. *Ramathibodi Nursing Journal, 21*(3), 336-351. (in Thai)

Serbin, L. A., Hubert, M., Hastings, P. D., Stack, D. M., & Schwartzman, A. E. (2014). The influence of parenting on early childhood health and health care utilization. *Journal of Pediatric Psychology, 39*(10), 1161–1174. doi: 10.1093/jpepsy/jsu050

Supreeyaporn, S., Aree, P., & Lamchang, S. (2021). Factors related to caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia. *Nursing Journal, 48*(4), 146-159. (in Thai)

Thaw, S., Santati, S., & Pookboonmee, R. (2019). Factors related to preventive behaviors among parent caregivers of children under five years with acute respiratory tract infection in Myanmar. *Makara Journal of Health Research, 23*(1), 7-11. doi: 10.7454/msk.v23i1.10152 (in Thai)

Vichayanrat, T., Sittipasoppon, T., Rujiraphan, T., Meeprasert, N., Kaveepansakol, P., & Atamasirikun, Y. (2014). Oral health literacy among mothers of pre-school children. *Mahidol Dental Journal, 34*(3), 243-252. (in Thai)

Wicha, K., Jintrawet, U., & Lamchang, S. (2021). Health literacy and care behaviors of parents in preventing respiratory infection in children with congenital heart disease prior to cardiac surgery. *Nursing Journal, 48*(2), 193-205. (in Thai)

Winyagool, W., & Kittisenee, T. (2020). *Health literacy for health care in children 0-5 years at pediatric department, health promotion hospital, health promotion center region 3, Nakhonsawan*. Retrieved from https://hpc3.anamai.moph. go.th/th/dm-km/ download?id=27365&mid=29853&mkey=m_ document&lang=th&did=8009 (in Thai)

Factors Related to COVID-19 Preventive Behaviors Among School-Age Children in Chiang Rai Municipality

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียน ในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย

วิภาวรรณ	ชัยลังกา*	Wiphawan	Chailangka*
ธมณณัฏฐ์	วิชา**	Thamonnat	Wicha**
ญาณัชฌาน์	แก้วตา*	Yanatcha	Kaewta***
ศิริลักษณ์	สุมาดน*	Sililuck	Sumadon****
ลาวัลย์	สมบูรณ์***	Lawan	Somboon*****

Abstract

The infection rate of COVID-19 in school-age children is increasing and is likely high because of school reopening. This descriptive correlational research aimed to study COVID-19 preventive behaviors and the relationship of the modifying factors, individual beliefs, and cues to action with COVID-19 preventive behaviors. The sample of 306 school-age (10-12 years old) 4th–6th grade children was selected using stratified random sampling based on school and study classes. Questionnaires were used as research tools for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

The results showed that the COVID-19 preventive behaviors of school-age students was at a moderate level ($\bar{X}$ = 17.81, SD = 4.84). Knowledge of COVID-19 was related to COVID-19 preventive behaviors of school-age children with statistical significance ($p < .05$). Perceived self-efficacy for preventive behavior, perceived benefit of COVID-19 preventive behavior, perceived susceptibility to COVID-19, and perceived severity of COVID-19 had a positive relationship with COVID-19 preventive behavior ($r = .599, .450, .351, .260$, $p < .001$, respectively), but perceived barrier of COVID-19 had a negative relationship with COVID-19 preventive behavior (-.233, $p < .001$). It was found that receiving information on COVID-19 prevention and interpersonal relations had a positive relationship with COVID-19 preventive behavior ($r = .463, .354$, $p < .001$).

The finding in this study should provide the basic information for creating a program to give adequate knowledge and promote self-efficacy to effectively enhance behavior in COVID-19 prevention and control of the COVID-19 pandemic among school-age students.

Keywords: COVID-19 preventive behaviors; School-age children; Related factors

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College;
e-mail: khanuengnit.w@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

Received 21 April 2023; Revised 19 June 2023; Accepted 21 June 2023

บทคัดย่อ

อัตราการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากโรงเรียนเริ่มเปิดการเรียนการสอนตามปกติ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด -19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ความเชื่อส่วนบุคคล และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 306 คน เป็นเด็กวัยเรียนอายุ 10 -12 ปี ที่ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณสัดส่วนประชากรตามโรงเรียนและระดับชั้นที่กำลังศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 17.81, SD = 4.84) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ($r = .599, .450, .351, .260, p < .001$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .233, p < .001$) และพบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .463., 354, p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปจัดโปรแกรมเพื่อให้ความรู้ที่เหมาะสมและส่งเสริมความสามารถของเด็กนักเรียน ให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เด็กวัยเรียน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย; e-mail: khanuengnit.w@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

วันที่รับบทความ 21 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 19 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 21 มิถุนายน 25661

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus 2019, COVID-19) มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก เนื่องจากแพร่กระจายอย่างรวดเร็วทางฝอยละอองน้ำมูก น้ำลาย จากผู้ป่วยที่มีเชื้อโดยการไอ จาม หรือพูดคุย รวมทั้งการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่มีเชื้อโควิด -19 แล้วมาสัมผัสบริเวณตา จมูก ปากของตนเอง ก็จะทำให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 (World Health Organization, 2022) โดยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายและมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อในเด็ก ได้แก่ ทารก เด็กที่มีภาวะอ้วน เบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (Choi, Choi, & Yun, 2022) จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบการติดเชื้อสะสมในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ตั้งแต่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 – 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 77,635 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 ของผู้ติดเชื้อในทุกกลุ่มอายุ (The Royal College of Pediatricians of Thailand, 2022) แม้ว่าการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กจะมีจำนวนน้อยและส่วนใหญ่พบว่าเป็นการติดเชื้อแบบไม่มีอาการ หรืออาการรุนแรงน้อย และอาการรุนแรงปานกลาง ตามลำดับ (Dong et al., 2020) อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเร็ว (CDC COVID-19 Response Team, 2020; Dong et al., 2020) ปัจจุบันประเทศไทยพบว่าจำนวนเด็กติดเชื้อโควิด-19 มากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากบางโรงเรียนเริ่มมีการเปิดเรียน ช่วงอายุเด็กที่ติดโควิด 19 ที่พบบ่อยคือช่วงอายุ 3- 11 ปี (Queen Sirikit National Institute of Child Health, 2022)

กลุ่มอาการภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็ก ทำให้เกิดการอักเสบหลายระบบในร่างกาย (Multi-system inflammatory syndrome related to COVID-19: MIS-C) อาการและอาการแสดง ได้แก่ ไข้สูง ผื่น ตาแดง ปวดตามตัว อาการทางระบบทางเดินอาหาร และภาวะช็อคจากการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งทำให้เสียชีวิตได้ (Riphagen, Gomez, Gonzalez-Martinez, Wilkinson, & Theocharis, 2020) นอกจากนี้พบว่าโรคโควิด-19 ส่งผลให้ร้อยละ 87 ของนักเรียนทั่วโลกได้รับผลกระทบจากการที่ต้องปิดโรงเรียน ขาดการทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน รวมทั้งทำให้ประสบปัญหาด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ ส่งผลให้ผลการเรียนตกต่ำลง และอาจต้องออกจากระบบการศึกษา (Tadesse & Muluye, 2020) รวมถึงความวิตกกังวลและความเครียดจากการแยกตัวจากครอบครัวและสังคมด้วย (Hammerstein, Konig, Dreisorner, & Frey, 2021) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นข้างต้น องค์การอนามัยโลกจึงได้มีมาตราการในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 คือ ล้างมือให้สะอาดด้วยเจลแอลกอฮอล์ สบู่และน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงการสัมผัสตา จมูก ปาก ปิดปากและจมูกเมื่อไอ หรือจาม สวมหน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร (World Health Organization, 2022) ด้านกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับมาตราการให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการเปิดเทอม โดยจัดทำแนวปฏิบัติโดยเน้นความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อในสถานศึกษา ได้แก่ จัดสถานที่เพื่อเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล เพิ่มจุดล้างมือหรือแอลกอฮอล์เจลที่เข้าถึงได้ง่าย มีการตรวจคัดกรองวัดอุณหภูมิ ทำความสะอาดพื้น และพื้นผิวสัมผัสต่าง ๆ จัดให้มีการสอนการใส่และถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง สอนการล้างมือด้วยน้ำและสบู่นานอย่างน้อย 20 วินาทีขึ้นไป หรือแอลกอฮอล์เจล 70% เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ซึ่งต้องมีการปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด (Department of Disease Control, 2021) และแม้ในปัจจุบันเริ่มมีการฉีดวัคซีนในเด็กที่มีอายุระหว่าง 5 - 12 ปี เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องเน้นย้ำเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีและวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมตามอายุ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดและผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้เด็กต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตามมาตราการเพื่อป้องกันการติดเชื้อและหลีกเลี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากโรคโควิด - 19 จึงมีความสอดคล้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model ที่ถูกนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคโดย โรเซนสต๊อค, สเตรชเชอร์, และ เบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) โดยมี

องค์ประกอบดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived barrier) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) สามารถเชื่อมโยงได้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิต จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดผลกระทบจากการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และการปฏิบัติไม่ควรมีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ทั้งนี้ต้องมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถปรับปรุงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมด้วย รวมทั้งปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cue to action) ทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคล เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดความคิด ความเข้าใจและส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความเหมาะสม และสามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด -19 ได้

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Wannamanee & Petsuwan, 2019) และในเด็กวัยรุ่นพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงที่สุด (Fathian-Dastgerdi, Khoshgoftar, Tavakoli, & Jaleh, 2021) (Chaimongkol, Pongjaturawi, & Khwansamran, 2014) ในส่วนของปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าการใช้โซเชียลมีเดีย การดูโทรทัศน์ การได้รับความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อโรคมีอิทธิพลทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งในเด็กวัยเรียนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ก่อให้เกิดความรู้ผ่านข้อมูลที่ได้รับสามารถสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้เด็กเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันตัวเองจากโรคโควิด-19 ได้อีกด้วย (Yesuf & Abdu, 2022) นอกจากนี้การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กวัยรุ่นพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด- 19 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (Fathian-Dastgerdi et al., 2021) ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ต้องอาศัยปัจจัยการรับรู้ที่ดี และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจึงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ดี ในเด็กวัยเรียนจึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมมากขึ้น

เด็กวัยเรียนเมื่อพิจารณาตามหลักพัฒนาการพบว่า สามารถดูแลสุขภาพอนามัยโดยใช้ความรู้ และความเข้าใจอย่างเป็นเหตุผลมากขึ้น เข้าใจพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยมีบิดามารดาเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ (Klunklin, 2020) แต่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ปกครองยังต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ประกอบกับพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการเล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกัน และมักทำกิจกรรมร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังขาดความรอบคอบและไม่ค่อยระวังหรือป้องกันตัวเอง ส่งผลให้ขณะอยู่ในโรงเรียนมีโอกาสสัมผัสโรค และทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ง่าย (Benchamas & Padchasuwan, 2022) นอกจากนี้ยังสามารถรับข้อมูลทางสุขภาพได้จากหลายช่องทาง และเป็นวัยที่ใฝ่รู้ ใส่ใจดูแลสุขภาพให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี หากเด็กวัยเรียนมีการรับรู้ และมีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ดีจะทำให้เกิดพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในทางที่ดี (Muksing, Tohyusoh, & Punriddum, 2016)

รายงานของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565 พบว่าในเขตอำเภอเมืองเชียงราย มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 มากที่สุด และยังพบว่ามีการแพร่ระบาดในเด็กลักษณะที่เป็นกลุ่มหรือคลัสเตอร์ใหญ่จากโรงเรียน ทำให้มีผู้ติดเชื้อหลายรายทั้งนักเรียน ครู และญาติของครูและนักเรียน (Chiang Rai Provincial Health Office, 2022) เมื่อสำรวจจำนวนสถานศึกษาในเขตอำเภอเมืองเชียงราย พบว่ามีจำนวนโรงเรียนและสถานศึกษาหลายแห่ง นักเรียนในสถานศึกษามาจากต่างอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดเชียงราย เด็กวัยเรียนมักชอบอยู่รวมกันและทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนในวัยเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ ผ่านการสัมผัส รวมถึงการใช้สิ่งของร่วมกัน ทำให้นักเรียนมีโอกาสสัมผัสโรคหรือแพร่เชื้อได้ง่าย จึงทำให้พบการติดเชื้อแบบคลัส-เตอร์หรือกลุ่มก้อน นอกจากนี้ยังสามารถรับและแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 จากสมาชิกในครอบครัวได้อีกด้วย (Dong et al., 2020; Zhou et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ยังพบการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยรุ่น และในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด -19 ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของเด็กวัยเรียน รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของเด็กวัยเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย การศึกษาในครั้งนี้คาดว่าผลการศึกษาจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไข ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย และนำข้อมูลไปสร้างโปรแกรมส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของเด็กวัยเรียน ในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นปัจจัยร่วม ความเชื่อส่วนบุคคล และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief model: HBM) ของ โรเซนสต๊อด และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว เชื่อว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า 1) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต 3) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดประโยชน์โดยการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือลดความรุนแรงของโรค 4) การปฏิบัติไม่ควรจะมีอุปสรรค 5) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการกระตุ้นหรือจูงใจจากสิ่งเร้าภายในและภายนอก 6) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยร่วมที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติของนักเรียนในการป้องกันโรคโควิด -19

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนอายุ 10 -12 ปี ที่ศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงราย 6 โรงเรียน จำนวน 1,491 คน ปีการศึกษา 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนอายุ 10 -12 ปี ที่ศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงราย 6 โรงเรียน ปีการศึกษา 2565 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของเครซี่และมอร์แกน แต่เนื่องจากจำนวนประชากรไม่ตรงกับที่ปรากฏในตาราง จึงได้ทำการใช้หลักของบัญญัติไตรยางค์ คำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Krejcie & Morgan as cited in Janjareon, 2012) ได้กลุ่มตัวอย่าง 306 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวนสัดส่วนประชากรตามโรงเรียน และระดับชั้นที่กำลังศึกษา (proportional stratified random sampling) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแต่ละชั้นด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่จนครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัยเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับชั้นที่กำลังศึกษาอยู่ ผู้ปกครองหลักที่อาศัยอยู่ด้วย อาชีพของผู้ปกครอง และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้แก่ สาเหตุ อาการ การติดต่อของโรค และการควบคุมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบใช่ และไม่ใช่ มีทั้งข้อคำถามเชิงลบและเชิงบวก มีการให้คะแนนเป็น 0 เมื่อตอบผิด และให้คะแนนเป็น 1 เมื่อตอบถูก คำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน แบ่งคะแนนระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ความรู้ระดับสูง 7-8 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง 5- 6 คะแนน และความรู้ระดับต่ำ <5 คะแนน

3. แบบสอบถามความเชื่อส่วนบุคคลและแบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคโควิด -19 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบบสอบถามความเชื่อส่วนบุคคล แบ่งเป็น 5 ด้าน มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 (7 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (6 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 (8 ข้อ) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 (8 ข้อ) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 (9 ข้อ) มีลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) ให้เลือก 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยมาก ให้คะแนน 0,1,2 และ 3 ตามลำดับ แบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับคือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ส่วนแบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด -19 มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 28 คะแนน (7 ข้อ) มีลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) ให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติจนถึงปฏิบัติสม่ำเสมอให้คะแนน 0,1,2,3 และ 4 ตามลำดับ แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง หาผลคะแนนรวมแต่ละด้านแล้วแบ่งเกณฑ์ช่วงคะแนนอันตรภาคชั้นเท่ากับ คะแนนที่สูงสุด – คะแนนต่ำสุด/ จำนวนอันตรภาคชั้น (Srisathitnarakoon, 2013)

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน (10 ข้อ) ประกอบด้วย การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือ และการเฝ้าระวังตนเอง มีลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) ให้เลือก 4

ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติเลยจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้คะแนน 0,1,2 และ 3 ตามลำดับ คำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง หาผลคะแนนรวมแต่ละด้านแล้วแบ่งเกณฑ์ช่วงคะแนนอันตรภาคชั้นเท่ากับ คะแนนที่สูงสุด – คะแนนต่ำสุด/ จำนวนอันตรภาคชั้น (Srisathitnarakoon, 2013)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 แบบสอบถามปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคล 5 ด้าน แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด -19 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 5 ท่าน (Polit & Beck, 2021) นำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.87, 0.81, 0.85 และ 0.80 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครเชียงรายแห่งหนึ่ง จำนวน 10 ราย และนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability) ดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 2 แบบสอบถามความเชื่อส่วนบุคคล แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด -19 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach’s alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.78, 0.77 และ 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสารเลขที่ 030/2565 และได้รับการอนุญาตจากเทศบาลนครเชียงราย สำนักการศึกษา ฝ่ายกิจการโรงเรียน งานโรงเรียน ตามเอกสารที่ 52003.5/263 หลังจากนั้นยื่นเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่ผู้ปกครอง และกลุ่มตัวอย่างเมื่อผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและคณะจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเด็กวัยเรียนตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยจัดห้องที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงดังรบกวน ณ โรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย ทั้ง 3 แห่ง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เมื่อได้ข้อมูลครบแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลได้ครบจำนวน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยร่วม ปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยร่วม ปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.9 อายุ 11 ปี ร้อยละ 28.1 ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 35.6 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 44.8 ผู้ปกครองอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 21.6 ผู้ปกครองสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

ร้อยละ 39.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 5 คนต่อครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 7.37, SD = .90)

2. ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 14.62, 12.53, 17.95 และ 18.48 ตามลำดับ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD = 3.12, 2.35, 3.77 และ 5.29 ตามลำดับ) แต่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 13.18, SD = 5.03) และปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 7.99, SD = 2.57) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 10.98, SD = 3.24)

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 17.81, SD = 4.84) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 รายข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด ได้แก่ 1) สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง ร้อยละ 63.1 2) เลือกรับประทานอาหารที่ร้อน หรือปรุงสุกใหม่ ร้อยละ 38.2 สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 รายข้อที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติเลยได้แก่ 1) ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับบุคคลอื่น ร้อยละ 16 2) เว้นระยะห่าง 1-2 เมตรเมื่อพูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลอื่น ร้อยละ 15.4

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ (r_s = .113) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .599, .463, .450, .354, .351, .260 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s =- 2.33) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่า Spearman rank correlation coefficient ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวม (n = 306)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19		
	Spearman's Rho	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	.113	.049*	ต่ำ
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19	.599	.000***	ปานกลาง
3. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.463	.000***	ปานกลาง
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	.450	.000***	ปานกลาง
5. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	.354	.000***	ปานกลาง
6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	.351	.000***	ปานกลาง
7. การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19	.260	.000***	ต่ำ
8. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	-.233	.000***	ต่ำ

* p < .05, *** p < .001

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 17.81, SD = .483) โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง เลือกรับประทานอาหารที่ร้อนและปรุงสุกใหม่ ปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอ หรือจามด้วยกระดาษทิชชู ข้อพับแขน หรือผ้าเช็ดหน้า อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในเรื่อง การใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับบุคคลอื่น และเว้นระยะห่าง 1-2 เมตรเมื่อพูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลอื่น สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียน สามารถดูแลสุขอนามัยโดยใช้ความรู้และความเข้าใจอย่างเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น สามารถเข้าใจพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง แต่ยังขาดความรอบคอบและไม่ค่อยระมัดระวังในการป้องกันตนเองขณะเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน หรือเมื่อทำกิจกรรมร่วมกัน (Benchamas & Padchasuwan, 2022) ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในช่วงการใช้มาตราการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic approach to COVID-19) (Ministry of Public Health, 2022) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้อาจรวมถึงพฤติกรรมของบุคคลใกล้ชิดรอบตัว เช่น ครอบครัว เพื่อนสนิท ที่แสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ลดลง ทำให้เกิดการคล้อยตามและปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้น ส่งผลให้ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างลดลง จึงทำให้มีโอกาสสัมผัสโรคหรือทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ง่ายและยังพบว่าความตั้งใจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วย (Phetphum, 2018) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค จึงอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีคะแนนอยู่ในระดับดี (Benchamas & Padchasuwan, 2022) อาจเนื่องมาจากอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดที่มีการติดเชื้อและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก รวมถึงเป็นวัยที่สามารถตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทำให้สามารถปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตามหากมีการระบาดระลอกใหม่อาจส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว จึงควรกระตุ้นให้เด็กใช้ของใช้ส่วนตัว เว้นระยะห่าง และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยอภิปรายและตอบคำถามการวิจัยดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .113, $p < .05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การแพร่กระจายเชื้อ อาการแสดง และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ผ่านการสอนของครู ผู้ปกครอง ข่าวสารทางสื่อโทรทัศน์และช่องทางออนไลน์ ส่งผลให้มีความรู้อยู่ในระดับสูง แตกต่างกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับชั้นมัธยมศึกษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 (Onla et al., 2022) อาจเนื่องจากสถานการณ์การการแพร่ระบาดในปัจจุบันลดลง ประกอบกับมีการผ่อนคลายมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงอาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ จึงทำให้การแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างลดลง แสดงให้เห็นว่าควรมี

การให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมกับวัย เพราะการมีความรู้และความเข้าใจที่ดีจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ระดับดี (Benchamas & Padchasuwan, 2022)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .351$, $p < .01$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าหากไม่สวมหน้ากากอนามัยเวลาออกจากบ้านหรืออยู่ในที่แออัด และการไม่ล้างมือหรือการล้างมือไม่สะอาดจะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ ซึ่งเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 ในระดับสูง จากการที่เคยได้รับข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ขณะมีการแพร่ระบาด สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวัยรุ่นประเทศเกาหลีใต้พบว่า วัยรุ่นที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 (Park & Oh, 2022) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบางรายยังไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 และอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ไม่ต่อเนื่อง รวมถึงสภาพแวดล้อมรอบตัวที่มีการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนคลายสู่โรคประจำถิ่น ซึ่งไม่จำเป็นต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลายกเว้นเมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยง (Ministry of Public Health) จึงอาจเป็นไปได้ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการคาดคะเนความเป็นไปได้ที่จะติดเชื้อโควิด-19 แตกต่างกัน และมีความระมัดระวังในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 น้อยลง จึงส่งผลพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .260$, $p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากว่าการติดเชื้อโควิด-19 จะไม่สามารถไปเล่นกับเพื่อนได้ ไม่สามารถไปโรงเรียนหรือใช้ชีวิตตามปกติได้ และหากติดเชื้อโควิด-19 อาจมีไข้ ไอ มีน้ำมูก แน่นหน้าอก ปอดอักเสบและเสียชีวิต อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างน่าจะรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคโควิด-19 จึงสามารถประเมินได้ว่าความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับใด และความรุนแรงของโรคนำไปสู่ความไม่สุขสบาย และเสียชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนเอง บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค แต่อย่างไรก็ตามความรุนแรงและอาการของโรคในเด็กมักเกิดอาการน้อยเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ รวมถึงการได้รับวัคซีนอย่างครอบคลุมจะช่วยป้องกันอาการรุนแรงของโรคได้ และยังอาจสัมพันธ์กับประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยติดเชื้อโควิด-19 แล้วมีอาการเล็กน้อยส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรงต่อตนเอง ส่งผลให้ความรู้สึกกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างลดลง ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ลดลงด้วยเช่นกัน

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .450$, $p < .01$) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจและทราบว่าการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการหลีกเลี่ยงออกไปในสถานที่แออัด สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และช่วยป้องกันให้ตนเองไม่ติดเชื้อหรือลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟาเทียน แดสเจอดิ และคณะ (Fathian-Dastgerdi et al., 2021) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้ประโยชน์สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในวัยรุ่นได้ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยน้อยว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและสามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ รวมทั้งการล้างมือทุกครั้งหลังการหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ สามารถปฏิบัติได้ค่อนข้างน้อย ประกอบกับการเว้นระยะห่างจากเพื่อน 1-2 เมตรค่อนข้างทำได้ยาก นอกจากนี้

กลุ่มตัวอย่างอาจมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดได้ดี เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดลดลง จึงส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ลดลง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = -.233, p < .001) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ไม่รู้สึกถึงความยากลำบากในการสวมหน้ากากอนามัย และการล้างมือบ่อย ๆ ในขณะเดียวกันการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 นั้นมีน้อย จึงเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) และสอดคล้องกับผลการศึกษาในเด็กวัยรุ่น พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (Fathian-Dastgerdi et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเป็นอุปสรรค คือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกลัวการฉีดวัคซีน และรู้สึกว่าการควบคุมตนเองไม่ให้สัมผัสบริเวณปาก จมูก และตาของตนเองค่อนข้างยาก รวมถึงค่าใช้จ่ายในการซื้อหน้ากากอนามัย ซึ่งผู้ปกครองต้องเป็นผู้จัดหาเอง จึงอาจส่งผลทางลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้เช่นกัน

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญ (r_s = .599, p < .001) โดยกลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าสามารถสวมหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง สามารถไปรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้ตามกำหนด และสามารถปิดปาก ปิดจมูกเมื่อไอหรือจาม เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่เพื่อน ๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยโดยใช้ความรู้ ความเข้าใจอย่างเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น สามารถเข้าใจพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยมีบิดา มารดา ครู บุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ (Klunklin, 2020) ผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในเด็กวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Katanyutanon et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษายังคงพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่มั่นใจว่าตนเองจะควบคุมตนเองและมีระมัดระวังไม่ให้มือที่ไม่สะอาดสัมผัสถูกตา จมูกและปากตัวเองได้ และไม่มั่นใจว่าเมื่อกลับมาจากโรงเรียนหรือออกไปนอกบ้านจะอาบน้ำหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าได้ทันที อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังเป็นเด็กวัยเรียน ที่อาจมีความสามารถในการคิด ตัดสินใจโดยใช้เหตุผลหรือเลือกปฏิบัติได้ไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้มีทักษะในการเผชิญปัญหาน้อย และยังคงต้องการแรงเสริมทางบวก การเรียนรู้ประสบการณ์จากบุคคลในครอบครัว ครู กลุ่มเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจส่งผลต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้เช่นกัน

ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .354, p = .01) อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งในสื่อออนไลน์และโทรทัศน์จะช่วยเพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Phansuma & Boonruksa, 2021) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จากอินเทอร์เน็ตและสื่อโทรทัศน์ ซึ่งพบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 จากสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (Katanyutanon et al., 2021) ทั้งนี้การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากสื่อโทรทัศน์เป็นวิธีที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย รองลงมาคือจากอินเทอร์เน็ต และการได้รับข่าวสารจากคนใกล้ชิด (Arsa,Thummasungwan, Wannasirikul, & Chomchan, 2020) แต่อย่างไรก็ตามจาก

ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ระดับปานกลาง อาจเกิดจากความทั่วถึง การเข้าถึง และความต่อเนื่องของการได้รับการสนับสนุนความรู้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มทุกอย่างอาจไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ลดลง นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .463$, $p < .01$) เห็นได้จากเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพ่อ แม่ และคนในครอบครัวคอยบอกให้เด็กสวมหน้ากากอนามัยเวลาไปโรงเรียนหรือเวลาออกจากบ้าน ขณะอยู่ที่โรงเรียนครูจะคอยตักเตือนให้ล้างมือและเว้นระยะห่างจากเพื่อน ซึ่งถือเป็นการสนับสนุนที่ดี ได้รับการเอาใจใส่ดูแล มีส่วนช่วยชี้นำชักจูงให้เด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ดีขึ้น (Park & Oh, 2022) และการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสาธารณสุขในชุมชนทำให้เด็กวัยเรียนมีทางเลือกในการแก้ปัญหาได้ (Muksing et al., 2016) แต่อย่างไรก็ตามการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการสอน การกระตุ้นเตือนหรือการได้รับแรงเสริมทางบวกจากผู้ปกครอง ครู หรือบุคคลรอบข้าง รวมถึงการได้รับความรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพอาจยังไม่เพียงพอ ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

จากผลการศึกษา ชี้ให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรุนแรงของโรคโควิด-19 รวมถึงการจัดการอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี รวมทั้งควรเพิ่มทักษะ สอนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 รวมถึงแรงเสริมทางบวก เพื่อให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ทั้งนี้ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในส่วนของปัจจัยแทรกซ้อนซึ่งตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่สามารถนำไปใช้กับพฤติกรรมที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทัศนคติซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดโดยผ่านการได้รับความรู้และประสบการณ์ของเด็กมาก่อนและความเชื่อ รวมทั้งพฤติกรรมที่อาจเป็นผลมาจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย ปัจจัยที่อาจเป็นผลมาจากอิทธิพลของบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวของเด็ก ดังนั้นจึงอาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนหรือการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างและการนำผลการวิจัยไปใช้ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล

สามารถนำข้อมูลพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ไปใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 โดยเน้นประเด็นเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และกิจกรรมเสริมทักษะพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อีกทั้งการให้แรงเสริมทางบวก เช่น กล่าวชมเชย การให้รางวัล รวมถึงวางแผนในการลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กวัยเรียน เพื่อให้เด็กมีความรู้และเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา

2.1 สามารถนำข้อมูล เป็นแนวทางประยุกต์ใช้ในกระบวนการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาลในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียน

2.2 สามารถนำข้อมูล เป็นแนวทางให้สถานศึกษานำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียน หรือทำการวิจัยเชิงทดลองโดยพัฒนาหรือออกแบบโปรแกรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กวัยเรียน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

Arsa, P., Thummasungwan, S., Wannasirikul, C., & Chomchan, P. (2020). News perception level and news perception behavior on social media about Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in 4 Generations. *Siam Communication Review, 19*(2), 126-143. (in Thai)

Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, *2*(4), 409–419. Retrieved form http://www.jstor.org/stable/45240625

Benchamas, J., & Padchasuwan, N. H. (2022). Factors related to Covid-19 preventive behavior among secondary students Kalasinpittayasan School Muang District Kalasin Province. *Nakon Ratchasima Provincial Public Health Office, 7*(2), 98-115. (in Thai)

Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw–Hill

CDC COVID-19 Response Team. (2020). Coronavirus disease 2019 in Children-United States, February 12–April 2, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 69*(14), 422-426.

Chaimongkol, N., Pongjaturawi, Y., & Khwansamran, W. (2014). Health behaviors among school-age children and its associated factor. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 22*(3), 14-18. (in Thai)

Chiang Rai Provincial Health Office. (2022). *Situation of COVID-19 at Chiang Rai Province*. Retrieved from https://cro.moph.go.th/mophcr/index.php (in Thai)

Choi, J. H., Choi, S. H., & Yun, K. W. (2022). Risk factors for severe COVID-19 in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Medical Science, 37*(5), 1-14. doi: 10.3346/jkms.2022.37.e35

Department of Disease Control. (2021). *A guideline for prevention and control Corona Virus 2019 in School, Education Institutions*. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction170563.pdf (in Thai)

Dong, Y., Mo, X., Hu, Y., Qi, X., Jiang, F., Jiang, Z., & Tong, S. (2020). Epidemiology of COVID-19 among Children in China. *Pediatrics, 145*(6), e20200702. doi: 10.1542/peds.2020-0702

Fathian-Dastgerdi, Z., Khoshgoftar, M., Tavakoli, B., & Jaleh, M. (2021). Factors associated with preventive behaviors of COVID-19 among adolescents: Applying the health belief model. *Research in Social Administrative Pharmacy, 17*(10), 1786-1790. doi: 10.1016/j.sapharm.2021.01.014

Hammerstein, S., Konig, C., Dreisorner, T., & Frey, A. (2021). Effects of COVID-19-related school closures on student achievement-a systematic review. *Frontiers of Psychology, 12*, 746289. doi: 10.3389/fpsyg.2021.746289

Janjareon, K. (2012). *Nursing research: Concept principle and practice* (2nd ed.). Nonthaburi: Academic welfare project of Phra Boromrajanok Institute, Ministry of Public Health. (in Thai)

Katanyutanon, T., Thongsiri, T., Pichitchainarong, A., Kingdokmai, T., Thammakul, S., Saenkamrang, P., & Bilkodem, S. (2021). Factors related to COVID-19 preventive behaviors among health science students of Huachiew Chalermprakiet University. *Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal, 7*(1), 8-20. (in Thai)

Klunklin, P. (2020). *Health promotion school age*. Chiang Mai: Smart Coating and Services. (in Thai)

Ministry of Public Health. (2022). *Endemic Approach to COVID-19*. Retrieved from http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8962 (in Thai)

Muksing, W., Tohyusoh, N., & Punriddum, J. (2016). Factors related to health care behavior among school children in Nakhon Si Thammarat Municipality. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(3), 65-75. (in Thai)

Onla, I., Chumsong, A., Khamyotha, I., Pluemchai, A., Soparat, A., Chaithong, A., ... Thoraphan, R. (2022). *Predictors of behaviors in prevention of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) In 7th – 12th Grade Students*. Paper presented at the The 13th Hatyai National and International Conference. (in Thai)

Park, S., & Oh, S. (2022). Factors associated with preventive behaviors for COVID-19 among adolescents in South Korea. *Journal of Pediatric Nursing, 62*, e69-e76. doi: 10.1016/j.pedn.2021.07.006

Phansuma, D., & Boonruksa, P. (2021). Knowledge, attitudes, and preventive behaviors of COVID-19 among residents in Pru Yai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Srinagarind Medical Journal, 36*(5), 597-604. (in Thai)

Phetphum, C. (2018). *Health behavior concept theory and application* (3rd ed.). Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. (in Thai)

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Queen Sirikit National Institute of Child Health. (2022). *Institute of Child Health Suggestion Home Isolation for children with COVID-19*. Retrived from https://www.children hospital.go.th (in Thai)

Riphagen, S., Gomez, X., Gonzalez-Martinez, C., Wilkinson, N., & Theocharis, P. (2020). Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *Lancet, 395*(10237), 1607-1608. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31094-1

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175-183. Retrieved from https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67783/10.1177_109019818801500203.pdf

Srisathitnarakoon, B. (2013). *The methology in nursing research.* Bangkok: You & I Intertech. (in Thai)

Tadesse, S., & Muluye, W. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on education system in developing countries: A review. *Open Journal of Social Sciences, 8*(10), 159-170. doi: 10.4236/jss.2020.810011

The Royal College of Pediatricians of Thailand. (2022). *Reopening schools safely in the situation of the COVID-19 pandemic*. Infectious disease association of Thailand. Retrieved from https://www.pidst.or.th/A1049.html (in Thai)

Wannamanee, N., & Petsuwan, N. (2019). *Factors related to health behaviors and nutritional status of elementary students in Mueang District, Songkhla Province*. Paper presented at the The 10th Hatyai National and International Conference, Hatyai. (in Thai)

World Health Organization. (2022). *Novel coronavirus (COVID-19).* Retrieved from https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019

Yesuf, M., & Abdu, M. (2022). Knowledge, attitude, prevention practice, and associated factors toward COVID-19 among preparatory school students in Southwest Ethiopia, 2021. *PLoS One, 17*(1), e0262907. doi: 10.1371/journal.pone.0262907

Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., ... Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*(6), 749-758. doi: 10.1007/s00787-020-01541-4

Effects of a Learning Enhancement Program on COVID-19 Prevention Knowledge and Practices of Student Leaders in Anukul Wittaya School, Mae Sot District, Tak Province*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่อความรู้และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนในโรงเรียนอนุกูลวิทยา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก*

สรอรรถ	จันธิดา**	Sora-at	Chanthida**
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***
วิลาวัณย์	เตือนราษฎร์***	Wilawan	Tuanrat***

Abstract

Student leaders play a role in COVID-19 prevention in schools, and they are role models for other students. This quasi-experimental study, using a one-group pretest-posttest design, aimed to compare the average scores on knowledge and practices regarding COVID-19 prevention of student leaders in Anukul Wittaya School, Mae Sot District, Tak Province. The population consisted of 18 students who were student leaders in primary level 4 to secondary level 3. Equipment used in this research included 1) a learning enhancing program on COVID-19 prevention for student leaders, developed by applying Bloom's taxonomy; 2) learning-enhancing videos on COVID-19 prevention for student leaders; and 3) PowerPoint media. The tools used for data collection included 1) a knowledge test on COVID-19 prevention for student leaders, with each question having an index of item-object congruence (IOC) of 0.67–1 and a reliability coefficient of 0.72, using Kuder–Richardson's KR-20 formula; and 2) a practical questionnaire on COVID-19 prevention for student leaders, with a content validity index (CVI) of 0.84 and a reliability coefficient of 0.78. Descriptive statistics, paired t-test, and the McNemar test were applied for data analysis.

The results showed that the average score of knowledge on the prevention of COVID-19 of student leaders was statistically significantly higher than before receiving the program ($p < .001$), and COVID-19 prevention practices of student leaders were considerably higher than before receiving the program ($p = .008$).

The results demonstrate that the learning enhancement program on COVID-19 prevention for student leaders can be used to develop their potential.

Keywords: Student leader; School; COVID-19; COVID-19 preventions

* Master's Independent Study, Master of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: mike_34_2@hotmail.com

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

Received 24 January 2023; Revised 26 February 2023; Accepted 10 March 2023

บทคัดย่อ

แกนนำนักเรียนมีบทบาทในการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียน และเป็นแบบอย่างให้กับนักเรียนรายอื่น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนโรงเรียนอนุกูลวิทยา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ศึกษาในแกนนำนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวนทั้งหมด 18 ราย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม 2) ชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน และ 3) สื่อ PowerPoint เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อเท่ากับ 0.67 – 1 และได้ค่าความเชื่อมั่นทดสอบโดยวิธี Kuder–Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.72 และ 2) แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.84 และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test และสถิติ McNemar test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนสามารถนำมาใช้เพื่อการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักเรียนได้

คำสำคัญ: แกนนำนักเรียน โรงเรียน โควิด-19 การป้องกันโรคโควิด-19

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: mike_34_2@hotmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 24 มกราคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 26 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่ตอบรับบทความ 10 มีนาคม 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เกิดการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายและทางจิต เศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา โดยเฉพาะในด้านการศึกษาที่ประเทศต่าง ๆ เลือกที่จะปิดโรงเรียนและสถานศึกษา พบว่าการปิดโรงเรียนในประเทศต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อนักเรียนร้อยละ 90 ทั่วโลก (UNICEF, 2020) การเรียนการสอนที่เปลี่ยนแปลงทำให้นักเรียนเกิดความเครียดจากภาวะที่ต้องอยู่ในบ้าน และนักเรียนมีการใช้สื่อสังคมมากขึ้น เกิดปัญหาสุขภาพจิต และสุขภาพร่างกายตามมา (Hoofman & Secord, 2021)

ประเทศไทยพบการแพร่ระบาดในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ สาเหตุส่วนหนึ่งพบว่าครูมีการพูดคุย อธิบายข้อสอบให้กับนักเรียนในระยะใกล้ชิด โดยที่สวมแต่เพียง Face Shield แต่ไม่สวมหน้ากากอนามัย, โรงเรียนขาดความเข้มงวดในการนั่งเว้นระยะห่างกัน และมีการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มกัน (Doungsai, Kornoungklang, & Seantrong, 2021) ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่องทั้งประชาชนและกลุ่มแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาที่ได้เข้ามาทำงานในพื้นที่ จากข้อมูลงานอนามัยโรงเรียน คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลนครแม่สอด พบว่า โรงเรียนอนุกูลวิทยา (วัดดอนแก้ว) ร้อยละ 80 ของจำนวนนักเรียนเป็นนักเรียนต่างด้าวชาวเมียนมา จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าก่อนเปิดภาคเรียนที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2564 ได้ทำการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ให้กับนักเรียน ด้วยวิธีการตรวจ ATK พบนักเรียนได้ผลเป็นบวกจำนวน 46 ราย ซึ่งได้ทำการตรวจยืนยันอีกครั้งด้วยวิธี RT-PCR ต่อไป หากไม่มีมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดขึ้นในโรงเรียน และลุกลามไปยังชุมชนได้

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) ได้แนะแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียน ซึ่งมาตรการเสริมภายใต้แนวทางดังกล่าวได้แนะนำให้มีแกนนำนักเรียนช่วยดูแลนักเรียนด้วยกันในโรงเรียน ซึ่งแกนนำนักเรียนเป็นตัวแทนของเพื่อนนักเรียนด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ แคมป์เบลล์, เวนการ์ต, แอชต้า, โครนิน, และ กัซมาราเรียน (Campbell, Weingart, Ashta, Cronin, & Gazmararian, 2021) ที่พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 จากเพื่อนร่วมชั้นและสื่อสังคม อีกทั้งยังมีการป้องกันโรคทั้งตนเองและเพื่อนร่วมชั้น โดยทั่วไปแกนนำนักเรียนมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นตัวแทนนักเรียนในการดำเนินกิจกรรมของนักเรียน เช่น การดำเนินงานสภานักเรียน ช่วยเหลือครูในการดำเนินกิจกรรมกับเพื่อนนักเรียน การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ภายในโรงเรียน เป็นต้น และมีบทบาทเพิ่มเติมภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในการช่วยดูแลเพื่อนนักเรียนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียน เช่น การช่วยเตือนเพื่อนสวมหน้าอนามัยขณะที่อยู่ภายในโรงเรียน การสอนหรือการเตือนเพื่อนให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์หรือสบู่และน้ำ การช่วยเตือนเพื่อนหรือช่วยจัดพื้นที่ให้มีการเว้นระยะห่าง 1 – 2 เมตร ขณะที่อยู่ภายในโรงเรียน เป็นต้น ดังนั้นแกนนำนักเรียนจึงมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติตามของเพื่อนนักเรียนในโรงเรียน ซึ่งจะต้องส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับแกนนำนักเรียนให้มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่อไป

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กและนักเรียน พบการศึกษาของ ไอราน, โคเซ, ซารัลิโอกลู, และ เซเลบิโอกลู (Ayran, Köse, Sarıalioğlu, & Çelebioğlu, 2022) ศึกษาพฤติกรรมการล้างมือและการสวมหน้ากาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มนักเรียนอายุ 11 – 14 ปี พบว่า ร้อยละ 50.3 นักเรียนไม่เคยได้รับการฝึกสวมหน้ากากอนามัยมาก่อน นอกจากนี้ พบการศึกษาของเสี่ยว และคณะ (Xue et al., 2021) ที่ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ ต่อโรคโควิด-19 ในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา พบว่า ร้อยละ 14.4 นักเรียนไม่ล้างมือหลังไอจาม นอกจากนี้ ในด้านการเรียนรู้ของเด็กและนักเรียนเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งการศึกษาของ แคมป์เบลล์ และคณะ (Campbell et al., 2021) ซูลิ และ ดิลูก้า (Souli & Dilucca, 2020) และ เสกสรร สายสีสด (Saiseesod, 2021) ผลการศึกษา

สอดคล้องกันว่า สื่อที่นักเรียน นักศึกษาเปิดรับมากที่สุด คือ สื่อสังคม เช่น Facebook, Twitter, Instagram เป็นต้น ดังนั้นการส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับแกนนำนักเรียน จะต้องมีการใช้สื่อสังคมร่วมด้วย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Anderson et al., 2001; Bloom, 1956) ที่จำแนกการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) และด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) แต่ละด้านจำแนกระดับความสามารถจากต่ำสุดไปถึงสูงสุด จึงมีความเหมาะสมในการใช้กับการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการป้องกันโรคโควิด-19 ที่จะต้องมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องของแกนนำนักเรียน เพื่อให้เกิดการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนได้จริง

ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องกับแกนนำนักเรียนของปีการศึกษา 2564 ในการพัฒนาชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่าง การวัดและบันทึกอุณหภูมิของร่างกาย พบว่า ภายหลังการใช้ชุดสื่อฯ ดังกล่าว แกนนำนักเรียนมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะเป็นบูรณาการความรู้และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Anderson et al., 2001; Bloom, 1956) และการพัฒนาชุดสื่อฯ เพิ่มเติม เพื่อให้แกนนำนักเรียนมีความรู้และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง นำไปสู่การป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Anderson et al., 2001; Bloom, 1956) 3 ด้าน คือ 1) ด้านพุทธิพิสัย 2) ด้านทักษะพิสัย และ 3) ด้านจิตพิสัย โดยมีการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้สำหรับแกนนำนักเรียนในแต่ละด้านร่วมกับการวิเคราะห์และสรุปจากแนวทางการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียน พัฒนาสู่โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน มีกิจกรรมตามบทบาทแกนนำนักเรียน ทำให้มีจิตพิสัยที่ดี ด้วยการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ร่วมกับการสอน การใช้สื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่แกนนำนักเรียนสามารถศึกษาด้วยตนเอง และการสาธิตพร้อมให้การสาธิตย้อนกลับ ทำให้แกนนำนักเรียนมีความรู้และการปฏิบัติในเรื่อง 1) การสวมหน้ากากอนามัย 2) การล้างมือ 3) การเว้นระยะห่าง และ 4) การวัดและบันทึกอุณหภูมิของร่างกาย ตามบทบาทของแกนนำนักเรียนที่จะนำสู่การป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนได้ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบก่อน - หลังการทดลอง (One Group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ศึกษาในแกนนำนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 โรงเรียนอนุกูลวิทยา ตำบลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ประกอบด้วย หัวหน้าห้องและรองหัวหน้าห้องทั้งหมด มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 10 ถึง 18 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3, 3) สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาไทย และภาษาพม่า 4) มีโทรศัพท์มือถือ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง พร้อมทั้งได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ได้แกนนักเรียน จำนวนทั้งหมด 18 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน เป็นแผนกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Anderson et al., 2001; Bloom, 1956) ความรู้และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ร่วมกับการใช้สื่อสังคมบนแอพพลิเคชั่น Line ในการติดต่อสื่อสาร หรือสอบถามปัญหาข้อสงสัยที่แกนนำนักเรียนไม่เข้าใจ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการตามโปรแกรมฯ ทั้งหมด 4 สัปดาห์

2. ชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน เป็นชุดสื่อวิดีโอที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 4 เรื่อง ได้แก่ 1) การสวมหน้ากากอนามัย 2) การล้างมือ 3) การเว้นระยะห่าง และ 4) การวัดและบันทึกอุณหภูมิของร่างกาย ซึ่งชุดสื่อนี้จะใช้ในกิจกรรมการสอนให้ความรู้ และส่งชุดสื่อให้กับแกนนำนักเรียนผ่านสื่อสังคมบนแอพพลิเคชั่น Line ในการทบทวนความรู้ และฝึกการปฏิบัติซ้ำในการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน

3. สื่อ PowerPoint ประกอบการสอนตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับชั้นที่ศึกษา สัญชาติ และประวัติการเข้าร่วมการอบรมโครงการเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

2. แบบประเมินความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Anderson et al., 2001; Bloom, 1956) ในด้านพุทธิพิสัย ระดับจำ, เข้าใจ และนำไปใช้ เนื้อหาประกอบด้วย 1) การสวมหน้ากากอนามัย 2) การล้างมือ 3) การเว้นระยะห่าง และ 4) การวัดและบันทึกอุณหภูมิของร่างกาย รวมคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คำถามเป็นแบบปรนัย มี 4 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แล้วรวมคะแนน จัดแบ่งเป็น 3 ระดับ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ของ บลูม, เฮสติงส์, มาดัส, และ บอลด์วิน (Bloom, Hastings, Madaus, & Baldwin, 1971) ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลอนามัยโรงเรียน จำนวน 1 ท่าน และครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 1 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item-object congruence: IOC) เท่ากับ 0.67 – 1 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี KR-20 ได้เท่ากับ 0.72

3. แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามขึ้น จำนวน 25 ข้อ กำหนดเกณฑ์การปฏิบัติเป็น ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน จากนั้นรวมคะแนนและแปลผลการปฏิบัติ ได้แก่ ปฏิบัติผ่าน หมายถึง แกนนำนักเรียนปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง มีคะแนน

25 คะแนน (ร้อยละ 100) และปฏิบัติไม่ผ่าน หมายถึง แกนนำนักเรียนปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง มีคะแนน 0 – 24 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 100)

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านดังที่กล่าวข้างต้น คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.84 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธี KR-20 ได้เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมเสนอจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 078/2565 กลุ่มประชากรที่ศึกษาได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด จากนั้นจึงตัดสินใจด้วยตนเองร่วมกับการปรึกษากับผู้ปกครองก่อน เนื่องจากแกนนำนักเรียนมีอายุต่ำกว่า 18 ปี จึงต้องได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง ผ่านเอกสารข้อมูลประกอบการขอความยินยอมโดยการบอกกล่าว สำหรับผู้ปกครอง ร่วมกับเอกสารข้อมูลประกอบการขอความพร้อมใจเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครอายุ 13 – 18 ปี หรือ หนังสือความพร้อมใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของเด็กอายุ 7 ปี ถึงต่ำกว่า 13 ปีบริบูรณ์ เมื่อเอกสารครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกจัดเก็บเป็นความลับ และบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือภายหลังถอนตัวออกจากงานวิจัย สามารถกระทำได้ทุกเมื่อ และไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มประชากรในการศึกษานี้ทั้งสิ้น และข้อมูลส่วนตัวไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม

การรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนให้กับแกนนำนักเรียน
2. ผู้วิจัยให้แกนนำนักเรียนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ฯ และแบบสอบถามการปฏิบัติฯ (35 นาที)
3. ผู้วิจัยจัดตั้งกลุ่มในแอพพลิเคชั่น Line และเชิญให้แกนนำนักเรียนเข้าร่วมกลุ่ม
4. ผู้วิจัยแบ่งแกนนำนักเรียน 2 ช่วงชั้น เป็น 2 กลุ่มย่อย ตามระดับชั้นประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษา เพื่อลดการรวมกลุ่มกันและเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1 – 2 เมตร ตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียน โดยในแต่ละสัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มย่อยดำเนินกิจกรรมลักษณะเดียวกันทั้งหมด

สัปดาห์ที่ 2 (ดำเนินกิจกรรมเดียวกันทั้ง 2 กลุ่มย่อย ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 15 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนให้กับแกนนำนักเรียน
2. ผู้วิจัยดำเนินการสอนพร้อมใช้สื่อ PowerPoint และชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ฯ เนื้อหาการสอนประกอบด้วย 1) การสวมหน้ากากอนามัย 2) การล้างมือ 3) การเว้นระยะห่าง และ 4) การวัดและบันทึกอุณหภูมิของร่างกาย (ใช้ระยะเวลาหัวข้อละ 10 นาที)
3. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม “ถ้าเจอแบบนี้... แกนนำจะทำอย่างไร” เป็นกิจกรรมที่ให้แกนนำนักเรียนได้ตอบคำถามตามสถานการณ์สมมติที่กำหนด แล้วจึงร่วมกันอภิปราย (10 นาที)
4. ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2
5. ภายหลังดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ทั้ง 2 กลุ่มย่อยแล้วผู้วิจัยมอบชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ฯ ผ่านทางกลุ่มที่จัดตั้งไว้ในแอพพลิเคชั่น Line สำหรับให้แกนนำนักเรียนได้ศึกษาเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 3 (ดำเนินกิจกรรมเดียวกันทั้ง 2 กลุ่มย่อย ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 20 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนให้กับแกนนำนักเรียน

2. ผู้วิจัยให้แกนนำนักเรียนตอบแบบประเมินความรู้ฯ (20 นาที)

3. ผู้วิจัยดำเนินการฝึกปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนให้กับแกนนำนักเรียน โดยสาธิตการปฏิบัติและให้แกนนำนักเรียนได้ฝึกปฏิบัติจริง แล้วให้สาธิตย้อนกลับในแต่ละหัวข้อ เนื้อหาการสอนประกอบด้วย 1) การสวมหน้ากากอนามัย 2) การล้างมือ และ 3) การวัดอุณหภูมิร่างกาย วิธีการจดบันทึก และการรายงานครู (ใช้ระยะเวลาหัวข้อละ 10 นาที)

4. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม “บทบาทและหน้าที่ของแกนนำในการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียน” เป็นกิจกรรมบรรยายบทบาทและหน้าที่ของแกนนำนักเรียน (5 นาที)

5. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม “ฝึกปฏิบัติหน้าที่แกนนำนักเรียนป้องกันโรคโควิด-19” โดยมอบหมายให้แกนนำนักเรียนได้ฝึกปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 จริง พร้อมทั้งบันทึกผลการปฏิบัติ แล้วจึงมาอภิปรายผลการฝึกปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันในสัปดาห์ที่ 4 (10 นาที)

6. ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 4 (ดำเนินกิจกรรมเดียวกันทั้ง 2 กลุ่มย่อย ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนให้กับแกนนำนักเรียน

2. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม “ฝึกปฏิบัติหน้าที่แกนนำนักเรียนป้องกันโรคโควิด-19” (ต่อ) เป็นการอภิปรายผลจากการฝึกปฏิบัติหน้าที่จริงร่วมกัน ปัญหา อุปสรรคและการแก้ไข (15 นาที)

3. ผู้วิจัยให้แกนนำนักเรียนตอบแบบสอบถามการปฏิบัติฯ (15 นาที)

4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แกนนำนักเรียนสอบถามปัญหา และข้อสงสัย

5. ผู้วิจัยกล่าวสรุปความรู้ และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ pair t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ McNemar test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มประชากรที่ศึกษา ส่วนใหญ่อายุ 13 ปี ร้อยละ 27.8 มีอายุโดยเฉลี่ยที่ 13.89 ปี (SD = 2.32) เป็นเพศหญิงจำนวน 10 ราย ร้อยละ 55.6 ร้อยละ 44.4 ส่วนใหญ่เป็นแกนนำนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 จำนวน 10 ราย ร้อยละ 55.6 ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 จำนวน 8 ราย ร้อยละ 44.4 และส่วนใหญ่สัญชาติพม่าจำนวน 12 ราย ร้อยละ 66.7

2. วิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนด้วยสถิติทดสอบ Pair T-Test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ฯ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 18)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
คะแนนความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน	11.67	3.18	15.78	4.36	< .001

3. วิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนด้วยสถิติทดสอบ McNemar test พบว่าการปฏิบัติฯ ของแกนนำนักเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .008) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของแกนนำนักเรียนในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 (n = 18)

ตัวแปรที่ศึกษา		ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		p-value
		จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
ปฏิบัติผ่าน	(25 คะแนน)	1	5.6	9	50	.008
ปฏิบัติไม่ผ่าน	(0-24 คะแนน)	17	94.4	9	50	

การอภิปรายผล

อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ แกนนำนักเรียนมีความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 สูงขึ้น อาจเป็นผลจากโปรแกรมฯ ที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Anderson et al., 2001; Bloom, 1956) ในด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) โดยการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นลำดับขั้น ซึ่งกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ตามโปรแกรมฯ แกนนำนักเรียนได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการสอน ที่กำหนดระดับการเรียนรู้ไว้ในกิจกรรมในระดับการ จำ (Remembering) และเข้าใจ (Understanding) มีการเสริมการเรียนรู้โดยใช้ชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน และสื่อ Power point ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับเนื้อหาการสอน มีการใช้ภาพที่มีความน่าสนใจ เมื่อแกนนำนักเรียนได้เข้าร่วมรับฟัง พร้อมทั้งได้รับการเปิดโอกาสได้สอบถามจนเกิดความเข้าใจ ในเรื่อง การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่าง และการวัดอุณหภูมิร่างกาย วิธีการจดบันทึกและรายงานครู แล้วจึงเข้าร่วมกิจกรรม “ถ้าเจอแบบนี้... แกนนำนักเรียนจะทำอย่างไร” เป็นการกระตุ้นกระบวนการคิดตัดสินใจกระทำ โดยแกนนำนักเรียนเอง ร่วมกันตอบคำถามและอภิปรายภายในกลุ่ม ผลของการส่งเสริมการเรียนรู้ตามลำดับขั้นที่มีความเหมาะสมกับแกนนำนักเรียนนี้นั้น จึงอาจทำให้ความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุภารัตน์ ทุมแก้ว และ รุจิรา ดวงสงค์ (Tumkaew & Duangsong, 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษาอำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบสูงขึ้นภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา จากการบรรยาย

ประกอบการใช้สื่อ และการอภิปรายกลุ่ม

นอกจากนี้ยังรวมถึงการใช้ชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียน ร่วมกับสื่อ PowerPoints อีกทั้งภายหลังการทำกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 แล้ว ยังมีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยการซักถามนำเสนอข้อมูลให้แกนนำนักเรียนอย่างต่อเนื่อง และยังสามารถรับชมชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ฯ ได้เองจนกว่าจะเกิดความเข้าใจ ผ่านแอพพลิเคชั่น Line กลุ่ม ซึ่งเป็นการนำโซเชียลมีเดียหรือสื่อสังคมมาใช้ให้เกิดการเรียนรู้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและวัยของแกนนำนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของทั้ง แคมป์เบลล์ และคณะ (Campbell et al., 2021) ซูลิ และ ดิลูก้า (Souli & Dilucca, 2020) และ เสกสรร สายสีสด (Saiseesod, 2021) ว่าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นักเรียนใช้โซเชียลมีเดียสำหรับรับความรู้ ข้อมูล หรือข่าวสารมากที่สุด กล่าวได้ว่าการใช้กิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายร่วมกับการใช้สื่อที่น่าสนใจ รวมถึงการใช้โซเชียลมีเดียอาจส่งผลให้แกนนำนักเรียนมีความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 สูงขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนาธิป มะโนคำ, อัญชลี บุญจันทึก, นันท์นลิน สีแก่นวงค์, อารยา ศรีบุญเรือง, และ ลัดดา บรรเลงส่ง (Manokham, Bunjantuek, Seekaenwong, Sriboonruang, & Bunlengsong, 2021) ที่ศึกษาการจัดการเรียนรู้ผ่านบทเรียนออนไลน์แบบบูรณาการ เรื่อง โควิด–19 ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง (ฝ่ายประถม) ว่าการใช้บทเรียนออนไลน์ จะกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความความสนใจเรียนรู้มากขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ในทุกที่ทุกเวลา เมื่อไม่เข้าใจก็สามารถกลับมาทบทวนซ้ำได้จนกว่าจะเข้าใจ และการศึกษาของ ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล, โศภิษฐ์ นามขำ, และ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ (Lertwittayakul, Namkham, & Seedakat, 2022) ที่ศึกษา ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนความรู้โรคโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ภายหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยส่วนหนึ่งเป็นผลจากการใช้กิจกรรมที่หลากหลายให้กับผู้เรียนมีส่วนร่วมด้วยตนเอง ดังนั้นกิจกรรมดังที่กล่าวมาตามโปรแกรมฯ จึงอาจส่งผลให้แกนนำนักเรียนมีความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 สูงขึ้นในที่สุด

2. แกนนำนักเรียนมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกัน อาจเป็นผลจากโปรแกรมฯ มีการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Bloom, 1956) ในด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) ร่วมกับการสอดแทรกกิจกรรมในด้านจิตพิสัย (Affective Domain) โดยการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ให้เกิดการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การปฏิบัติได้ด้วยตนเองตามที่ได้ฝึกฝนมา ซึ่งกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ตามโปรแกรมฯ แกนนำนักเรียนได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติตาม พร้อมทั้งให้สาธิตย้อนกลับ ในเรื่องการสวมหน้ากาก การล้างมือ และการวัดอุณหภูมิร่างกาย วิธีการจดบันทึก และการรายงานครู จากนั้นจึงได้เข้าร่วมกิจกรรมบทบาทหน้าที่ของแกนนำนักเรียนในการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียน ซึ่งแกนนำนักเรียนได้ตั้งใจรับฟังในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ในด้านจิตพิสัยตามที่ได้ตั้งเป้าหมายการเรียนรู้ไว้

ภายหลังจากการฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องแล้วนั้น แกนนำนักเรียนจึงได้เข้าร่วมกิจกรรมการฝึกปฏิบัติหน้าที่แกนนำนักเรียนป้องกันโรคโควิด-19 เป็นการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองและการฝึกปฏิบัติให้กับเพื่อนนักเรียนด้วย ซึ่งการได้ฝึกปฏิบัติจริงจะทำให้เกิดการปฏิบัติซ้ำอย่างต่อเนื่องเกิดการเรียนรู้จนสามารถปฏิบัติได้ อีกทั้งแกนนำนักเรียนทุกคนได้ฝึกปฏิบัติจริงครบถ้วนตามที่ได้ตกลงไว้แสดงถึงพฤติกรรมการมีจิตพิสัยที่ดีของแกนนำนักเรียน ซึ่งจะเป็นแบบอย่างให้กับเพื่อนนักเรียนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุภารัตน์ ทุมแก้ว และ รุจิรา ดวงสงค์ (Tumkaew & Duangsong, 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษาอำเภอเวียงเก่า จังหวัด

ขอนแก่น พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคเหนือกอักเสบภายหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาสูงขึ้น จากการได้รับการสาธิต และการฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และการศึกษาของ ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล และคณะ (Lertwittayakul et al., 2022) ที่ศึกษา ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีทักษะการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในระดับดีมาก โดยส่วนหนึ่งเป็นผลจากการได้ลงมือปฏิบัติจริง นอกจากนี้กลุ่มประชากรที่ศึกษายังสามารถฝึกทบทวนการปฏิบัติด้วยตนเองได้จากการรับชมชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ฯ จากในกลุ่ม ผ่านแอพพลิเคชั่น Line สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนิชา ศรีละมัย, ณัฏฐา วรรธนะวิโรจน์, วัชรินทร์ ช่างประดับ, สมปรารถนา สุดใจนาค, และ บุญเตือน วัฒนกุล (Srilamai, Wattanaviroj, Changpradap, Sudjainark, & Wattanakul, 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคมผ่านการละเล่นพื้นบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ว่า การใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ภายหลังการสอนตามโปรแกรม สามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคโควิด-19 ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียน หรือบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน สามารถใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ฯ กับแกนนำนักเรียนในโรงเรียนที่รับผิดชอบ เพื่อให้แกนนำนักเรียนมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19

2. โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ฯ สามารถนำไปขยายผลใช้กับแกนนำนักเรียนโรงเรียนอื่นที่แกนนำนักเรียนมีลักษณะคล้ายคลึงกับแกนนำนักเรียนโรงเรียนอนุกูลวิทยา (วัดดอนแก้ว) ในระดับชั้นเดียวกัน หรือปรับใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ฯ แก่นักเรียนทั่วไปในระดับชั้นเดียวกัน เพื่อให้เกิดการดูแลระหว่างนักเรียนด้วยกันต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ฯ ในระยะยาว เช่น ในระยะ 8 – 12 สัปดาห์

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ในด้านจิตพิสัยตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูมในแกนนำนักเรียน

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ฯ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

References

Anderson, L. W., Krathwohl, D. R., Airasian, P. W., Cruikshank, K. A., Mayer, R. E., Pintrich, P. R., ... Wittrock, M. C. (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of educational objectives.* London: Longman.

Ayran, G., Köse, S., Sarıalioğlu, A., & Çelebioğlu, A. (2022). Hand hygiene and mask-wearing behaviors and the related factors during the COVID 19 pandemic: A cross-sectional study with secondary school students in Turkey. *Journal of Pediatric Nursing, 62,* 98-105. doi: 10.1016/j.pedn.2021.10.001

Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. London: Longman.

Bloom, B. S., Hastings, J. T., Madaus, G. F., & Baldwin, T. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw-Hill.

Campbell, K., Weingart, R., Ashta, J., Cronin, T., & Gazmararian, J. (2021). COVID-19 knowledge and behavior change among high school students in semi-rural Georgia. *Journal of School Health, 91*(7), 526-534. doi: 10.1111/josh.13029

Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *School management manual for COVID-19 prevention in school*. Nonthaburi: Author. (in Thai)

Doungsai, K., Kornoungklang, K., & Seantrong, L. (2021). Investigation of a Coronavirus outbreak 2019 in a private school, Samut Prakan Province. *Journal of Health Science, 30*(Suppl.3), S393-S403. (in Thai)

Hoofman, J., & Secord, E. (2021). The effect of COVID-19 on education. *Pediatric Clinics, 68*(5), 1071-1079. doi: 10.1016/j.pcl.2021.05.009

Lertwittayakul, T., Namkham, S., & Seedakat, S. (2022). The effects of using a program of student's development model for students against from Covid-19 virus, upper primary school level, a school in Khon Kaen Province. *Journal of Health and Nursing Research, 38*(2), 150-161. (in Thai)

Manokham, T., Bunjantuek, A., Seekaenwong, N., Sriboonruang, A., & Bunlengsong, L. (2021). Learning management through online lessons on the integrated learning module: COVID –19 of Prathom Suksa VI Students at Ramkhamhaeng University Demonstration School (Elementary Level). *Journal of Roi Kaensarn Academi, 7*(4), 111-124. (in Thai)

Saiseesod, S. (2021). Information exposure behaviors and awareness of Udon Thani students during the COVID-19 epidemic. *Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science), 11*(1), 13-25. (in Thai)

Souli, D., & Dilucca, M. (2020). Knowledge, attitude and practice of secondary school students toward COVID-19 epidemic in Italy: A cross sectional study. *BioRxiv*, 084236. doi: 10.1101/2020.05.08.084236

Srilamai, N., Wattanaviroj, N., Changpradap, W., Sudjainark, S., & Wattanakul, B. (2021). Effects of traditional games-based learning programs on social distancing to prevent the spread of coronavirus disease 2019. *Journal of Health Science Research, 15*(2), 25-36. (in Thai)

Tumkaew, Y., & Duangsong, R. (2018). Effects of dental health education program for behavioral modification on gingivitis prevention among Prathomsuksa VI Primary School Students, Wiangkao District, Khon Kaen Province. *Thai Dental Nurse Journal, 29*(1), 36-48. (in Thai)

UNICEF. (2020). *Guidance for Covid-19 prevention and control in schools*. Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/reports/guidance-covid-19-prevention-and-control-schools (in Thai)

Xue, Q., Xie, X., Liu, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Wu, H., ... Song, R. (2021). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among primary school students in Hubei Province, China. *Children and Youth Services Review*, *120*, 105735. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105735

Development of an Online Training Program for Work Safety Preparation Among Vocational Students*

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา*

พิมพิไล	ใจตรง**	Pimpilai	Jaitrong**
วันเพ็ญ	ทรงคำ***	Wanpen	Songkham ***
กัลยาณี	ตันตรานนท์***	Kunlayanee	Tantranont ***

Abstract

Work-related injuries are a major occupational health problem, especially for youth workers. This development research study aimed to develop an online training program on work safety preparation for vocational students by applying of Alessi and Trollip's concept of development and media design. The sample included 41 vocational students who graduated from the Industry Vocational Certificate Program in Chiang Mai province and who were selected by purposive sampling. The instruments used were the design and development plans for an online training program, and questionnaires, including an opinion questionnaire, a formative test and summative test, and a satisfaction questionnaire with content validity indices between 0.87-0.91 and reliability between 0.73-0.82. Data were analyzed with descriptive statistics. The efficiency of the program was assessed by the ratio of the efficiency of the learning process to the efficiency of the learning outcomes (E1:E2)

The results of the research were as follows: 1) the 150-minute online training program for work safety preparation for vocational students consisted of an introduction, videos, content, infographics, during-class tests, and a post-test, 2) the program efficiency was 84.17:83.67, and 3) the majority of the respondents were satisfied with the online training program, in terms of content, design and presentation, benefits, and overall satisfaction, at the highest level (4.50, SD = 0.68).

Therefore, the program should be utilized in education, training, and research to further study the effectiveness of online training programs.

Keywords: Work safety preparation; Vocational students; Online training program

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

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

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

Received 22 November 2022; Revised 25 April 2023; Accepted 15 May 2023

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานเป็นปัญหาด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ โดยเฉพาะในแรงงานเยาวชน การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ อเลสซี่ และโทรลิป กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษาที่จบการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 3 ประเภทวิชาอุตสาหกรรมของสถาบันอาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ และแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อคิดเห็น แบบวัดความรู้ระหว่างเรียนและหลังเรียน แบบสอบถามความพึงพอใจ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.87-0.91 และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.73-0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา รวมทั้งหาประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยประเมินจากอัตราส่วนของประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้ต่อประสิทธิภาพของผลลัพธ์จากการเรียนรู้ (E1: E2)

ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา ประกอบด้วย บทนำ วิดีทัศน์ เนื้อหา ภาพอินโฟกราฟิก แบบทดสอบระหว่างเรียนและแบบทดสอบหลังเรียน ใช้เวลาเรียนประมาณ 150 นาที 2) ประสิทธิภาพของโปรแกรม คือ 84.17: 83.67 และ 3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมทั้งด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและการนำเสนอ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ และความพึงพอใจในภาพรวม ในระดับมากที่สุด (4.50, SD = 0.68)

ดังนั้น หลักสูตรการอบรมออนไลน์ควรนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการศึกษา การฝึกอบรม และการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ต่อไป

คำสำคัญ: ความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงาน นักเรียนอาชีวศึกษา โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 22 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 25 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 15 พฤษภาคม 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การประสบอันตรายหรือการบาดเจ็บที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานเป็นปัญหาสำคัญด้านอาชีวอนามัยที่พบได้ทั่วโลก โดยเฉพาะในแรงงานเยาวชนหรือคนทำงานที่เริ่มเข้าปฏิบัติงานใหม่ ข้อมูลในยุโรประบุว่าอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานในกรณีที่ไม่ร้ายแรง (non-fatal injury) ในกลุ่มแรงงานอายุ 18-24 ปี พบสูงกว่าร้อยละ 40 ส่วนในสหรัฐอเมริกา พบแรงงานเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี มีความเสี่ยงที่จะได้รับบาดเจ็บจากการทำงานสูงกว่าแรงงานที่อายุ 25 ปีขึ้นไป ถึง 2 เท่า (International Labour Organization [ILO], 2019) สำหรับประเทศไทย พบกลุ่มอายุที่เริ่มเข้าสู่วัยทำงานมีสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยพบการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในคนทำงานอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 14.52 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ14.15 (Compensation Fund, Social Security Office, 2021) สถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าคนงานในกลุ่มที่เริ่มเข้าสู่วัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการบาดเจ็บที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน

เมื่อพิจารณาสาเหตุของการบาดเจ็บที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน พบว่าประมาณร้อยละ 4-16 ของการบาดเจ็บดังกล่าวมีสาเหตุจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ขณะที่ร้อยละ 88-96 มีสาเหตุจากพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยของคนทำงาน ได้แก่ การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การใช้เครื่องจักรอุปกรณ์ของมีคม และการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน (Koradecka, 2010; Zierold, Welsh, & McGreeney, 2012) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการกระทำหรือพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (González, Bonilla, Quintero, Reyes, & Chavarro, 2016) โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนทำงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การขาดความตระหนักเกี่ยวกับการทำงานที่ปลอดภัย (Choudhry & Fang, 2008) ร่วมกับคนทำงานขาดความรู้และไม่ได้รับการฝึกอบรมทักษะเกี่ยวกับการทำงานที่ปลอดภัย (González et al., 2016) ความเสี่ยงของการบาดเจ็บจากการทำงานอาจเพิ่มขึ้นได้จากหลายปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น การมีสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตสังคมและวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พร้อมเต็มที่ ระดับการศึกษา ทักษะในการทำงาน และประสบการณ์การทำงานน้อย ส่วนใหญ่มักไม่มีอำนาจในการต่อรองเท่ากับแรงงานที่มีประสบการณ์ ทำให้มีแนวโน้มที่จะถูกจ้างให้ทำงานที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมทั้งการไม่ตระหนักถึงสิทธิและความรับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และมักไม่รายงานความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้ การปลูกฝังความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในแรงงานกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดการพิทักษ์สิทธิและการตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่ต้องทำงานสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคนทำงานรุ่นใหม่ที่ปลอดภัยและมีสุขภาพดี (ILO, 2019)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติร่วมกับการให้ความรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยในกลุ่มแรงงานที่เริ่มเข้าสู่การทำงาน สามารถกระทำโดยการอบรม (training) ผ่านการเตรียมความพร้อมคนทำงานด้านความปลอดภัย (work safety preparation) ที่เรียกว่าหลักสูตรการฝึกอบรมความปลอดภัยและสุขภาพจัดโดยองค์กรบริหารงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงาน (Occupational Safety and Health Administration: OSHA) ตามข้อกำหนดของ พระราชบัญญัติความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติงาน (The Job Training Partnership Act of 1982) ที่ระบุให้มีการฝึกอบรมเตรียมความพร้อมคนทำงานเกี่ยวกับอาชีวอนามัย และความปลอดภัยพื้นฐาน เพื่อเตรียมแรงงานกลุ่มนี้ให้พร้อมสำหรับการทำงานและการประกอบอาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาที่เรียนในวิทยาลัยการอาชีพ วิทยาลัยเทคนิค หรือวิทยาลัยอาชีวศึกษา เพื่อให้มีความรู้และทักษะเฉพาะที่พร้อมปฏิบัติงานเมื่อเข้าสู่ตลาดแรงงาน (Schulte, Stephenson, Okun, Palassis, & Biddle, 2005)

การฝึกอบรมเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยดังกล่าว มีหลากหลายรูปแบบ แตกต่างกันทั้งด้านเนื้อหาและจำนวนชั่วโมงการอบรม ทั้งที่เป็นแบบห้องเรียน (classroom) และออนไลน์ (online) โดยหลักสูตรพื้นฐานสำหรับคนที่จะเข้าทำงานใหม่ คือ การอบรมความปลอดภัยและสุขภาพสำหรับอุตสาหกรรมทั่วไป 10 ชั่วโมง (10-hour general industry safety and health program) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักรู้ หลีกเลี่ยง ลดและป้องกันอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพในสถานที่ทำงาน โดยการฝึกอบรมนี้ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของคนทำงาน ความรับผิดชอบของนายจ้าง และวิธีการยื่นข้อร้องเรียนด้วย (Occupational Safety and Health Administration [OSHA], 2020) โดยประสิทธิผลของการฝึกอบรมพบว่า ผู้ผ่านการฝึกอบรมมีความรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยเพิ่มขึ้น (Sokas, Emile, Nickels, Gao, & Gittleman, 2009; Taylor, 2014)

ในปัจจุบัน การฝึกอบรมออนไลน์นิยมนำมาใช้ในการสอนหรือการฝึกอบรมอย่างแพร่หลาย เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการฝึกอบรม โดยนำคุณสมบัติของเครือข่ายคอมพิวเตอร์สื่อกลางในการถ่ายทอดเนื้อหาสาระ ความรู้ ทักษะต่าง ๆ ที่สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตามความต้องการและควบคุมการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างอิสระ ก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมและค่าเดินทาง (Watthanakuljaroen, 2014) การศึกษาเปรียบเทียบการฝึกอบรมความปลอดภัยสำหรับแรงงานเยาวชนแบบออนไลน์กับการเรียนรายบุคคลผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมความปลอดภัยและสุขภาพสำหรับอุตสาหกรรมทั่วไป 10 ชั่วโมง ของ OSHA พบว่า การฝึกอบรมความปลอดภัยแบบออนไลน์เป็นเครื่องมือในการอบรมที่มีประสิทธิภาพ และให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ไม่แตกต่างกับการเรียนแบบตัวต่อตัว (Shendell, Milich, Apostolico, Patti, & Kelly, 2017) ด้วยเหตุนี้ การฝึกอบรมเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยแบบออนไลน์จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการให้ความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานให้แก่นักเรียนอาชีวศึกษา ทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และนโยบาย Safety Thailand ที่มุ่งเน้นสถานศึกษาทั่วประเทศ ร่วมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงป้องกัน เน้นนักเรียน นักศึกษา และบุคลากรด้านการศึกษาต้องปลอดภัย พร้อมสร้างจิตสำนึกก่อนเข้าสู่วัยทำงาน โดยเริ่มบ่มเพาะตั้งแต่วัยเรียน (Uthaipat-tanacheep, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาความรู้และประสบการณ์ของนักเรียนโรงเรียนอาชีวศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานในประเทศสวีเดนระบุว่า นักเรียนโรงเรียนอาชีวศึกษามีความตระหนักถึงความเสี่ยงจากการทำงานต่ำ ทั้งยังขาดการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและมีปฐมนิเทศการทำงานไม่เพียงพอ (Andersson, Gunnarsson, Rosen, & Aberg, 2014) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยของนักเรียนอาชีวศึกษาในประเทศมาเลเซียพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของนักเรียนในสถาบันฝึกอบรมอุตสาหกรรมอยู่ในระดับสูง แต่มีบางเรื่องที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ (Nurwani & Minghat, 2018)

สำหรับประเทศไทย การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในนักเรียนสายวิชาชีพโรงเรียนจิตรลดา พบว่าความรู้เรื่องความปลอดภัยสามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยของนักเรียนสายวิชาชีพได้ โดยผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า โรงเรียนสายวิชาชีพควรจัดบรรยากาศความปลอดภัยในโรงเรียน สร้างแรงจูงใจด้านความปลอดภัย และให้ความรู้เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (Rungsiri, Suwanampai, Keawboonchoo, Silpasuwan, & Jirapongsuwan, 2017) สอดคล้องกับการจัดหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพของสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา (2019) ที่กำหนดให้มีการจัดการเรียนการสอนกระบวนวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัยให้กับนักเรียนอาชีวศึกษา ประเภทวิชาอุตสาหกรรม จำนวน 4 หน่วยกิต แต่ไม่พบรายงานเกี่ยวกับประสิทธิผลของกระบวนวิชาที่สะท้อนว่าผู้เรียนมีผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่ระบุไว้ ในขณะที่ข้อมูลรายงานการบาดเจ็บที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานยังพบว่า กลุ่มอายุที่เริ่มเข้าสู่วัยทำงานมีสถิติการประสบ

อันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานสูงกว่ากลุ่มอื่น (Compensation Fund, Social Security Office, 2021) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัยที่มีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (educator) จึงได้พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาขึ้นตามแนวคิดการพัฒนาสื่อของ อเลสซี่ และ โทรลิป (Alessi & Trollip, 1991 as cited in Viseskul, 2019) เพื่อให้เข้ากับบริบทของการเรียนรู้แนวใหม่ สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันเข้ากับช่วงวัยและความต้องการของผู้เรียน มุ่งหวังให้นักเรียนที่จบอาชีวศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มสำคัญที่จะเริ่มเข้าสู่วัยทำงานมีความรู้ด้านความปลอดภัย ซึ่งคาดหวังว่าจะช่วยให้เกิดคนทำงานรุ่นใหม่ที่มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักเรียนอาชีวศึกษาต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา เพื่อใช้ในการส่งเสริมความรู้แก่นักเรียนอาชีวศึกษา และเป็นสื่อที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งนำเสนอในรูปแบบของข้อความ ภาพนิ่ง ภาพการ์ตูน ภาพเคลื่อนไหว และวิดีโอ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ อเลสซี่ และ โทรลิป (Alessi & Trollip, 1991 as cited in Viseskul, 2019) ในการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งมี 7 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมการ (preparation) 2) การออกแบบ (design instruction) 3) การเขียนผังงาน (create flowchart lesson) 4) การสร้างสตอรี่บอร์ด (create storyboard) 5) การสร้างหรือเขียนโปรแกรม (create program lesson) 6) การเขียนคู่มือการใช้งาน (produce supporting material) และ 7) การประเมินผลและแก้ไขปรับปรุง (evaluate and revise)

เนื้อหาที่นำเสนอดังกล่าว ผู้วิจัยได้เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน โดยใช้กรอบแนวคิด การพยาบาลอาชีวอนามัยของ โรเจอร์ส (Rogers, 2003) ซึ่งระบุบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยในการดำเนินงานด้านสร้างเสริมและปกป้องสุขภาพเพื่อให้คนทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า การฝึกอบรมความปลอดภัยในคนทำงานจะช่วยเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความปลอดภัย นำไปสู่การป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศแบบออนไลน์ช่วยในการสื่อสารให้ความรู้ มีเนื้อหาตามกรอบแนวคิดหลักสูตรเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยและสุขภาพในอุตสาหกรรมทั่วไปขององค์กรบริหารงานด้านความปลอดภัยและอาชีว-อนามัยในการทำงานประเทศสหรัฐอเมริกา (OSHA, 2020) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งมีแบบวัดความรู้ระหว่างเรียนและแบบวัดความรู้หลังเรียน ซึ่งวิเคราะห์ผลการทำแบบวัดความรู้อัตโนมัติภายในโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ โดยประเมินจากอัตราส่วนของประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้ต่อประสิทธิภาพของผลลัพธ์จากการเรียนรู้ (E1: E2) ซึ่งต้องไม่น้อยกว่า 80: 80

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนอาชีวศึกษาที่จบการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 3 ประเภทวิชาอุตสาหกรรม ปีการศึกษา 2564 ของสถาบันอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 แห่ง จำนวน 2,965 คน (Office of the Vocational Education Commission, 2021)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนอาชีวศึกษาที่จบการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 3 ประเภทวิชาอุตสาหกรรม ปีการศึกษา 2564 ของสถาบันอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่อนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้า (inclusion criteria) ที่กำหนด ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถเข้าใจภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบประสิทธิภาพสื่อหรือชุดการสอน ตามเกณฑ์ (Promwong, 2013) ซึ่งกำหนดให้มีการทดสอบประสิทธิภาพจำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน ครั้งที่ 2 เป็นการทดสอบแบบกลุ่มย่อย ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และครั้งที่ 3 เป็นการทดสอบแบบภาคสนาม ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 41 คน จากสถาบันอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 แห่ง ที่อนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ประสบการณ์การได้รับความรู้ด้านความปลอดภัยที่ผ่านมา และประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการฝึกปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด

1.2 แบบวัดความรู้เรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา แบ่งเป็น 2 ชุด คือ แบบวัดความรู้ชุดที่ 1 เป็นแบบวัดความรู้ระหว่างการเรียนรู้ (จำนวน 20 ข้อ) และแบบวัดความรู้ชุดที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้ภายหลังการเรียนรู้ (จำนวน 20 ข้อ) ซึ่งแบบวัดความรู้ทั้ง 2 ชุดนี้ คำถามและคำตอบเป็นแบบคู่ขนาน โดยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบจากตัวเลือกจำนวน 4 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน

ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richarson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ระหว่างเรียน เท่ากับ 0.73 และแบบวัดความรู้หลังเรียน เท่ากับ 0.80

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 15 ข้อ โดยสอบถามความพึงพอใจ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหา (5 ข้อ) 2) ด้านการออกแบบและการนำเสนอ (7 ข้อ) และ 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ (3 ข้อ) มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการออกแบบและการจัดทำสื่อจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.91 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 โดยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

การแปลผลคะแนนทำโดยรวมคะแนนของความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาและแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1.00 -1.80 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด
1.81 -2.60 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย
2.61 -3.40 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง
3.41 -4.20 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก
4.21 -5.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 แผนการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ อเลสซี่ และโทรลิป (Alessi & Trollip, 1991 as cited in Viseskul, 2019) ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัย 2 ท่าน พยาบาลอาชีวอนามัย 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา 2 ท่าน ผลการประเมินในภาพรวม ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการปรับแก้เนื้อหาให้ตรงกับกลุ่มผู้เรียน เพิ่มเติมส่วนบทนำ และการสรุปผล หลังจากพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์เรียบร้อยแล้วได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญการออกแบบและการจัดทำสื่อจำนวน 3 ท่านร่วมพิจารณา ผลการประเมินในภาพรวม ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในเรื่องคุณภาพของสื่อ การปรับเนื้อหาให้มีความกระชับ และน่าสนใจ ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2 แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา สำหรับใช้ในการทดสอบหนึ่งต่อหนึ่งและการทดสอบกลุ่มย่อย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหา (10 ข้อ) 2) ด้านการลำดับเนื้อเรื่อง (3 ข้อ) 3) ด้านคุณภาพสื่อ (2 ข้อ) 4) ด้านความสะดวกของการใช้งาน (6 ข้อ) เป็นลักษณะคำถามให้เลือกตอบ "เห็นด้วย" "ควรปรับปรุง" และ "ไม่เห็นด้วย" กรณีควรปรับปรุงและไม่เห็นด้วยให้ระบุข้อเสนอแนะ

แบบสอบถามข้อคิดเห็นดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการออกแบบและการจัดทำสื่อจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ study code: 2564 - EXP070 หลังผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอม โดยชี้แจงสิทธิที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาตามแนวคิดการพัฒนาสื่อของ อเลสซี่ และ โทรลิป (Alessi & Trollip, 1991 as cited in Viseskul, 2019) 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ (preparation) ดำเนินการดังนี้

1.1 กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ โดยพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษา

1.2 รวบรวมข้อมูล โดยทบทวนแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรความปลอดภัยและสุขภาพสำหรับอุตสาหกรรมทั่วไป 10 ชั่วโมง (OSHA, 2020) ร่วมกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.3 เรียนรู้เนื้อหา โดยพิจารณาเนื้อหาครอบคลุมประเด็นอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานพื้นฐาน และปรับตามบริบทตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องของไทย เพื่อนำมาออกแบบบทเรียนได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (design instruction) โดยดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรในการออกแบบบทเรียน ได้แก่ เนื้อหา ข้อความ ภาพ และวิดีทัศน์ต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การเขียนผังงาน (create flowchart lesson) โดยอธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างหรือองค์ประกอบของการนำเสนอในแต่ละบทเรียน

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างสตอรี่บอร์ด (create storyboard) โดยกำหนดเค้าโครงในการนำเสนอข้อความ ภาพ รวมทั้งวิดีทัศน์ต่าง ๆ บนแผ่นกระดาษ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการออกแบบและการจัดทำสื่อตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปสร้างโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างหรือการเขียนโปรแกรม (create program lesson) โดยเปลี่ยนสิ่งที่เขียนบทสตอรี่บอร์ดซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการออกแบบและการจัดทำสื่อเรียบร้อยแล้ว มาเป็นเว็บแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 6 การเขียนคู่มือการใช้งาน (produce supporting material) โดยเขียนคู่มือการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันเพื่ออธิบายการใช้งานโปรแกรมการเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานแก่นักเรียนอาชีวศึกษา และอัปโหลดไว้บนหน้าแรกของเว็บแอปพลิเคชั่น

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลและแก้ไขปรับปรุง (evaluate and revise) โดยนำเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับนักศึกษาอาชีวศึกษา เพื่อหาประสิทธิภาพของโปรแกรม แล้วนำผลนั้นมาแก้ไขปรับปรุง โดยผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) แห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ หลังได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

7.1 การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ผู้วิจัยนำโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ไปทดลองใช้โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน โดยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์และประเมินเกี่ยวกับข้อบกพร่อง ลำดับขั้นตอนการนำเสนอเนื้อหา และความเหมาะสมของการนำเสนอ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการให้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็น เพื่อบันทึกสิ่งที่ต้องแก้ไขและข้อเสนอแนะหลังการเรียนรู้ แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะ

7.2 การทดสอบแบบกลุ่มย่อย ผู้วิจัยนำโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยไม่ซ้ำกับการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทดลองใช้โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ ประเมินเกี่ยวกับลักษณะปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนในขณะที่มีการใช้โปรแกรม

ฝึกอบรมออนไลน์ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จับเวลาในการเรียนและคอยช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาในขณะใช้โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ ระบุสิ่งที่ต้องแก้ไขปรับปรุงและข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์มาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

7.3 การทดสอบภาคแบบสนาม ผู้วิจัยนำโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยไม่ซ้ำกับการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่งและการทดสอบแบบกลุ่มย่อย ซึ่งผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ผ่านโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ ทำแบบวัดความรู้ระหว่างเรียน ทำแบบวัดความรู้หลังเรียน และตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ รวมทั้งขอความคิดเห็นต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนอาชีวศึกษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความคิดเห็นต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงและจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลป้อนกลับในการปรับปรุงโปรแกรม

3. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา โดยใช้สูตร E = E1: E2 (Songkram, 2011)

4. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการจัดกลุ่มคำตอบ

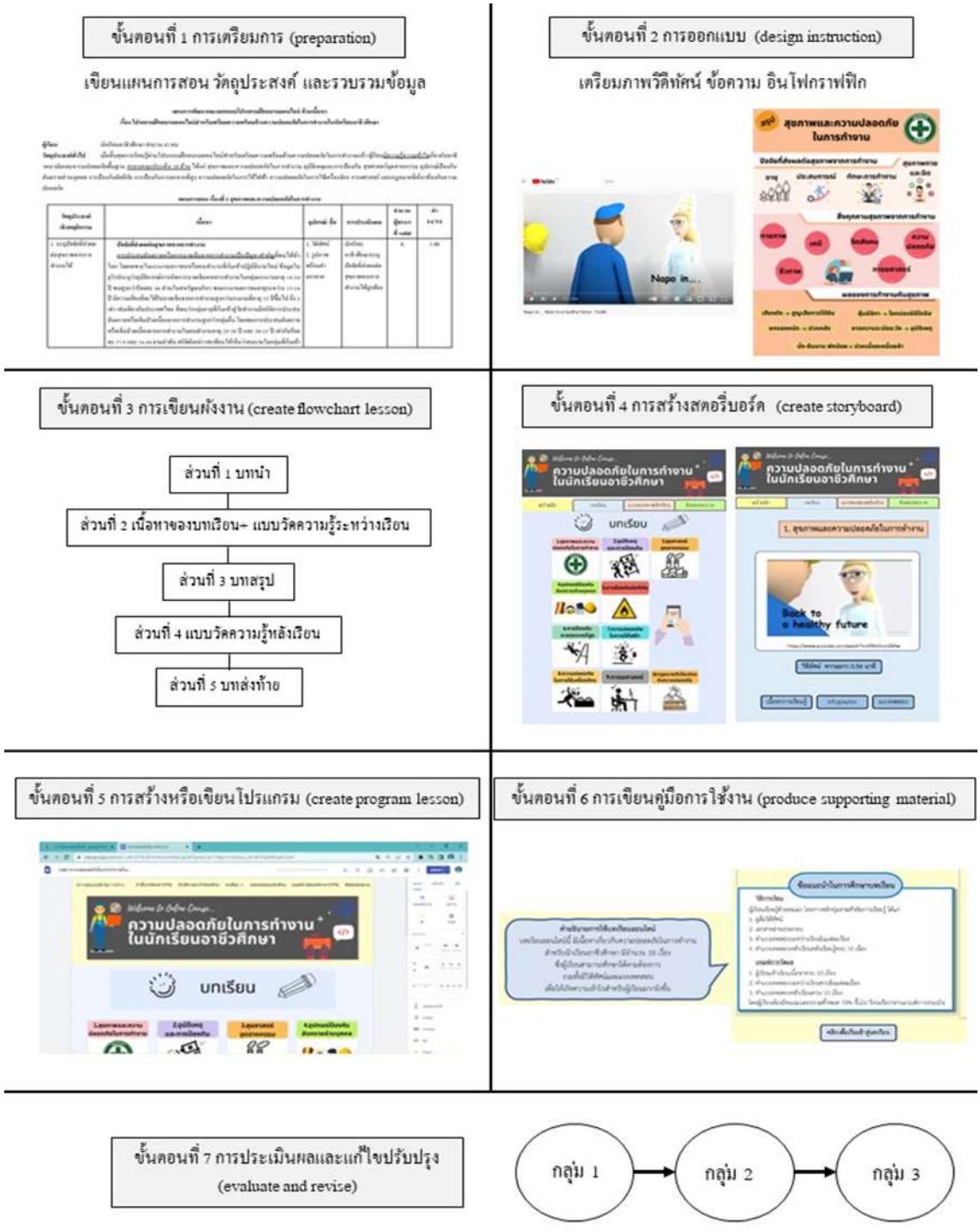
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.41 เพศหญิง ร้อยละ 36.59 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 97.56 และมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.44 โดยมีอายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 22 ปี อายุเฉลี่ย 18.32 ปี (SD = 0.72) กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้หรือผ่านการอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน ร้อยละ 53.66 และไม่เคยได้รับความรู้หรือผ่านการอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน ร้อยละ 46.34 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยบาดเจ็บจากการฝึกปฏิบัติงาน ร้อยละ 53.66 และเคยบาดเจ็บจากการฝึกปฏิบัติงาน ร้อยละ 46.34

2. การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา มีลักษณะที่เป็นวิดิทัศน์ (ภาพเคลื่อนไหว) ตัวหนังสือประกอบคำบรรยาย และภาพอินโฟกราฟฟิก (infographic) เนื้อหาครอบคลุม 10 ประเด็นหลัก ได้แก่ สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน อุบัติเหตุและการป้องกัน สุขศาสตร์อุตสาหกรรม อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การป้องกันอัคคีภัย การป้องกันการตกจากที่สูง ความปลอดภัยในการใช้ไฟฟ้า ความปลอดภัยในการใช้เครื่องจักร การยศาสตร์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ใช้เวลาศึกษาเรื่องละ 15 นาที โดยมีขั้นตอนการออกแบบ 7 ขั้นตอน ผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะของเว็บแอพพลิเคชั่น ตามภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา

3. การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา

3.1 การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง (n = 1) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับเนื้อหา การลำดับเรื่อง คุณภาพสื่อ และความสะดวกในการใช้งาน ทั้งยังให้ข้อคิดเห็นว่า “เนื้อหาในการอบรมดีมาก แต่ต้องการให้

ปรับปรุงในส่วนของวิดีทัศน์” “ควรใส่ตัวหนังสือแนะนำหรือคำอธิบายเพิ่มเติม” ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3.2 การทดสอบแบบกลุ่มย่อย (n = 10) พบว่า “กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเนื้อหาเหมาะสมดี” “ข้อสอบสอดคล้องกับเนื้อหา” กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม มีจำนวน 4 คน และส่วนที่เหลือไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

3.3 การทดสอบแบบภาคสนาม (n = 30) พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาเท่ากับ 84.17: 83.67 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ คือ 80: 80 จึงถือได้ว่าโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพที่ยอมรับได้

4. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างภาคสนาม จำแนกตามความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา (n = 30)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหา			
เนื้อหาน่าสนใจ น่าติดตาม	4.50	0.63	มากที่สุด
เนื้อหาเข้าใจง่ายเหมาะสมกับผู้เรียน	4.60	0.62	มากที่สุด
มีการสรุปเนื้อหาที่ชัดเจน	4.57	0.63	มากที่สุด
เนื้อหามีความถูกต้องและทันสมัย	4.60	0.67	มากที่สุด
ปริมาณเนื้อหาและระยะเวลามีความเหมาะสม	4.47	0.73	มากที่สุด
ด้านการออกแบบและการนำเสนอ			
ตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย	4.60	0.67	มากที่สุด
สีของภาพและตัวอักษร	4.53	0.68	มากที่สุด
ภาพประกอบและเสียงสื่อความหมายได้ตรงกับเนื้อหา	4.57	0.68	มากที่สุด
การออกแบบกราฟิกหน้าจอมีความสวยงาม	4.43	0.68	มากที่สุด
เสียงบรรยายมีความชัดเจน	4.40	0.77	มากที่สุด
ความเหมาะสมของเสียงดนตรีประกอบ	4.40	0.77	มากที่สุด
ใช้งานง่าย มีความสะดวกในการเรียนรู้	4.50	0.68	มากที่สุด
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ			
ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์	4.67	0.61	มากที่สุด
ใช้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนความรู้ด้วยตนเอง	4.57	0.63	มากที่สุด
สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้	4.60	0.67	มากที่สุด
ความพึงพอใจในภาพรวมต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ฯ	4.50	0.68	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา ทั้งด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและการนำเสนอ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ และความพึงพอใจในภาพรวม ในระดับมากที่สุดทุกด้าน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดในการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนของ อเลสซี่ และ โทรลิป (Alessi & Trollip, 1991 as cited in Viseskul, 2019) 7 ขั้นตอน ซึ่งพบว่าแต่ละขั้นตอนสามารถทำได้ง่ายและได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจน แต่ละขั้นตอนเป็นรูปธรรม สามารถทำได้จริงและทำตามได้ง่าย ประกอบกับเนื้อหาเน้นให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลและการทบทวนวรรณกรรม สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้สื่อที่พัฒนายังเป็นแบบออนไลน์ ทันยุคทันสมัยตามทักษะของวัยรุ่นปัจจุบัน โดยขั้นตอนการเตรียมการทำให้ได้แผนการออกแบบพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาที่มีเนื้อหาครอบคลุม 10 ประเด็นหลัก ได้แก่ สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน อุบัติเหตุและการป้องกัน สุขศาสตร์อุตสาหกรรม อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การป้องกันอัคคีภัย การป้องกันการตกจากที่สูง ความปลอดภัยในการใช้ไฟฟ้า ความปลอดภัยในการใช้เครื่องจักร การยศาสตร์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ขั้นตอนการออกแบบทำให้ได้วิดีทัศน์เนื้อหา และอินโฟกราฟฟิก ขั้นตอนการเขียนผังงานทำให้ได้ร่างโครงสร้างเพื่อวางแผนผังของการนำเสนอในโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ ขั้นตอนการสร้างสตอรี่บอร์ดทำให้เห็นภาพของโปรแกรมอย่างเป็นรูปธรรม ขั้นการสร้างหรือเขียนโปรแกรมทำให้ได้โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ที่มีองค์ประกอบพร้อมในการนำไปใช้งาน ขั้นตอนการเขียนคู่มือการใช้งานทำให้คู่มือการใช้งานเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ และข้อแนะนำในการใช้บทเรียนไว้ในหน้าแรกของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ และขั้นตอนการประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงทำให้สามารถนำโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ไปทดลองใช้กับนักเรียนอาชีวศึกษาตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ เพื่อหาประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย เกี่ยวกับการพัฒนา E-learning วิชาฟิสิกส์ เพื่อเพิ่มทักษะการคิดอย่างสร้างสรรค์ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาของ อเลสซี่ และ โทรลิป (Alessi & Trollip, 1991 as cited in Viseskul, 2019) ในการวางแผน การออกแบบ และการพัฒนา ผลพบว่า กระบวนการที่ใช้เป็นไปได้ ใช้งานได้จริง (Sativa, Wiyono, & Marlina, 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย ที่นำแนวคิดการพัฒนาของ อเลสซี่ และ โทรลิป ไปใช้ในการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (Manapattanasatien, Chitreecheur, & Kasatpibal, 2018) และการพัฒนาสื่อวิดีทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย (Ngampring, Viseskul, & Kasatpibal, 2021) พบว่าเป็นกระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบและสามารถทำได้ง่าย ดังนั้น กระบวนการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนของ อเลสซี่ และ โทรลิป จึงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนออนไลน์ในงานอาชีวอนามัยได้

ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมออนไลน์ ผู้วิจัยออกแบบเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ผ่าน internet browser บน google site นำเสนอความรู้ คำแนะนำ และสาธิตการปฏิบัติในรูปแบบของข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าการจัดการเรียนรู้แบบสื่อผสม (multimedia) ช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน และทำให้เกิดประสิทธิผลในการเรียนรู้มากขึ้น (Sakat et al., 2012) การ

พัฒนาโปรแกรมบน internet browser ทำให้ผู้เรียนไม่จำเป็นต้องดาวน์โหลดมาไว้บนอุปกรณ์ของตน (Laohajaratsang, 2019) นอกจากจะมีความสะดวกแล้ว ยังช่วยสร้างโอกาสและความเสมอภาคในการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน (Kaosaiyaporn, Atisap, & Pochanukul, 2014) เพราะอำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาในสถานที่ที่มีเครือข่ายอินเตอร์เน็ต ควบคุมการเรียนรู้ได้ตามความต้องการและความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ได้ประสบการณ์การเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย (Viseskul, 2019) นอกจากนี้การฝึกอบรมยังแบ่งออกเป็นส่วน ๆ สามารถหยุดพักเมื่อจำเป็น สะดวกตามตารางเวลาของผู้เรียน โปรแกรมนี้จึงเหมาะสำหรับคนงานระดับเริ่มต้นเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและอันตรายต่อสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าการอบรมความปลอดภัย (safety training) เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการให้ความรู้และสร้างทัศนคติด้านความปลอดภัย เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายและใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานน้อยกว่ามาตรการอื่น (OSHA, 2020)

ผลการวิจัยพบว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาเท่ากับ 84.17: 83.67 ซึ่งมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้คือมากกว่าหรือเท่ากับ 80: 80 โดยประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจะช่วยในการส่งเสริมให้นักศึกษาอาชีวศึกษาเกิดความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมา สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของชุดฝึกอบรมออนไลน์ เรื่อง อาชีวอนามัยและความปลอดภัยพื้นฐานสำหรับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า มีประสิทธิภาพ 82.26: 81.97 (Promdang & Thepnuan, 2018) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการจัดอบรมแบบออนไลน์ที่มีประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และจากการศึกษาเปรียบเทียบการฝึกอบรมความปลอดภัยสำหรับแรงงานเยาวชนแบบออนไลน์กับการเรียนรายบุคคลผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมความปลอดภัยและสุขภาพสำหรับอุตสาหกรรมทั่วไป 10 ชั่วโมง ของ OSHA (2020) พบว่า การฝึกอบรมความปลอดภัยแบบออนไลน์เป็นเครื่องมือในการอบรมที่มีประสิทธิภาพและให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ไม่แตกต่างกับการเรียนแบบต่อหน้าในห้องเรียนปกติ (Shendell et al., 2017) ผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิดพื้นฐานที่ระบุว่าการฝึกอบรมความปลอดภัยในคนทำงานโดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศแบบออนไลน์ช่วยในการสื่อสารให้ความรู้ จะช่วยเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทัศนคติความปลอดภัยในการทำงานนำไปสู่การเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน (Rogers, 2003)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาในระดับมากที่สุดทั้งด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและการนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ โดยเมื่อพิจารณาด้านเนื้อหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.47-4.60 คะแนน (SD = 0.62-0.73) เนื่องจากเนื้อหามีความถูกต้องและทันสมัย เนื้อหาเข้าใจง่ายเหมาะสมกับผู้เรียน และมีการสรุปเนื้อหาที่ชัดเจน ในด้านการออกแบบและการนำเสนอกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.40-4.60 คะแนน (SD = 0.67-0.77) เนื่องจากตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย ภาพประกอบและเสียงสื่อความหมายได้ตรงกับเนื้อหา สีของภาพและตัวอักษรเหมาะสม และในด้านประโยชน์ที่ได้รับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.57-4.67 คะแนน (SD = 0.61-0.67) เนื่องจากได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมออนไลน์ อาจเนื่องจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เข้าถึงได้ง่าย ใช้งานสะดวก มีภาพและวิดีโอประกอบเนื้อหา ทำให้มีความน่าสนใจและง่ายต่อการศึกษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่มีต่อเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันเท่ากับ

4.77 (SD = 0.43) ซึ่งเป็นคะแนนความพึงพอใจที่ค่อนข้างสูงเช่นกัน (Kaewsakol, Viseskul, & Kasatpibal, 2021) ระดับความพึงพอใจดังกล่าวสอดคล้องทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning) ซึ่งอธิบายได้ว่า นักเรียนอาชีวศึกษาเริ่มมีความเป็นผู้ใหญ่ ต้องการการเรียนรู้ตามความสนใจของตนเอง สื่อที่จะใช้กับนักเรียนอาชีวศึกษาจึงต้องมีการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน มีความหลากหลาย ส่งเสริมความเป็นอิสระในการเลือกเรียนรู้ด้วยตนเอง (Sakcharoen, 2015) ดังนั้น โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาจึงมีความสำคัญและเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการให้ความรู้แก่นักเรียนอาชีวศึกษาที่จบการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 3 ที่กำลังจะเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงาน หรือนำไปใช้กับผู้ที่เริ่มเข้าสู่วัยทำงาน ซึ่งจะช่วยให้มีความรู้และเกิดความตระหนักด้านความปลอดภัยในการทำงานต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ คือ การตกแต่งโปรแกรมมีข้อจำกัด ไม่สามารถออกแบบโปรแกรมให้มีรูปแบบที่ดึงดูดใจได้ เนื่องจากโปรแกรม google site แม้ว่าจะเป็นโปรแกรมที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ใช้งานง่าย ไม่ต้องใช้วิธีการเขียนโปรแกรม แต่จะไม่สามารถใช้เทมเพลตที่ออกแบบเองได้ นอกจากนี้ ยังมีขนาดของพื้นที่จัดเก็บค่อนข้างน้อย และเวปไซต์ที่เผยแพร่อยู่ภายใต้โดเมนของ Google สามารถใช้งานโดยต้องเชื่อมต่อ Internet เท่านั้น

จุดเด่นของการวิจัย

โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาที่พัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับโปรแกรมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของอุตสาหกรรมทั่วไปหลักสูตรออนไลน์ 10 ชั่วโมง (The 10-hour General Industry Safety and Health Program) ของสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัยประเทศสหรัฐอเมริกา (Occupational Safety and Health Administration [OSHA]) ซึ่งสามารถใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้พื้นฐานด้านความปลอดภัยในการทำงานกับนักเรียนอาชีวศึกษาและผู้ที่กำลังจะเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงานได้ นอกจากนี้ โปรแกรมการอบรมในลักษณะออนไลน์ ยังเป็นสื่อที่สะดวกต่อการเรียนรู้ ผู้เรียนสามารถเข้าถึงง่ายทุกที่ทุกเวลา เหมาะกับวิถีการเรียนรู้ของเยาวชนในปัจจุบัน ทั้งยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรม จึงเหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษาที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และได้รับการยอมรับในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา จึงควรนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการศึกษา การฝึกอบรม และการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์สำหรับเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในการทำงานในนักเรียนอาชีวศึกษา โดยมีการเปรียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมในการนำไปดำเนินการใช้จริง และอาจมีการปรับรูปแบบโปรแกรมเป็นเว็บแอพพลิเคชั่นตามบริบทของผู้ใช้งาน

References

Andersson, M., Gunnarsson, K., Rosen, G., & Aberg, M. M. (2014). Knowledge and experiences of risks among pupils in vocational education. *Safety and Health at Work*, *5*(3), 140-146.

Choudhry, R. M., & Fang, D. (2008). Why operatives engage in unsafe work behavior: Investigating factors on construction sites. *Safety Science*, *46*(4), 566-584.

Compensation Fund, Social Security Office. (2021). *The situation of experiencing harm or illness due to work, 2014-2018*. Retrieved from https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/90b000e67afe364ebf88d10c9e2c3ab4.pdf (in Thai)

González, A., Bonilla, J., Quintero, M., Reyes, C., & Chavarro, A. (2016) Analysis of the causes and consequences of accidents occurring in two constructions projects. *Revista Ingeniería de Construcción*, *31*(1), 5-16.

International Labour Organization. (2019). *Safety and health at the heart of the future of work: Building on 100 years of experience.* Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/dcomm/documents/ publication/wcms_686645.pdf

Kaewsakol, C., Viseskul, N., & Kasatpibal, N. (2021). Development of web application regarding multidrug-resistant organism transmission prevention for nurses. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 32*(2), 156-169. (in Thai)

Kaosaiyaporn, O., Atisap, W., & Pochanukul, W. (2014). Development of integrated online course to enhance cooperative learning and inquiry skills for graduate students. *Journal of Technical Education Development, 26*(91), 27-34. (in Thai)

Koradecka, D. (2010). *Handbook of occupational safety and health*. New York: CRC Press, Taylor & Francis Group.

Laohajaratsang, T. (2019). *Innovation and information technology for education in the era of learning 4.0*. Chiang Mai: Tong Sam Design. (in Thai)

Manapattanasatien, T., Chitreecheur, J., & Kasatpibal, N. (2018). Development of an electronic book on prevention of multidrug resistance organisms transmission for registered nurses. *Nursing Journal, 45*(1), 146-158. (in Thai)

Ngampring, K., Viseskul, N., & Kasatpibal, N. (2021). Development of video media in preventing multidrug-resistant organisms infections for patients. *Nursing Journal, 48*(3), 115-127. (in Thai)

Nurwani, N. E., & Minghat, A. D. (2018). Knowledge about safety practices in workshop among student in industrial training institute. *Journal of Advanced Research in Occupational Safety and Health*, *2*(1), 7-12.

Occupational Safety and Health Administration. (2020). *10-hour general industry safety and health program*. Retrieved from https://www.oshatrain.org/ pages/programs/10-general-industry-safety-health.html

Office of the Vocational Education Commission. (2021). *Number of students academic year 2021, public and private sectors, classified by educational institutes, grade level and gender*. Retrieved from https://techno.vec.go.th/ (in Thai)

Promdang, P., & Thepnuan, N. (2018). The development of online training package on basic occupational health and safety for industrial factory workers. *Sripatum Review of Science and Technology, 10*(1), 32-45. (in Thai)

Promwong, C. (2013). Media performance testing or teaching series. *Silpakorn Educational Research Journal, 5*(1), 7-20. (in Thai)

Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.

Rungsiri, C., Suwan-ampai, P., Keawboonchoo, O., Silpasuwan, P., & Jirapongsuwan, A. (2017). Factors associated with safety behavior among vocational students in the vocational program at Chitralada Vocational School. *Journal of Public Health Nursing, 31*(2), 59–72. (in Thai)

Sakat, A. A., Muhamad, R., Zin, M. Z. M., Ahmad, N. A., Anzaruddin, A., & Kasmo, M. A. (2012). Educational technology media method in teaching and learning progress. *American Journal of Applied Sciences*, *9*(6), 874-878.

Sakcharoen, P. (2015). Adult learning theory and self-directed learning concept: Learning process for promoting lifelong learning. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 16*(1), 8-13. (in Thai)

Sativa, H., Wiyono, K., & Marlina, L. (2022). E-learning development on work and simple machines to enhance creative thinking skills of middle school students. *Journal Ilmu Fisika Dan Pembelajarannya*, *6*(1), 11-19.

Schulte, P. A., Stephenson, C. M., Okun, A. H., Palassis, J., & Biddle, E. (2005). Integrating occupational safety and health information into vocational and technical education and other workforce preparation programs. *American Journal of Public Health*, *95*(3), 404-411.

Shendell, D. G., Milich, L. J., Apostolico, A. A., Patti, A. A., & Kelly, S. (2017). Comparing online and in-person delivery formats of the osha 10-hour general industry health and safety training for young workers. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, *27*(1), 92-106. doi: 10.1177/1048291117697109

Sokas, R. K., Emile, J., Nickels, L., Gao, W., & Gittleman, J. L. (2009). An intervention effectiveness study of hazard awareness training in the construction building trades. *Public Health Reports*, *124*(Suppl. 1), 160-168.

Songkram, N. (2011). *Multimedia for learning: Design & development* (2nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

Taylor, E. L. (2014). *Safety benefits of mandatory OSHA 10-hour training*. Retrieved from https://www.cpwr.com/sites/default/files/publications/TaylorSafetyBenfitsFinalReport_0.pdf

Uthaipattanacheep, A. (2018). *Ministry of labor moves forward with safety Thailand, aiming for educational institutions across the country join to create a culture of preventive safety, emphasizing students, students, and personnel*. Retrieved from https://area4.labour.go.th/2015-12-03-04-55-08/436-safety-thailand-14-1 (in Thai)

Viseskul, N. (2019). *Development of teaching-learning media in nursing: Concept and application*. Chiang Mai: Chotana Print. (in Thai)

Watthanakuljaroen, T. (2014). Development of distance training packages on information communications and technology used in distance education. *Veridian E-Journal, 7*(5), 149-160. (in Thai)

Zierold, K. M., Welsh, E. C., & McGeeney, T. J. (2012). Attitudes of teenagers towards workplace safety training. *Journal of Community Health*, *37*(6), 1289-129.

Foot Reflexology for Low Back Pain after Transfemoral Coronary Angiography
การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ

ธัญญลักษณ์ ตาทอง* Thunyaluk Tatong*

นรลักขณ์ เอื้อกิจ** Noraluk Ua-Kit**

Abstract

Foot reflexology is a complementary therapy that can relieve low back pain in patients after transfemoral coronary angiography. Low back pain is a common discomfort in patients after transfemoral coronary angiography because patients are required to stay in a supine position and immobilize the affected leg after sheath removal to prevent vascular complications. Lying in a supine position and immobilizing the affected leg for a long time causes continuous pressure on the back muscles, causing low back pain. The effect of reflexology can increase blood flow, reduce muscle tension, and relax muscles, thereby reducing low back pain.

This paper describes low back pain after transfemoral coronary angiography, foot reflexology, foot reflexology for low back pain after transfemoral coronary angiography, and the nurse' s role in pain management for low back pain after transfemoral coronary angiography from the literature review. This can be used to provide care for patients after transfemoral coronary angiography.

Keywords: Foot reflexology; Low back pain; Transfemoral coronary angiography

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

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; e-mail: noralukuakit@yahoo.com

Received 1 May 2023; Revised 15 June 2023; Accepted 19 June 2023

บทคัดย่อ

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ เนื่องจากภายหลังได้รับการถอดท่อนำสายสวนผู้ป่วยจะได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวในท่านอนหงายราบ และไม่เคลื่อนไหวขาข้างที่ทำหัตถการ การนอนในท่านอนหงายราบและไม่เคลื่อนไหวขาข้างที่ทำหัตถการเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดการกดทับของกล้ามเนื้อหลังจนเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้น การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย จึงช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้

บทความนี้ได้นำเสนอเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ากับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ และบทบาทของพยาบาลในการจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจต่อไป

คำสำคัญ: การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า อาการปวดหลังส่วนล่าง การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่าน-หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
email: noralukuakit@yahoo.com

วันที่รับบทความ 1 พฤษภาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 15 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 19 มิถุนายน 2566

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก พบการเสียชีวิตจำนวน 17.8 ล้านคนต่อปี (Brown, Gerhardt, & Kwon, 2023) การวินิจฉัยและการรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ (coronary angiography) เป็นการตรวจวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน สามารถบอกการตีบหรือตันของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะสามารถให้การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention) ได้ภายในครั้งเดียวกัน จากสถิติประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าปี ค.ศ. 2018 มีผู้เข้ารับการตรวจสวนหัวใจจำนวนมากกว่า 3 ล้านคน (Powell, Lugo, Long, Simmons, & DeFrance, 2021) และในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2557 พบผู้เข้ารับการตรวจสวนหัวใจจำนวนมากถึง 52,730 คน (Lawanna & Prachusilpa, 2017)

การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นหัตถการที่กระทำโดยการใช้เข็มแทงบริเวณตำแหน่งของหลอดเลือดแดงเพื่อสอดท่อนำสายสวน (sheath) และใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงไปถึงหัวใจ หลังจากนั้นฉีดสารทึบรังสีเพื่อดูการตีบหรือตันของหลอดเลือดหัวใจ โดยตำแหน่งของหลอดเลือดแดงในการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ หลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ (radial artery) หลอดเลือดแดงบริเวณแขน (brachial artery) และหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ (femoral artery) (Nakrai, Leewanun, & Saengsri, 2016) หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบเป็นตำแหน่งที่นิยมในการทำหัตถการ เนื่องจากเป็นหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และสามารถทำหัตถการได้ง่าย (Changal et al., 2021) แต่มักพบภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะเลือดออก (bleeding) และภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (hematoma) บริเวณตำแหน่งที่ทำหัตถการมากกว่าตำแหน่งอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนหงายราบ (supine position) ไม่เคลื่อนไหวขาข้างที่ทำหัตถการ (Fereidouni, Morandini, & Kalyani, 2019) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง (Kardan, Zarei, BahramiTaghanaki, Vagharseyyedin, & Azdaki, 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายโดยเฉพาะอาการปวดหลังส่วนล่าง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบจำนวน 63 คน มีอาการปวดหลังส่วนล่างจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2 (Cao, Fung, Lai, & Chew, 2019) และในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 31 (Suksamai, Nipatsiripol, Daengsri, & Samai, 2011)

อาการปวดส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำให้การทำงานของหัวใจเพิ่มมากขึ้น จนอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (Boyette & Manna, 2022) ดังนั้นการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดจึงเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ การลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจมีทั้งการลดอาการปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา (Chaiyagad & Ruaisungnoen, 2021) การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (foot reflexology) เป็นศาสตร์การแพทย์ทางเลือกหนึ่งที่ช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ (Kardan et al., 2020) เป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำกับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม เป็นวิธีทางธรรมชาติ ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ใด ๆ และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อีกทั้งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการดูแลที่ใช้การสัมผัสด้วยมือ จึงช่วยเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลที่เป็นผู้นวดและผู้ป่วยที่เป็นผู้ถูกนวด (Kunz & Kunz, 2007) ทำให้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และ

จิตวิญญาณ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ และเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการนำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจต่อไป

อาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ

อาการปวดเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายหรือไม่น่าพึงพอใจ ซึ่งอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่ในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณหลังส่วนเอว (lumbar) (Cha & Sok, 2016) แบบเฉียบพลัน (acute pain) ในลักษณะปวดแสบ ปวดร้อน ปวดตื้อ ๆ และปวดล้า (Lundén, Bengtson, & Lundgren, 2006) เกิดจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในท่านอนหงายราบ และไม่เคลื่อนไหวขาข้างที่ทำหัตถการเป็นระยะเวลานาน ซึ่งส่งผลให้เกิดการกดทับของกล้ามเนื้อบริเวณหลัง การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหลังลดลง กล้ามเนื้อขาดกลูโคสและออกซิเจน ส่งผลให้เกิดอาการกล้ามเนื้อเกร็งและตึงเครียด จนทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเมื่อยล้า จนนำไปสู่การเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้น (Cha & Sok, 2016; Kardan et al., 2020)

อาการปวดหลังส่วนล่าง ยังสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ได้ว่า การกดทับบริเวณกล้ามเนื้อหลังเป็นการกระตุ้นสัญญาณใยประสาทขนาดเล็ก (small fiber) ไปยับยั้งเอสจีเซลล์ (SG cell) จนเกิดการนำกระแสประสาทไปยังทีเซลล์ (T cell) ส่งผลให้มีการนำกระแสประสาทอาการปวดไปยังสมอง และการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กจะทำให้มีการหลั่งสารพี (substance P) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปวดหลังส่วนล่างขึ้น (Chaiyagad & Ruaisungnoen, 2021) อีกทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบมักมีความวิตกกังวลจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ส่งสัญญาณไปยังต่อมใต้สมอง (pituitary grand) และต่อมหมวกไต (adrenal grand) กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น (Generaal et al., 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ 1) อายุ พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี มักมีความไวต่อการรับรู้อาการปวดมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี 2) เพศ พบว่าเพศหญิงมีการรายงานอาการปวดมากกว่าเพศชาย 3) ดัชนีมวลกายหรือน้ำหนักตัว โดยผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากจะส่งผลทำให้มีแรงกดทับกล้ามเนื้อหลังมากขึ้น 4) ประวัติอาการปวดหลัง พบว่าผู้ที่มีประวัติอาการปวดหลังมักมีอาการปวดหลังเมื่อถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 5) การเปลี่ยนท่านอน เป็นการเปลี่ยนอิริยาบถไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมเป็นระยะเวลานาน จะช่วยลดการกดทับของกล้ามเนื้อหลังได้ (Neishabory, Ashke-E-Torab, & Alavi-Majd, 2010) 6) ความวิตกกังวลและความเครียด จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น (Generaal et al., 2014) 7) การได้รับยาลดปวดหรือยาลดความวิตกกังวล (Ang, Leung, Lo, French, & Juergens, 2007) 8) ระยะเวลาการนอนพักบนเตียง พบว่าการลดระยะเวลานอนพักบนเตียงจะช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่าง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด (Fereidouni et al., 2019) 9) ระยะเวลาของการวางหมอนทราย และน้ำหนักของหมอนทราย (Fathi, Valiee, & Mahmoodi, 2017) และ 10) การหยุดเลือด พบว่าการหยุดเลือดด้วยอุปกรณ์ปิดหลอดเลือด (Angio seal Vascular Closure Device) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากกว่าการกดหยุดเลือดด้วยมือ (manual compression) (Wu, Dai, Kao, Chang, & Lou, 2015)

การลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจมีทั้งการลดอาการปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การใช้ยาเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยภายหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจจะขึ้นอยู่กับระดับของอาการปวดของผู้ป่วย และการลดอาการปวดให้มีประสิทธิภาพควรใช้การลดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกัน จะช่วยลดอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น และช่วยลดปริมาณการใช้ยาลดปวด โดยการลดอาการปวดด้วยการไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบการลดอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยการไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) การส่งเสริมการลุกจากเตียงโดยเร็ว 2) การเปลี่ยนท่านอน 3) การปรับระดับความสูงของหัวเตียง 4) การทำท่ากายบริหาร (Chaiyagad & Ruaisungnoen, 2021; Fereidouni et al., 2019) 5) การเปลี่ยนระยะเวลาวางหมอนทรายและน้ำหนักของหมอนทราย (Fathi et al., 2017) และ 6) การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (Kardan et al., 2020) โดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าสามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ลุกล้ำร่างกาย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และยังเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ซึ่งเป็นหนึ่งในศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ (Division of Complementary and Alternative Medicine, 2019)

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

การนวดกดจุดสะท้อนเป็นศาสตร์การแพทย์ทางเลือกหนึ่งที่ช่วยบรรเทาอาการป่วยหรือบำบัดโรคที่มีมายาวนานมากกว่า 5,000 ปี โดยในปี ค.ศ. 1913 นายแพทย์ วิลเลียม ฟิตซ์เจอราลด์ (Dr. William Fitzgerald) ได้ค้นพบว่าอวัยวะทุกส่วนในร่างกายมีพลังงานที่ทำหน้าที่เชื่อมอวัยวะทั้งหมดเข้าด้วยกันจนเกิดเป็นทฤษฎีโซน (Zone theory) ต่อมาในปี ค.ศ. 1930 อูนิช อิงก์แฮม (Eunice Ingham) ได้พัฒนาแผนภาพร่างกายตำแหน่งมือและเท้าที่สัมพันธ์กับอวัยวะต่าง ๆ และได้ศึกษาวิธีการนวดกดจุดสะท้อนจนได้รับการขนานนามว่าเป็นมารดาแห่งการนวดกดจุดสะท้อน (mother of reflexology) และได้มีการแพร่หลายการนวดกดจุดสะท้อนมาจนถึงปัจจุบัน โดยการนวดกดจุดสะท้อนมี 3 ตำแหน่ง ได้แก่ การนวดกดจุดสะท้อนมือ (hand reflexology) การนวดกดจุดสะท้อนหู (ear reflexology) และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (foot reflexology) (DCAM, 2019)

เท้าเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เป็นจุดศูนย์รวมของสุขภาพ ตามทฤษฎีการนวดเท้ามีความเชื่อว่าทุกส่วนของร่างกายมีความสัมพันธ์กับเท้า ซึ่งเท้ามีขอบเขตสัมพันธ์ที่สามารถเชื่อมโยงกับอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ที่เรียกว่า เขตสะท้อน (Reflex zone) โดยร่างกายมนุษย์สามารถแบ่งเขตสะท้อนออกเป็น 10 โซน ตามแนวยาวของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า แบ่งเป็นโซนข้างซ้าย 5 โซน และโซนข้างขวา 5 โซน (Kunz & Kunz, 2007) ฝ่าเท้าด้านซ้ายบอกถึงอวัยวะซีกซ้าย ได้แก่ หัวใจ ม้าม ไต กรวยไต ลำไส้เล็ก กระเพาะปัสสาวะ และฝ่าเท้าด้านขวาบอกถึงอวัยวะซีกขวา ได้แก่ ถุงน้ำดี ตับ ไส้ติ่ง (Srisupornkornkool et al., 2017) เมื่อมีการนวดตำแหน่งต่าง ๆ ของเท้า จะเกิดการกระตุ้นการทำงานของอวัยวะที่ตรงกับเขตสะท้อนนั้น ช่วยปรับการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้ทำงานได้ตามปกติ หรือบรรเทาอาการให้เบาบางลง (Kunz & Kunz, 2007)

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการอาศัยแรงกดจากนิ้วมือ ข้อนิ้วมือ หรือไม้กดจุด นวด คลึง ครูด กดลงบนจุดสะท้อนบริเวณเท้า ซึ่งจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีทั้งหมด 62 จุด มีตำแหน่งอยู่บริเวณใต้ฝ่าเท้า หลังเท้า ด้านข้างทั้งด้านในและด้านนอกของเท้า และนิ้วเท้า แต่ละจุดจะเชื่อมโยงไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทั้ง 62 อย่าง (Kunz & Kunz, 2007; DCAM, 2019) เมื่อกดนวดผิวหนังบริเวณเท้าจะเป็นการกระตุ้นตัวรับแรงกดใต้ผิวหนัง ให้ส่งสัญญาณไปตามเส้นประสาทรับความรู้สึก ไปยังระบบประสาทส่วนกลาง แล้วจึงส่งสัญญาณไปยังอวัยวะที่สะท้อนเพื่อให้มีผลต่ออวัยวะนั้น ๆ (Srisupornkornkool et al., 2021) ทำให้เกิดการปรับการทำงานของร่างกายจนเกิดภาวะสมดุล ให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดให้ดีขึ้น ขจัดของเสีย ช่วยเพิ่มการผ่อนคลาย และลดอาการปวดได้ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในปัจจุบันได้มีการนำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามาประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาในผู้ป่วยที่หลากหลาย อีกทั้งยังเป็นที่นิยมในการลดอาการปวดในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ดังการศึกษาของ อุไร ยอดแก้ว, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และ วิมลรัตน์ จงเจริญ (Yodkaew, Petpichetchian, & Chongchareon (2017) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าภายหลังการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้สึกปวด และระดับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาของ ศุภรดา มั่น-ยืน, วรวุฒิ แสงทอง, และ อรอนงค์ เพชรงาม (Munyeun, Saengthong, & Petngarm, 2020) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อคะแนนความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าสามารถลดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยลดอาการปวดได้ทั้งอาการปวดแบบเฉียบพลันและอาการปวดแบบเรื้อรัง

นอกจากจะช่วยลดอาการปวดแล้ว ยังพบว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าส่งผลเกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด กระตุ้นการไหลเวียนของน้ำเหลือง ปรับสมดุลของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ ปรับสมดุลระบบประสาทการเคลื่อนไหว เสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ และกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าก็มีข้อจำกัดและข้อห้ามในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งผิวหนัง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ผู้ป่วยเส้นเลือดดำ และทางเดินน้ำเหลืองอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยเชื้อราที่แพร่เชื้อ ผู้ที่มีความผิดปกติของเท้า และผู้ที่มีความเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ หรือผู้ที่ตั้งครรภ์ในระยะ 3 เดือนแรก ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าอาจก่อให้เกิดอันตราย และไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ (DCAM, 2019)

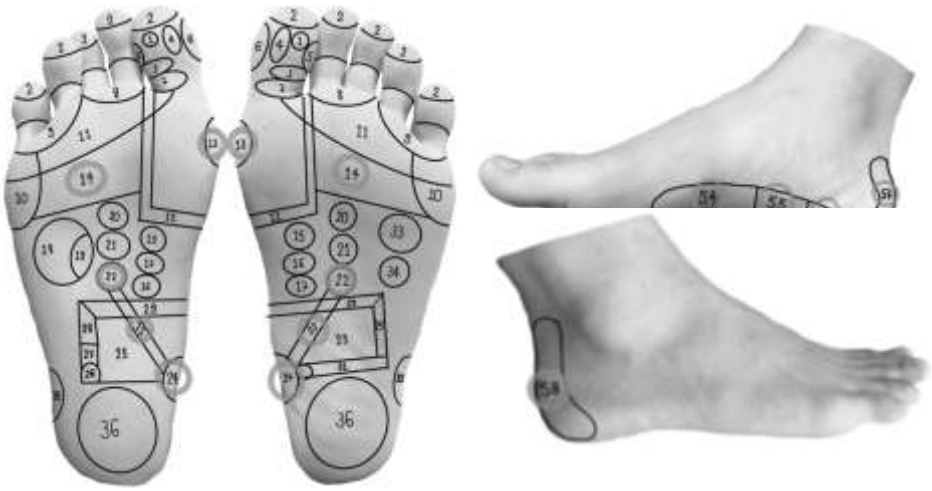
การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ากับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นหนึ่งในทางเลือกของการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ โดยอาการปวดหลังส่วนล่างเกิดจากการกดทับกล้ามเนื้อหลัง ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหลังลดลง จนเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้น การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดให้ดีขึ้น โดยกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ทำให้ลดการคั่งของกรดแลคติคบริเวณกล้ามเนื้อ (Unlu, Kirca, & Ozdogan, 2018) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และกล้ามเนื้อเกิดความผ่อนคลาย จึงทำให้อาการปวดหลังส่วนล่างลดลง (Kardan et al., 2020)

อีกทั้งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการยับยั้งกลไกการเกิดอาการปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู ด้วยการกระตุ้นสัญญาณใยประสาทขนาดใหญ่ (Large fiber) ไปยังเอสจีเซลล์ (SG cell) เพื่อยับยั้งกระแสประสาทที่จะกระตุ้นทีเซลล์ (T cell) ทำให้ไม่มีการนำกระแสประสาทอาการปวดไปยังสมอง และยังเป็นการกระตุ้นการทำงานของต่อมพิทูอิทารี (Pituitary grand) สมองส่วนลิมบิก (Limbic) ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และทาลามัส (Thalamus) ช่วยเพิ่มการหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน ได้แก่ เอนเคฟาลิน (Enkephalin) เอนดอร์ฟิน (Endorphin) และไดนอร์ฟิน (Dynorphin) ซึ่งจะไปจับกับสารพีที่ระดับไขสันหลัง ยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่มีการส่งสัญญาณอาการปวดประสาทไปยังสมอง (Stephenson & Dalton, 2003)

จุดสะท้อนฝ่าเท้ามีทั้งหมด 62 จุด เมื่อกดจุดสะท้อนตำแหน่งใดบนเท้า จะเกิดการสะท้อนไปกระตุ้นยังอวัยวะนั้น ๆ โดยตรง โดยตำแหน่งจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่เชื่อมโยงกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ เขตสะท้อนกระดูกสันหลังทรวงอก (Thoracic Vertebrae) ตรงกับหมายเลข 54 เขตสะท้อนกระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumber Vertebrae) ตรงกับหมายเลข 55 เขตสะท้อนกระดูกบั้นเอวและก้นกบ (Tuillone Sacrum)

ตรงกับหมายเลข 56 เขตสะท้อนกระดูกก้นกบด้านใน (Medial coccyx) ตรงกับหมายเลข 57 เขตสะท้อนกระดูกก้นกบด้านนอก (Lateral coccyx) ตรงกับหมายเลข 58 (DCAM, 2019; Kardan et al., 2020) (ดังรูปที่ 1) ซึ่งเป็นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบการเคลื่อนไหว การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าตำแหน่งดังกล่าวจะช่วยเพิ่มอัตราการไหลเวียนของเลือด ช่วยปรับสมดุล และฟื้นฟูการทำงานของกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อหลังให้ปกติ นอกจากนั้นยังมีตำแหน่งจุดสะท้อนฝ่าเท้าอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ เขตสะท้อนไต (Kidneys) ตรงกับหมายเลข 22 เขตสะท้อนท่อไต (Ureters) ตรงกับหมายเลข 23 เขตสะท้อนกระเพาะปัสสาวะ (Bladder) ตรงกับหมายเลข 24 (Zha, 2020) ซึ่งเป็นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะ ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการกรองน้ำปัสสาวะ ช่วยขับสารพิษ และขจัดของเสียออกจากร่างกาย เขตสะท้อนปอด (Lungs) ตรงกับหมายเลข 14 เขตสะท้อนต่อมพาราไทรอยด์ (Parathyroid grand) ตรงกับหมายเลข 13 (Zha, 2020) ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อมีความผ่อนคลาย และเขตสะท้อนกลุ่มประสาทช่องท้อง (Solar plexus) ตรงกับหมายเลข 20 (Kardan et al., 2020) ส่งผลทำให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้ลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ส่งผลให้การรับรู้อาการปวดลดลง



รูปที่ 1 ภาพตำแหน่งจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่เชื่อมโยงกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นวิธีที่ไม่ได้ลุกล้ำร่างกายผู้ป่วย ซึ่งไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดภายหลังการถอดท่อนำสายสวน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจะส่งผลเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดมากขึ้น (Kardan et al., 2020) แสดงให้เห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีความเหมาะสมในการนำมาลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ

บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

พยาบาลมีบทบาทที่เป็นอิสระในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้เจ็บป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยฟื้นฟู และสร้างเสริมภาวะสุขภาพ การจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นหนึ่งในบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากอาการปวด โดยบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการจัดการกับการอาการปวด ประกอบไปด้วย การประเมินอาการปวด และการจัดการกับอาการปวด ในที่นี้จะกล่าวถึงการจัดการ

อาการปวดหลังส่วนล่างด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยบทบาทของพยาบาลในการจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ การประเมินอาการปวดเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการค้นหาอาการปวดของผู้ป่วย โดยการประเมินอาการปวดอย่างถูกต้องจะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความรู้สึกจริงของผู้ป่วย นำไปสู่การลดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเครื่องมือในการประเมินอาการปวดเป็นอีกหนึ่งสิ่งสำคัญในการช่วยประเมินอาการปวดของผู้ป่วย ซึ่งการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินอาการปวดที่เหมาะสม จะสามารถบอกถึงอาการปวดของผู้ป่วยได้ตามความเป็นจริง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการนำเครื่องมือในการประเมินอาการปวดมาใช้ในการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยภายหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) และ McGill pain questionnaire (MPQ) เป็นต้น (Fereidouni et al., 2019)

การประเมินอาการปวดผู้ป่วยควรได้รับการประเมินร่วมกับสัญญาณชีพทุกครั้ง ในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจจะได้รับการประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ (Nakrai et al., 2016) ดังนั้นในการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

2. การจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ถึงแม้การใช้ยาลดอาการปวดจะเป็นหลักสำคัญในการช่วยลดหรือบรรเทาอาการปวด แต่การลดอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพควรใช้การจัดการกับอาการปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา จะช่วยลดและบรรเทาอาการปวดได้ดี อีกทั้งยังช่วยลดการใช้ยาลดอาการปวด ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพดี และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นศาสตร์ที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะด้าน เป็นการนวดที่มีความแตกต่างจากการนวดรูปแบบอื่น ๆ ผู้นวดจะต้องรู้เทคนิคของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า น้ำหนักในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และตำแหน่งจุดสะท้อนฝ่าเท้ากับอวัยวะต่าง ๆ อย่างแม่นยำ (DCAM, 2019) หากพยาบาลมีการนำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องผ่านการฝึกอบรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และได้รับการฝึกฝนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจนเป็นที่ชำนาญ จึงจะสามารถนำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าไปใช้เพื่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยผู้ป่วยควรได้รับการประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ลักษณะของเท้า หรือความผิดปกติของเท้า และสอบถามประวัติการเจ็บป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีข้อควรระวังในการนวด ได้แก่ 1) ไม่นวดในผู้ป่วยที่มีไข้สูง มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือหอบหืด 2) ไม่นวดหลังรับประทานอาหารทันที เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกไม่สบายท้อง หรืออาจก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน 3) ไม่นวดในผู้ป่วยที่มีแผลเปิดที่เท้า มีกระดูกเท้าหัก ข้อเคลื่อน หรือเลือดออกบริเวณเท้า 4) ไม่นวดในผู้หญิงที่อยู่ระหว่างการมีประจำเดือน หรือตั้งครรภ์ในช่วง 3 เดือนแรก (DCAM, 2019)

2.2 การเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบจะได้รับการดูแลในท่านอนหงายราบ และไม่เคลื่อนไหวขาข้างที่ทำหัตถการ ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าผู้ป่วยสามารถอยู่ในท่านอนหงายราบได้ และจัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทสะดวก อบอุ่น สว่าง เงียบสงบ (Marquardt, 2016) หลังจากนั้นดูแลทำความสะอาดเท้าของผู้ป่วยทั้งสองข้าง

การนวดจะเริ่มนวดจากเท้าข้างซ้ายก่อน เนื่องจากอยู่ข้างเดียวกับหัวใจ และเท้าข้างขวาจะใช้ผ้าห่อเท้าเพื่อคงอุณหภูมิของเท้าไว้ จะทำให้การไหลเวียนของเลือดได้ดี (Zha, 2020)

2.3 การนวดเท้าเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ประกอบไปด้วยขั้นตอนการกระตุ้นเท้า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Thai Traditional Medicine Development Foundation, 2005) การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจะใช้นิ้วมือ ข้อนิ้วมือ หรือไม้กดจุด กดบริเวณจุดสะท้อนตำแหน่งอวัยวะต่าง ๆ ใช้ครีมนวดเท้าเพื่อเพิ่มการหล่อลื่นในการสัมผัส และน้ำหนักของการกดจะเริ่มจากเบาแล้วเพิ่มแรงขึ้นทีละน้อยไปหาหนัก เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความอดทนต่ออาการเจ็บปวดที่แตกต่างกัน (Zha, 2020) พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการแบ่งโซนเท้า ซึ่งจะทำให้รู้ตำแหน่งจุดสะท้อนอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าตามตำแหน่งจุดสะท้อนที่ถูกต้อง ก็จะส่งผลสะท้อนไปยังอวัยวะนั้น ๆ (DCAM, 2019) และการนวดตามลำดับจะช่วยให้ผลของการนวดมีประสิทธิภาพที่ดี การนวดเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างจะเริ่มจากการนวดตำแหน่งเขตสะท้อนไต เขตสะท้อนท่อไต เขตสะท้อนกระเพาะปัสสาวะ และเขตสะท้อนปอด จะเป็นการส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบทางเดินหายใจ ให้สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ แล้วนวดตำแหน่งที่ส่งผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ เขตสะท้อนกระดูกสันหลังทรวงอก เขตสะท้อนกระดูกสันหลังส่วนเอว เขตสะท้อนกระดูกบั้นเอวและก้นกบ เขตสะท้อนกระดูกก้นกบด้านใน เขตสะท้อนกระดูกก้นกบด้านนอก เขตสะท้อนต่อมพาราไทรอยด์ และเขตสะท้อนกลุ่มประสาทช่องท้อง หลังจากนั้นนวดตำแหน่งเขตสะท้อนไต เขตสะท้อนท่อไต เขตสะท้อนกระเพาะปัสสาวะ และเขตสะท้อนปอดอีกครั้ง (Zha, 2020)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีความแตกต่างกัน ดังการศึกษาของ คันเดเมียร์, อับดุลลาเยฟ, อะเค, อุกรัส, และ กานัน (Kandemir, Abdullayev, Ak, Uğraş, & Kanan, 2022) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นเวลา 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ การ์ดาน และคณะ (Kardan et al., 2020) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการปวดหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นเวลา 16 นาที 1 ครั้ง มีความรุนแรงของอาการปวดหลังน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการศึกษาดังกล่าวเห็นได้ว่าถึงแม้การใช้ระยะเวลาในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่มีความแตกต่างกัน แต่ก็สามารถช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้เช่นกัน

2.4 ดูแลทำความสะอาดเท้าทั้งสองข้างภายหลังการนวดด้วยการใช้ผ้าเช็ดเท้า ไม่ควรใช้น้ำเย็นในการทำความสะอาดเท้า เพื่อคงการไหลเวียนของเลือดให้ดี และดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเพื่อส่งเสริมการขับของเสียออกจากร่างกาย โดยในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัด ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นปริมาณ 250 ถึง 500 มิลลิลิตร และในผู้ป่วยโรคหัวใจ และโรคไต ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นปริมาณ 150 มิลลิลิตร (Zha, 2020)

นอกจากการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างและการจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างแล้ว การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดบริเวณตำแหน่งที่ทำหัตถการ เป็นอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้จากการศึกษาที่ผ่านมาการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจจะไม่ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด เช่น ภาวะเลือดออก และภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณทำหัตถการเพิ่มมากขึ้น (Kardan et al., 2020) แต่การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดบริเวณตำแหน่งที่ทำหัตถการได้ พยาบาลจึงควรมีการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดก่อน ระหว่าง และหลังการนวดกดจุด

สะท้อนฝ่าเท้า เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

บทสรุป

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นความไม่สุขสบายในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานาน การจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างถูกต้อง และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปกล้ามเนื้อบริเวณหลัง ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหลังลดลง กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำต่อผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสมในการบำบัดอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยภายหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ และสามารถนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ควรนำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนลิ้นหัวใจเออร์ติกแบบไม่ต้องผ่าตัด (Trans Catheter Aortic Valve Implantation) การใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker implantation) การรักษาด้วยไฟฟ้าความถี่สูงผ่านสายสวน (Radio-frequency Catheter Ablation) และในผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง และหากพยาบาลนำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าไปใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาล ควรผ่านการฝึกอบรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และได้รับการฝึกฝนจนเป็นที่ชำนาญ

References

Ang, C. K., Leung, D. Y. C., Lo, S., French, J. K., & Juergens, C. P. (2007). Effect of local anesthesia and intravenous sedation on pain perception and vasovagal reactions during femoral arterial sheath removal after percutaneous coronary intervention. *International Journal of Cardiology, 116*(3), 321-326.

Boyette, L. C., & Manna, B. (2022). *Physiology, myocardial oxygen demand*. Treasure Island, FL: StatPearls.

Brown, J. C., Gerhardt, T. E., & Kwon, E. (2023). *Risk factors for coronary artery disease*. Treasure Island, FL: StatPearls. Retrieved from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/

Cao, X., Fung, S. Y., Lai, Y. Y., & Chew, H. S. J. (2019). Difference of radial access and femoral access on patient outcomes in diagnostic cardiac catheterization: A quasi-experimental study. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, *12*(3), 73-81.

Cha, N. H., & Sok, S. (2016). Effects of position change on lumbar pain and discomfort of Korean patients after invasive percutaneous coronary intervention: A RCT study. *Journal of Physical Therapy Science, 28*(10), 2742-2747.

Chaiyagad, C., & Ruaisungnoen, W. (2021). Back pain management for patients underwent transfemoral coronary angiography: Nurse's role. *Srinagarind Medical Journal, 36*(1), 111-118. (in Thai)

Changal, K., Syed, M. A., Atari, E., Nazir, S., Saleem, S., Gul, S., ... Eltahawy, E. (2021). Transradial versus transfemoral access for cardiac catheterization: A nationwide pilot study of training preferences and expertise in The United States. *BMC Cardiovascular Disorders*, *21*(1), 250. doi: 10.1186/s12872-021-02068-5

Division of Complementary and Alternative Medicine. (2019). *Foot reflexology*. Bangkok: We Indy Design. (in Thai)

Fathi, M., Valiee, S., & Mahmoodi, P. (2017). Effect of changing the duration of keeping sandbag over catheter insertion site on the coronary angiography acute complications: A controlled clinical trial. *Journal of Vascular Nursing*, *35*(4), 193-200.

Fereidouni, Z., Morandini, M. K., & Kalyani, M. N. (2019). The efficacy of interventions for back pain in patients after transfemoral coronary angiography: A rapid systematic review. *Journal of Vascular Nursing, 37*(1), 52-57.

Generaal, E., Vogelzangs, N., Macfarlane, G. J., Geenen, R., Smit, J. H., Penninx, B. W., & Dekker, J. (2014). Reduced hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in chronic multi-site musculoskeletal pain: Partly masked by depressive and anxiety disorders. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *15*(1), 1-11.

Kandemir, D., Abdullayev, A., Ak, E. S., Uğraş, G. A., & Kanan, N. (2022). The effect of reflexology on low back pain in operating room nurses. *Holistic Nursing Practice*, *36*(2), 112-118. doi: 10.1097/HNP.0000000000000428

Kardan, M., Zarei, B., BahramiTaghanaki, H., Vagharseyyedin, S. A., & Azdaki, N. (2020). The effects of foot reflexology on back pain after coronary angiography: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 38*, 101068. doi: 10.1016/j.ctcp.2019.101068

Kunz, B. K., & Kunz, K., M. (2007). *Complete reflexology for life*. London: Dorling Kinders.

Lawanna, V., & Prachusilpa, G. (2017). A study of professional nurse's roles in the cardiac catheterization laboratory unit. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18*(2), 94–102. (in Thai)

Lundén, M. H., Bengtson, A., & Lundgren, S. M. (2006). Hours during and after coronary intervention and angiography. *Clinical Nursing Research, 15*(4), 274-289.

Marquardt, H. (2016). *Reflexotherapy of the Feet* (2nd ed.). New York: Thieme.

Munyeun, S., Saengthong, W., & Petngarm, O. (2020). The effect of foot reflexology on pain score and satisfaction among post-operative patients with appendectomy. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 7*(3), 86-98. (in Thai)

Nakrai, N., Leewanun, P., & Saengsri, W. (2016). Nursing care for patients under trans radial coronary angiography. *Siriraj Medical Bulletin, 9*(3), 168-174. (in Thai)

Neishabory, M., Ashke-E-Torab, T., & Alavi-Majd, H. (2010). Factors affecting back pain among patients after cardiac catheterization. *Iran Journal of Nursing*, *23*(63), 60-68.

Powell, A. C., Lugo, C. T., Long, J. W., Simmons, J. D., & DeFrance, A. (2021). Characterizing cardiac catheterization utilization in a US population with commercial or medicare advantage health plans. *American Health & Drug Benefits*, *14*(3), 91-100.

Srisupornkornkool, K., Kaewlak, T., Kaewmahanil, W., Somthavil, S., Boonyarom, O., & Jittiporn, K. (2021). Pressure differences during foot reflexology affect blood flow to brain and kidneys. *Chulalongkorn Medical Journal, 65*(2), 111-119.

Srisupornkornkool, K., Punyapuck, J., Inprang, T., Nakdee, K., Boonyarom, O., & Somthavil, S. (2017). Effect of foot reflexology on brain corresponding areas during simple reaction time in healthy adults. *Chulalongkorn Medical Journal, 61*(3), 401-11.

Stephenson, N. L., & Dalton, J. A. (2003). Using reflexology for pain management: A review. *Journal of Holistic Nursing*, *21*(2), 179-191.

Suksamai, J., Nipatsiripol, Y., Daengsri, T., & Samai, T. (2011). A clinical practice nursing guideline on reducing back pain in patient after PCI in Siriraj Hospital. *Siriraj Nursing Journal, 4*(1), 56-64. (in Thai)

Thai Traditional Medicine Development Foundation. (2005). *Foot massage for health a practice manual.* Bangkok: Samchareon Phanich.

Unlu, A., Kirca, O., & Ozdogan, M. (2018). Reflexology and cancer. *Journal of Oncological Sciences*, *4*(2), 96-101.

Wu, P.-J., Dai, Y.-T., Kao, H.-L., Chang, C.-H., & Lou, M.-F. (2015). Access site complications following transfemoral coronary procedures: Comparison between traditional compression and angioseal vascular closure devices for haemostasis. *BMC Cardiovascular Disorders*, *15*(1), 34. doi: 10.1186/s12872-015-0022-4

Yodkaew, U., Petpichetchian, W., & Chongchareon, W. (2017). Reflexology and its impact on cancer patients' perception of pain and suffering from the perception of pain. *Thai Journal of Nursing Council, 31*(4), 5-19. (in Thai)

Zha, W. (2020). *Foot reflexology & acupressure: A natural way to health through traditional Chinese Medicine*. New York: Better Link Press.

Perceived Insufficient Milk Supply in Postpartum Mothers: A Nurse's Challenge

การรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอในมารดาหลังคลอด: ความท้าทายของพยาบาล

นพรัตน์ ธาระณะ* Nopparat Tharana*

Abstract

Perceived insufficient milk supply (PIMS) in postpartum mothers is one of the major reasons for discontinuing breastfeeding and bottle-feeding their infants. Breast milk is globally recognized as the best food for infants, and breastfeeding is very beneficial for mothers. Therefore, it is very important to take care of postpartum mothers who perceive insufficient milk supply in order that they clearly understand and continue breastfeeding.

This article aims to provide information and techniques to nurse-midwives to be applied with postpartum mothers who perceive insufficient milk supply in order to help them gain understanding and to continue with their breastfeeding. This article presented the following main issues: meaning and factors related to perceived insufficient milk supply in postpartum mothers, breast milk production and lactation, assessment of milk supply, signs of poor feeding in a newborn, and care for postpartum mothers who perceive insufficient milk supply.

To successfully support and promote breastfeeding, nurse-midwives are required to clearly understand milk production and lactation and to be able to train mothers to precisely evaluate milk supply in order to fulfill infants' needs.

Keywords: Perceived insufficient milk supply; Promoting and supporting breastfeeding; Postpartum mothers

* Corresponding author, Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University; e-mail: nopparattharana229900@gmail.com

Received 2 November 2022; Revised 24 April 2023; Accepted 10 May 2023

บทคัดย่อ

การรับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอในมารดาหลังคลอด เป็นเหตุผลหลักอย่างหนึ่งที่ทำให้มารดาหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้ทารกได้รับนมผสมทดแทน น้ำนมแม่เป็นที่ยอมรับทั่วโลกแล้วว่าเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก และมีประโยชน์สำหรับมารดา ดังนั้นการดูแลมารดาที่รับรู้ว่ามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอจึงมีความสำคัญมาก เพราะช่วยให้มารดามีความเข้าใจอย่างถูกต้อง และให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ให้ข้อมูลและเทคนิคแก่พยาบาลผดุงครรภ์ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในมารดาหลังคลอดที่มีรับรู้ว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ เพื่อช่วยให้มีความเข้าใจและสามารถให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยเนื้อหาในบทความประกอบด้วย ความหมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอในมารดาหลังคลอด กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม การประเมินปริมาณน้ำนม อาการแสดงของทารกที่ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ และการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาการรับรู้น้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดา

เพื่อให้ประสบผลสำเร็จในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีความเข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่องการสร้างและการหลั่งน้ำนม และสามารถฝึกให้มารดาหลังคลอดประเมินปริมาณน้ำนมได้อย่างเที่ยงตรงว่ามีเพียงพอตามความต้องการของทารก

คำสำคัญ: การรับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอด

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
e-mail: nopparattharana229900@gmail.com

วันที่รับบทความ 2 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 24 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 10 พฤษภาคม 2566

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ทั้งต่อมารดาและทารก และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าน้ำนมแม่คืออาหารที่จำเป็นของทารก เพราะนมแม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกายและสมองของทารก อีกทั้งยังลดการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ (Perry et al., 2023) อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่บรรลุผลตามเป้าหมาย และอาจจะไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ ให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน อัตราร้อยละ 50 ในปี 2025 (WHO, 2014) เนื่องจากพบทารกทั่วโลกที่อายุต่ำกว่า 6 เดือน ได้รับนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 44 (UNICEF, 2021) และจากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 ทารกอายุ 0 - 5 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียวมีร้อยละ 14 (National Statistical Office [NSO] & United Nations Children's Fund [UNICEF], 2019) ซึ่งปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาได้ส่งผลกระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่องหรือหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากสาเหตุ ได้แก่ มารดากลับไปทำงานหลังลาคลอด การไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ และการที่มารดารับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ (De Roza et al., 2019) ซึ่งการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดาเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้มารดาตัดสินใจหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้นมผสมทดแทนแก่ทารก มากถึงร้อยละ 50 (Huang, Liu, Yu, & Zeng, 2022) ทำให้ทารกไม่ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและมีประโยชน์ในน้ำนมแม่ จนอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทารก เช่น ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนเนื่องจากได้รับนมผสม มีโอกาสเจ็บป่วยและติดเชื้อง่าย เป็นต้น (Hatfield & Kincheloe, 2022; Tharana, 2020) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อมารดาคือ ทำให้มารดารับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำ (breastfeeding self - efficacy) ขาดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Wang, Liu, Guo, & Jiang, 2021) จนท้ายที่สุดจะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Kent et al., 2021)

พยาบาลผดุงครรภ์มีหน้าที่โดยตรงในการช่วยเหลือมารดาเพื่อแก้ไขปัญหานี้ รวมทั้งช่วยปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนประสบผลสำเร็จ ซึ่งการให้คำแนะนำของพยาบาลผดุงครรภ์ จะเป็นแหล่งความรู้เบื้องต้นของมารดาที่รับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เสนอความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดา กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม การประเมินปริมาณน้ำนม อาการแสดงของทารกที่ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ และการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดา ซึ่งแนวทางการดูแลมารดาที่รับรู้ว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การสนับสนุนการให้นมแม่ การให้ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา (Flagg & Pillitteri, 2018)

ความหมายการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ

การรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ หมายถึง การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับปริมาณน้ำนมแม่ที่มีไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก (Wood, Odom-Maryon, & Smart, 2021) ซึ่งมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง แบ่งเป็นปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยด้านการหลั่งน้ำนม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยด้านมารดา (maternal factors) ได้แก่

1. เต้านมอ่อนนุ่ม (soft breasts) เนื่องจากยังไม่มีการสร้างน้ำนมในระยะ 1 - 2 วันหลังคลอด ร่วมกับมารดาเห็นน้ำนมไหลปริมาณน้อย จึงรับรู้ว่าน้ำนมมีปริมาณไม่เพียงพอ (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2018)

2. มารดาวิตกกังวล และขาดความมั่นใจในบทบาทมารดา (maternal anxiety and lack of confidence in parenting) มารดาที่ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก จะขาดทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้ไม่มีความมั่นใจในบทบาทการเป็นมารดา จึงเกิดความวิตกกังวล (Mohebati et al., 2021)

โดยเฉพาะเวลาทารกร้องไห้ เมื่อนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูดนม แต่ทารกไม่ยอมดูด และยังคงร้องไห้ เหตุการณ์ดังกล่าวยิ่งส่งเสริมให้มารดารับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ ประกอบกับมารดามองไม่เห็นปริมาณน้ำนมแม่ที่ทารกได้รับ ต่างจากมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมซึ่งมองเห็นปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับในแต่ละมื้อ (Leifer & Little, 2023)

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา (maternal perceptions of breastfeeding self - efficacy) เป็นความเชื่อมั่นของมารดาว่าตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ทั้งนี้มารดาจะได้รับข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เช่น เคยมีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของบุคคลอื่น เช่น เคยเห็นบุคคลอื่นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) การชักจูงด้วยคำพูด เช่น การพูดชักจูงจากบุคคลใกล้ชิดให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า เครียดและวิตกกังวล ส่งผลต่อความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Dennis, 2003 as cited in De Roza et al., 2019) มีการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ อาจกล่าวได้ว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง จะรับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมเพียงพอ ซึ่งการศึกษานี้สรุปว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นตัวกำหนดสำคัญของการรับรู้ปริมาณน้ำนมโดยมารดา (Menekse, Tiryaki, Karakaya Suzan, & Cinar, 2021)

4. การขาดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (lack of breastfeeding knowledge) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดา (Huang et al., 2022) ความรู้ที่จำเป็นต่อการรับรู้ปริมาณน้ำนม ได้แก่ การสร้างและหลั่งน้ำนม ระยะเวลาน้ำนมเริ่มไหล ชนิดของน้ำนม ลักษณะอาการแสดงของทารกที่ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ ลักษณะบ่งชี้ว่าน้ำนมไหลสู่ปากของทารก และอาการแสดงว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับความรู้ในหัวข้อทั้งหมด จะส่งผลดีต่อการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ของมารดา เพราะหากมารดาไม่มีความรู้ มีโอกาสสูงที่ทำให้มารดารับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ หรือรับรู้ปริมาณของน้ำนมแม่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง (Simpson, Creehan, O'Brien-abel, Roth, & Rohan, 2021)

5. การประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (lactation problems) ได้แก่ มารดาเจ็บหัวนม หัวนมแตก หัวนมบุ๋ม ทารกนอนหลับตลอดเวลา ไม่ยอมดูดนม การจัดท่าในการให้นม และการที่ทารกดูดนมไม่ถูกต้อง (Mohebati et al., 2021) ซึ่งปัญหาทั้งหมดล้วนส่งผลให้ทารกดูดนมแม่ไม่บ่อย โดยพบปัญหาเหล่านี้มากในระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังคลอด ทำให้มารดาคิดว่าทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ เนื่องจากมีปริมาณน้ำนมไหลน้อย

6. ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding experience) มีผลต่อการตัดสินของมารดาว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมแม่เพียงพอหรือไม่ ซึ่งประสบการณ์การให้นมแม่ ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ที่ได้จากการสอนโดยทีมสุขภาพ หรือประสบการณ์เลี้ยงดูทารกที่ผ่านมา มีส่วนให้มารดามั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ถูกต้องตามความเป็นจริง สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า มารดาที่รับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอมักเป็นมารดาที่คลอดบุตรคนแรก และไม่มีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Wood et al., 2021)

ปัจจัยด้านทารก (infant factors)

1. ทารกร้องไห้มาก (infant crying) การร้องไห้ของทารกอายุน้อยกว่า 4 สัปดาห์ มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดา (Mohebati et al., 2021; Wood et al., 2021) เพราะมารดาส่วนใหญ่จะคิดว่า การที่ทารกร้องไห้แสดงว่าได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ แต่ในความเป็นจริง การร้องไห้ของทารกอาจเป็นสัญญาณแสดงความไม่สุขสบาย หรือความเจ็บป่วย นอกเหนือจากความหิว เนื่องจากมารดาสังเกตว่าหลังทารกดูด

นมแม่ ยังคงร้องไห้อยู่ ประกอบกับมารดาประเมินไม่ได้ว่า ทารกได้น้ำนมแม่มากหรือน้อย จึงคิดว่าสาเหตุที่ทารกร้องไห้มาจากทารกได้รับน้ำนมแม่ไม่พอ และรับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก

2. ความพึงพอใจของทารก (infant satisfaction) มารดาที่รับรู้ว่าปริมาณน้ำนมของตนเองไม่เพียงพอ เนื่องจากสังเกตพฤติกรรมของทารก ได้แก่ ร้องกวนหลังดูดนม และร้องไห้บ่อย เมื่อมารดาป้อนนมผสมแก่ทารก ทารกแสดงอาการพึงพอใจ นอนหลับนานมากขึ้น ไม่ร้องไห้งอแง เพราะนมผสมย่อยยากกว่านมแม่ ทำให้ทารกอิ่มนาน ทารกจึงไม่ร้องกวน และนอนหลับนาน สิ่งเหล่านี้ยิ่งส่งเสริมให้มารดารับรู้ว่าปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ

3. ทารกดูดนมลำบาก (latching difficulty) หากมารดาประเมินว่าทารกดูดนมแม่ลำบาก จะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดา (Wood et al., 2021) เพราะทารกดูดนมไม่นาน ทารกร้องไห้ มารดาจึงคิดว่าทารกกินนมไม่อิ่ม จึงตัดสินว่าปริมาณน้ำนมแม่ของตนเองไม่เพียงพอ

ปัจจัยด้านการหลั่งน้ำนม (lactation factors)

1. ระยะเวลาเริ่มดูดนมครั้งแรกของทารก (breastfeeding initiation) มารดาที่ให้ทารกดูดนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จะรับรู้บทบาทของการเป็นมารดา (Siri, Sofia, Agnes, & Wibke, 2022) มารดาที่รับรู้ว่าปริมาณน้ำนมแม่มาก มักจะเป็นมารดามีการรับรู้ประสบการณ์ด้านบวกเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูดนมของทารก และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง (Sandhi, Lee, Chipojola, Huda, & Kuo, 2020) เนื่องจากขณะทารกคืบคลานบนหน้าอกของมารดาเพื่อดูดนม ทารกได้รับการสัมผัส ได้กลิ่น และได้รับความรักและความอบอุ่นจากมารดา จึงสร้างและพัฒนาความผูกพันกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้มารดารับรู้บทบาทการเป็นมารดา และรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่มาก อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่าระยะเวลาเริ่มดูดนมครั้งแรกของทารกไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดา อาจเนื่องจากมารดาได้รับข้อมูลจากพยาบาลผดุงครรภ์ว่าตนมีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก (Ansook, Kantaruksa, & Chaloumsuk, 2020)

2. ภาวะน้ำนมไหลช้า (delayed onset of lactation: DOL) ในภาวะปกติ น้ำนมแม่จะเริ่มไหลครั้งแรกใช้เวลานานกว่า 72 ชั่วโมงหลังคลอด (Pérez-Escamilla, Buccini, Segura-Pérez, & Piwoz, 2019) การที่น้ำนมไหลช้ามีสาเหตุหลายประการ เช่น ทารกดูดนมไม่บ่อย ระยะเวลาคลอดยาวนาน คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอด เป็นต้น ส่งผลทำให้มารดาเกิดความเครียด (Emily et al., 2022) ซึ่งภาวะน้ำนมไหลช้า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มารดารับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ

3. ความถี่ในการนำทารกเข้าเต้าดูดนม (breastfeeding frequency) ปกติทารกจะดูดนมแม่ประมาณวันละ 8 – 12 ครั้ง (Leifer & Little, 2023) มารดาที่กังวลเกี่ยวกับความถี่ในการดูดนมของทารก จะรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่พอกับความต้องการของทารก เพราะคิดว่าทารกที่ดูดนมไม่บ่อย จะได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ จนตัดสินว่ามาจากตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่พอ จึงทำให้ทารกไม่ค่อยดูดนม (Wood et al., 2021)

4. การให้นมผสมแก่ทารกขณะอยู่โรงพยาบาล (provide formula supplementation) การที่มารดารับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ มีผลให้ทารกได้รับทั้งนมแม่และนมผสมขณะอยู่โรงพยาบาล (Wood et al., 2021) เพราะมารดามักร้องขอนมผสม เนื่องจากกังวลว่าทารกได้รับนมแม่ไม่พอ เมื่อทารกได้รับนมผสมซึ่งย่อยยาก ทำให้อิ่มนานไม่ตื่นมาดูดนมแม่ ยิ่งส่งเสริมให้มารดารับรู้ว่าปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอมากขึ้น

ทั้งสามปัจจัยที่กล่าวมา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว เพื่อจะได้ใช้ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและนำมาแก้ไข โดยการปรับการรับรู้ของมารดาให้ตรงตามความเป็นจริง ลดโอกาสของการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ โดยการให้ความรู้มารดา ที่เน้นเรื่องกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม เพื่อให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม (breast milk production and lactation)

กระบวนการสร้างน้ำนมถูกควบคุมจากฮอร์โมนในร่างกาย เมื่อทารกดูดนมแม่ ต่อมพิทูอิทารีจะหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) และฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) โดยฮอร์โมนโปรแลคตินจะกระตุ้นต่อมน้ำนม (alveoli) ให้สร้างน้ำนม และฮอร์โมนออกซิโตซินจะทำให้เซลล์กล้ามเนื้อรอบต่อมน้ำนมหดรัดตัวเพื่อขับน้ำนมออกมาทางหัวนม (nipples) (Hatfield & Kincheloe, 2022)

การสร้างน้ำนมระยะหลังคลอด เริ่มขึ้นทันทีหลังรกคลอด เป็นผลจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดลง แต่ฮอร์โมนโปรแลคตินยังคงมีปริมาณสูงในกระแสเลือด จึงกระตุ้นให้เกิดกระบวนการสร้างน้ำนมต่อเนื่อง (Lawrence & Lawrence, 2022) หากมารดาไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฮอร์โมนโปรแลคตินจะลดต่ำลงจนถึงระดับปกติภายใน 2 – 3 สัปดาห์ เมื่อน้ำนมเริ่มมา เต้านมจะเริ่มตึง (Ricci, 2021)

กระบวนการสร้างน้ำนม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การสร้างน้ำนมระยะแรก (lactogenesis I) เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 16 – 17 สัปดาห์ (Perry et al., 2023) 2) การสร้างน้ำนมระยะที่ 2 (lactogenesis II) เริ่มหลังคลอด 2 - 3 วันหลังคลอด จนกระทั่งประมาณวันที่ 10 หลังคลอด โดยกระบวนการสร้างน้ำนมระยะนี้ไม่ขึ้นต่อการดูดของทารก เพราะกลไกการสร้างน้ำนมในระยะที่ 1 และ 2 จะถูกควบคุมด้วยระบบฮอร์โมน และ 3) การสร้างน้ำนมระยะที่ 3 (lactogenesis III) เริ่มวันที่ 10 หลังคลอดไปจนกระทั่งหย่านม (Lawrence & Lawrence, 2022) ระยะนี้การสร้างน้ำนมขึ้นอยู่กับการกระตุ้นดูดจากทารก หรือการบีบน้ำนมออกจากเต้านม (Perry et al., 2023) เพราะถ้ามีการดูดนมออกจากเต้า สารโปรตีนที่มีอยู่ในน้ำนม เรียกว่า feedback inhibitor of lactation (FIL) ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งกระบวนการสร้างน้ำนม จะลดลง ส่งผลให้มีการสร้างน้ำนมออกมาเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นกลไกอัตโนมัติในการสร้างน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2022) หากมารดาหลังคลอดไม่มีความผิดปกติของระบบฮอร์โมน การสร้างน้ำนมจะเพียงพอต่อความต้องการของทารก ในทางตรงกันข้ามถ้ามารดามีน้ำนมเต็มเต้า FIL จะสูงขึ้น ส่งผลยับยั้งการสร้างน้ำนม ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกกระตุ้นดูดนมมารดาในระยะนี้ โดยให้ดูดนมแม่จนเกลี้ยงเต้า เพื่อช่วยให้น้ำนมที่อยู่ในเต้านมลดลง กระตุ้นร่างกายของมารดาสร้างฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโตซินในปริมาณที่เพียงพอกับการสร้างและหลั่งน้ำนม

การประเมินปริมาณน้ำนม (assessments of milk supply)

เมื่อพบมารดามีการรับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ จากการพูดคุยและสอบถาม พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินปริมาณน้ำนมของมารดา ว่ามีมากหรือน้อย ตรงกับการรับรู้ของมารดาหรือไม่ การประเมินปริมาณน้ำนมทำโดยการสัมภาษณ์ ประเมินเต้านม น้ำหนักทารก การสังเกตความบ่อยในการให้นม การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของทารก และการสังเกตการให้นมแม่ (Murray, McKinney, Holub, & Jones, 2019; Simpson et al., 2021) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

การสัมภาษณ์ (interview) เพื่อประเมินทัศนคติของมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวางแผนระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความคิดเห็นของมารดาต่อปริมาณน้ำนม และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผ่านมา กรณีมารดามีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ถามประวัติการเสริมนมผสมแก่ทารก เหตุผลหรือสาเหตุที่เสริมนมผสม รวมทั้งประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม ระยะเวลาเริ่มไหลของน้ำนม และอาการแสดงของทารกที่ได้รับน้ำนมเพียงพอ

การประเมินเต้านม (breast examination) ดูความสมมาตรของเต้านมทั้งสองข้าง และประเมินลานนมว่ามีลักษณะอ่อนนุ่ม หรือแข็งตึง

การประเมินน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของทารก (baby weight gain) หลังจากทารกเกิดน้ำหนักจะลดลง แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเท่ากับน้ำหนักแรกเกิดภายใน 14 วันหลังคลอด โดย 3 เดือนแรกน้ำหนักทารกควรเพิ่มขึ้นประมาณ 30 กรัมต่อวัน หรือ 0.9 กิโลกรัมต่อเดือน ความสูงเพิ่มขึ้น 1.5 นิ้ว (3.5 เซนติเมตร) ต่อเดือน เช่นเดียวกับเส้นรอบ

ศีรษะควรเพิ่มขึ้น 0.8 นิ้ว (2 เซนติเมตร) (Murray et al., 2019)

ความบ่อยในการให้นม (breastfeeding frequency) โดยประเมินจำนวนครั้งที่ทารกดูดนมแม่ ปกติต้องได้รับ 8 - 12 ครั้งใน 24 ชั่วโมง และทารกควรดูดนมแม่นานข้างละ 10 – 15 นาที (Leifer & Little, 2023) เนื่องจากเป็นข้อบ่งชี้ว่าการให้นมแม่ประสบความสำเร็จ เพราะถ้าทารกดูดนมแม่น้อยกว่า 8 ครั้ง แสดงว่าทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ หรือปริมาณน้ำนมแม่น้อย หรือถ้าทารกดูดนมแม่มากกว่า 12 ครั้ง แสดงว่าทารกได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอเช่นกัน (Lawrence & Lawrence, 2022) จึงดูดนมบ่อย ซึ่งอาจมีสาเหตุจากปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ

การขับถ่ายของทารก (elimination) ประเมินจากความเปียกชุ่มของผ้าอ้อมด้วยปัสสาวะ 1 - 2 ผืนต่อวันในระยะ 2 วันแรกหลังเกิด ในวันที่ 3 ต้องเปียก 3 - 4 ผืนเป็นอย่างน้อย และอย่างน้อย 6 ผืนต่อวันในวันที่ 4 หลังเกิด โดยปัสสาวะทารกจะใส สีเหลืองอ่อน (Murray et al., 2019) ส่วนการขับถ่ายอุจจาระควรถ่ายอย่างน้อย 3 - 4 ครั้งต่อวันในวันที่ 3 หลังเกิด และหลังจากนั้นวันละ 4 ครั้ง โดยลักษณะของอุจจาระในวันแรก ๆ จะมีสีดำ เรียกว่า ขี้เทา (meconium) และจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล สีเขียว และสีเหลือง (yellow stool) ตามลำดับ (Murray et al., 2019) ปกติพบอุจจาระทารกสีเหลืองในช่วงท้ายของสัปดาห์แรกหลังคลอด ความถี่ของการถ่ายอุจจาระ อาจเท่ากับจำนวนครั้งที่ทารกได้รับน้ำนมแม่ในระยะ 4 – 6 สัปดาห์

การสังเกตการให้นมแม่ (breastfeeding observation)

การดูดกลืนน้ำนม (sucking milk) ขณะทารกดูดนมแม่ จะได้ยินเสียงทารกกลืนเป็นจังหวะ และมีระยะพัก มองเห็นน้ำนมแม่ที่มุมปากของทารกปริมาณเล็กน้อย หรือมองเห็นน้ำนมแม่บริเวณเต้านมกับปากทารก โดยมารดาจะได้ยินเสียงทารกกลืนน้ำนมหลังวันที่ 4 หลังคลอด (Leifer & Little, 2023)

การประเมินการดูดนมของทารก (latch assessment) เมื่อทารกอ้าปากกว้าง เพื่อดูดนมมารดา ริมฝีปากต้องครอบถึงลานนมมารดา หากครอบไม่ถึง หรือดูดเพียงหัวนม เหงือกและลิ้นของทารกจะไม่สามารถกดรีดต่อมน้ำนม ซึ่งอยู่ใต้ลานนม น้ำนมจะไม่ไหลออกมา ควรให้ทารกดูดนมนานข้างละ 10 – 15 นาที (Lawrence & Lawrence, 2022)

ความพึงพอใจของทารก (baby satisfaction) หลังจากทารกได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ จะแสดงความพึงพอใจด้วยการนอนหลับ และไม่ร้องกวน

ความอ่อนนุ่มของเต้านมมารดาหลังให้นม (degree of breast empty) เต้านมของมารดาจะอ่อนนุ่มลง หลังจากทารกดูดนม

การชั่งน้ำหนักทารกก่อน และหลังให้นม (test weights) โดยชั่งน้ำหนักทารกก่อนและหลังให้นม เพื่อนำมาเปรียบเทียบหาน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหมายถึงปริมาณนมแม่ที่ทารกได้รับ

ข้อควรคำนึง จากการสังเกตการให้นมแม่ พบว่าระยะแรกหลังคลอดน้ำนมแม่จะมีปริมาณน้อย และสร้างเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลา และความต้องการของร่างกายทารก (Hatfield & Kincheloe, 2022) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความถี่ในการดูด เพราะการดูดแต่ละครั้งของทารก ทำให้ร่างกายมารดาหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินมากขึ้น ส่งผลให้การสร้างน้ำนมเพิ่ม

อาการและอาการแสดงของทารกที่ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ (signs the newborn is not feeding well)

พยาบาลผดุงครรภ์สามารถประเมินอาการและอาการแสดงของทารกว่า ได้รับน้ำนมเพียงพอหรือไม่ โดยทารกที่ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ จะดูดนมแม่ได้ไม่ดี ริมฝีปากแห้ง ปัสสาวะน้อยกว่าปกติ และปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม หากจำนวนครั้งของการดูดนมแม่น้อยกว่า 8 – 12 ครั้งต่อวัน ทารกจะตื่นบ่อย ร่วมกับมีอาการตื่นตัว (alert) และร้องไห้แสดงความหิว (Hatfield & Kincheloe, 2022; Ricci, 2021)

การดูแลมารดาหลังคลอดที่รับรู้ว่ามีปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ (care for postpartum mothers who is perceived insufficient milk supply)

การรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ของมารดาได้ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิดของมารดามาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ควรให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะมีส่วนสำคัญในการช่วยส่งเสริมมารดาให้มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ (Whichainprapa, Mekkamol, Saetang, Porm-in, & Srivirun, 2018) พยาบาลผดุงครรภ์ควรดูแลมารดา ตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ ระยะนี้เป็นการเตรียมสตรีตั้งครรภ์ให้พร้อมกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ปฏิบัติดังนี้

1. ประเมิน และให้ความรู้สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม และการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ (Nurhayati & Fikawati, 2020) เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล และปริมาณน้ำนมที่ออกน้อยในระยะแรก ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

2. เตรียมหัวนม และเต้านม หากตรวจพบหัวนมสั้น บอด หรือบุ๋ม ควรให้ความมั่นใจแก่สตรีตั้งครรภ์ว่า แม้หัวนมจะมีลักษณะผิดปกติ แต่ยังสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ในช่วงหลังคลอด แนะนำวิธีแก้ไขหัวนมสั้น (Simpson et al., 2021) ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการให้นมแม่ในระยะแรก พร้อมทั้งให้ความมั่นใจแก่สตรีตั้งครรภ์ว่าสามารถให้นมแม่ได้ตามปกติ

3. ให้ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับสาเหตุของการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ และมีแนวทางประกอบการตัดสินปริมาณน้ำนม เพื่อรับรู้ปริมาณน้ำนมในระยะหลังคลอดได้ถูกต้อง

ระยะคลอด มารดาสูญเสียพลังงาน เกิดความเจ็บปวด และเหนื่อยล้า พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายของมารดา และช่วยเหลือมารดา โดยปฏิบัติดังนี้

ช่วยเหลือมารดาในการนำทารกดูดนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ให้มารดาและทารกสัมผัสกันแบบเนื้อแนบเนื้อ โดยนำทารกวางบนอกมารดา ให้หน้าอก แขนและขาของทารกสัมผัสกับผิวหนังของมารดาเป็นเวลาอย่างน้อย 60 นาที โดยช่วงเวลานี้ต้องไม่ให้สิ่งใดรบกวนมารดาและทารก การนำทารกสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ จะส่งผลให้ร่างกายสร้างฮอร์โมนโปรแลคติน และฮอร์โมนออกซิโตซิน ซึ่งช่วยสร้างและกระตุ้นการหลั่งน้ำนม (Tharana, 2020) การนำทารกสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อภายใน 30 นาทีแรกหลังคลอด ทำให้มารดารับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมเพียงพอ (Yilmaz, Küçükoğlu, Aytekin Özdemir, Oğul, & Aşki, 2020)

ระยะหลังคลอด ระยะนี้พยาบาลผดุงครรภ์ดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาการรับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ดังนี้

1. ดูแลให้มารดาและทารกอยู่ห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง (rooming in) จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Tharana, 2020) เพื่อให้ทารกดูดนมแม่ได้ทุกเวลาตามต้องการ ซึ่งการทำดังกล่าวจะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูทารกของมารดา (Flagg & Pillitteri, 2018) และทำให้มารดารับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมเพียงพอ

2. ประเมินความพร้อมของทารกก่อนนำมาดูดนมแม่ครั้งแรก ซึ่งลักษณะของทารกที่พร้อมดูดนมแม่ได้แก่ ทารกตื่นจากการนอนหลับ มีความตื่นตัว ดูดนิ้ว เมื่อใช้นิ้วมือเขี่ยบริเวณแก้ม ทารกหันเข้าหาเต้านม พร้อมกับอ้าปากแสดงอาการหิว (McKinney et al., 2018) ทารกที่มีความพร้อมจะดูดนมแม่ได้ดี ทำให้มารดาไม่วิตกกังวล รับรู้พฤติกรรมการดูดนมของทารกด้านบวก และรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่เพียงพอ

3. อธิบายมารดาเกี่ยวกับกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม โดยมารดาที่มีบุตรคนแรก จะมีน้ำนมแม่ไหลปริมาณน้อยระยะ 1 - 3 วัน และจะค่อย ๆ เพิ่มปริมาณมากขึ้นภายใน 4 - 6 วัน ซึ่งถือว่าเป็นภาวะปกติ ไม่ได้บ่งชี้ว่ามารดาจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ได้ (Flagg & Pillitteri, 2018) การที่มารดาเห็นปริมาณน้ำนมไหลน้อย และ

เต้านมอ่อนนุ่ม ทำให้รับรู้ว่าน้ำนมแม่มีไม่เพียงพอกับทารก จึงขอนมผสมจากเจ้าหน้าที่ มาป้อนให้ทารก ดังพบว่ามารดาร้อยละ 22.5 จะให้นมผสมทารกทันทีที่รับรู้ว่าปริมาณน้ำนมตนเองไม่เพียงพอ (Srifa, 2020) ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ต้องอธิบายมารดาเกี่ยวกับระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม เพื่อจะได้สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องจนมารดามั่นใจ เพื่อลดโอกาสการขอนมผสมให้ทารกขณะอยู่โรงพยาบาล (McKinney et al., 2018)

4. ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดา (self – efficacy) เพราะทำให้รับรู้ปริมาณน้ำนมแม่เพียงพอ ในระยะหลังคลอด 2 สัปดาห์ โดยเฉพาะในมารดาที่มีบุตรคนแรก (Whipps & Demirci, 2021) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา ให้ปฏิบัติ ดังนี้

4.1 สาธิตทักษะการบีบน้ำนม โดยจัดชั้นเรียน หรือสอนรายบุคคลให้มารดาหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์สาธิตวิธีบีบน้ำนม และให้มารดาสาธิตย้อนกลับ เพื่อที่มารดาประเมินปริมาณน้ำนมแม่ได้ด้วยตนเอง มารดาที่ประเมินว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมมาก จะรับรู้ว่ามีปริมาณน้ำนมแม่เพียงพอเลี้ยงทารก (Ansook et al., 2020)

4.2 สอนมารดาประเมินการดูดและการกลืนของทารกขณะได้รับน้ำนมแม่ ซึ่งการดูดที่ถูกต้อง มารดาควรดูแลให้ทารกดูดนมด้วยลักษณะสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) คางทารกแนบชิดกับเต้านมมารดา 2) เห็นลานนมด้านบนมากกว่าด้านล่าง 3) ริมฝีปากล่างของทารกบานออกคล้ายปากปลา และ 4) ปากทารกอ้ากว้างแนบสนิทกับเต้านมมารดา โดยทารกควรดูดนมแม่นานข้างละ 10 - 15 นาที ขณะทารกดูดนม มารดาจะได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของทารกหลังวันที่ 4 หลังคลอด (Leifer & Little, 2023) การดูแลทารกให้ดูดนมถูกต้อง จะช่วยการให้นมแม่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และส่งผลให้มารดารับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมแม่เพียงพอ

4.3 ให้ความมั่นใจแก่มารดา ด้วยการกล่าวชมเชยทุกครั้งที่มีโอกาส เช่น เมื่อมารดาอุ้มทารกเข้าเต้าถูกต้อง ทารกดูดนมถูกวิธี เป็นต้น เพื่อช่วยเพิ่มพูนความมั่นใจให้แม่ พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลทุกครั้งหลังประเมินการไหลของน้ำนม โดยแจ้งให้มารดาทราบว่าปริมาณน้ำนมที่ไหลเพียงพอต่อความต้องการของทารก (Ansook et al., 2020) รวมทั้งดูแลช่วยเหลือมารดาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้รับรู้ปริมาณน้ำนมแม่อย่างถูกต้อง ช่วยสร้างความมั่นใจจนแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี

5. ประเมินการให้นมด้วย LATCH score เพื่อประเมินการดูดนมของทารก หากพบคะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7 แสดงว่ามารดาต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์ (McKinney et al., 2018; Simpson et al., 2021) พร้อมกับแจ้งมารดาว่าทารกดูดนมแม่ถูกต้องหรือไม่ เพราะถ้ามารดารับรู้ว่าทารกดูดนมถูกต้อง จะรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่เพียงพอ

6. ให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับอาการที่แสดงว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ ได้แก่ การถ่ายปัสสาวะอย่างน้อย 3 - 4 ครั้งต่อวัน ถ่ายอุจจาระ 3 - 4 ครั้งต่อวันในวันที่ 3 หลังคลอด หลังจากนั้นทารกถ่ายอุจจาระอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวัน และถ่ายปัสสาวะอย่างน้อย 6 ครั้งต่อวัน ลักษณะของปัสสาวะมีสีเหลืองใส นอกจากนี้หากทารกได้รับนมแม่เพียงพอจะนอนหลับได้ดี และมีความตื่นตัวหลังจากตื่นนอน (McKinney et al., 2018; Ricci, 2021)

7. หลีกเลี่ยงการให้นมผสมแก่ทารกขณะอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากนมผสมย่อยยากกว่านมแม่ ทำให้ทารกอิ่มนาน และดูดนมแม่ลดลง ดังนั้นไม่ควรให้นมผสมช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังทารกคลอด (Murray et al., 2019)

8. อธิบายให้มารดาทราบเกี่ยวกับปริมาณน้ำนมที่ทารกแรกเกิดควรได้รับ ดังนี้ ทารกแรกเกิดต้องการพลังงาน 85 – 100 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวทารก ซึ่งนมแม่จะให้พลังงาน 100 – 110 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม ดังนั้นทารกจะได้รับพลังงานจากนมแม่เพียงพอ (Murray et al., 2019) โดยแรกเกิดถึง 4 สัปดาห์ควรให้ทารกดูดนมแม่ 8 – 12 ครั้งต่อวัน หรือทุก 2 - 3 ชั่วโมง หรือตามความต้องการของทารก และให้ดูดนานข้างละ 10 -15 นาที (Leifer & Little, 2023; Nettina, 2019)

9. อธิบายมารดาถึงลักษณะการร้องไห้ของทารก โดยการร้องไห้ของทารกแต่ละลักษณะจะบอกถึงอาการของทารก เช่น ไม่สุขสบายกาย เจ็บป่วย หิว เป็นต้น เพื่อที่มารดาจะได้ไม่ตัดสินว่าการที่ทารกร้องไห้ มีสาเหตุจาก

ทารกหิวเพราะได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ แต่อาจเกิดจากสาเหตุอื่นก็เป็นได้

10. ส่งเสริม และสนับสนุนให้สามี และญาติมีส่วนร่วมในการให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้เข้ามามีส่วนร่วมรับฟังความรู้ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อให้สามี หรือญาติช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมารดาประสบปัญหาการให้นมแม่ ซึ่งบุคคลที่ใกล้ชิดจะรับทราบปัญหาก่อน และมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลเพื่อคลายความวิตกกังวลแก่มารดา ดังนั้นสามี หรือญาติต้องมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

11. ให้คำแนะนำมารดาเพื่อคงไว้ซึ่งปริมาณน้ำนมที่เพียงพอสำหรับทารก โดยให้นำทารกดูดนมแม่ทุก 2 - 3 ชั่วโมง แนะนำมารดาดื่มน้ำปริมาณมาก หรือ 8 – 10 แก้วต่อวัน รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงความเครียด ความวิตกกังวล และทำจิตใจแจ่มใส

12. ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และหลังมารดาจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรติดตามการให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยประเมินท่าให้นม การดูดของทารก และการไหลของน้ำนม อย่างน้อย 1 ครั้งใน 8 – 12 ชั่วโมงขณะอยู่โรงพยาบาล (Perry et al., 2023) และหลังจำหน่ายมารดา ควรติดตามเยี่ยมในสัปดาห์แรกหลังคลอด และติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นแต่ละกรณี เพราะยังไม่มีข้อมูลพิจารณาอย่างเพียงพอว่าควรติดตามอย่างไรจึงจะเกิดประสิทธิผล (Lawrence & Lawrence, 2022) โดยเฉพาะกรณีมารดารับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ ควรติดตามระหว่างสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด เพื่อให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้ข้อมูลลักษณะของทารกที่ได้รับปริมาณน้ำนมเพียงพอ (Kellams, Harrel, Omage, Gregory, & Rosen-Carole, 2017 as cited in Küçük, Yeşilçiçek, Çalık, & Tayar, 2023) นอกจากนี้การสื่อสารควรเป็นลักษณะสองทาง เพื่อให้มารดาที่มีปัญหาหรือข้อสงสัย สามารถติดต่อพยาบาลผดุงครรภ์ได้ทันท่วงที ตัวอย่างช่องทางสื่อสาร ได้แก่ ทางไลน์ และโทรศัพท์

13. ประเมินน้ำหนักของทารก หลังคลอดสัปดาห์แรก น้ำหนักทารกควรเพิ่ม 15 - 30 กรัมต่อวัน และมีน้ำหนักตัวเท่ากับน้ำหนักเมื่อแรกเกิดใน 2 สัปดาห์หลังคลอด (Lawrence & Lawrence, 2022) ในระยะ 3 เดือนแรกหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินน้ำหนักทารก และวิเคราะห์ว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอต่อการเจริญเติบโตหรือไม่ พร้อมกับแจ้งข้อมูลให้มารดาทราบทุกครั้ง หากภาวะการเจริญเติบโตของทารกเป็นปกติ จะช่วยให้มารดารับรู้ว่าปริมาณน้ำนมแม่เพียงพอ หรือหากประเมินพบผิดปกติ จะได้ให้คำแนะนำต่อไป

ข้อแสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ปัญหาการรับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอของมารดา สามารถแก้ไขได้ หากพยาบาลผดุงครรภ์ตระหนักและให้ความสำคัญ โดยประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ ค้นหาสาเหตุที่มารดารับรู้ว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ และนำแนวทางการดูแล โดยเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ไปจนถึงระยะคลอด และหลังคลอด แก้ไขปัญหามารดาที่รับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ โดยให้ความรู้มารดาเกี่ยวกับกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม การประเมินปริมาณน้ำนม อาการแสดงของทารกที่ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ เพื่อให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับปริมาณน้ำนมอย่างถูกต้อง มีความมั่นใจ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

บทสรุป

การรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินปัจจัยมีผลต่อการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอของมารดา การประเมินปริมาณน้ำนม อาการแสดงของทารกที่ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ เนื่องจากมารดาอาจมีการรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ที่ผิดไปจากความเป็นจริง จึงหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้นมผสมทดแทน ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการ

ปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทำให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยเพิ่มขึ้น

References

Ansook, P., Kantaruksa, K., & Chaloumsuk, N. (2020). Factors related to perceived insufficient milk supply among first-time mothers with cesarean section. *Nursing Journal, 40*(4), 192-202. (in Thai)

De Roza, J. G., Fong, M. K., Ang, B. L., Sadon, R. B., Koh, E. Y. L., & Teo, S. S. H. (2019). Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. *Midwifery, 79*, 102532. doi: 10.1016/j.midw.2019.102532

Emily, M. N., Mariann, A. H., Cynthia, P., Jamie, S., Susan, M. M., David A. F., ... Ellen W. D. (2022). Maternal psychological distress and lactation and breastfeeding outcomes: A narrative review. *Clinical Therapeutics, 44*(2), 215-227. doi: 10.1016/j.clinthera.2021.11.007

Flagg, J. S., & Pillitteri, A. (2018). *Maternal & child health nursing* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Hatfield, N. T., & Kincheloe, C. A. (2022). *Introductory maternity & pediatric nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Huang, Y., Liu, Y., Yu, X., & Zeng, T. (2022). The rates and factors of perceived insufficient milk supply: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition, 18*(1), 1–13. doi: 10.1111/mcn.13255

Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rea, A., Murray, K., & Geddes, D. T. (2021). Causes of perception of insufficient milk supply in Western Australian mothers. *Maternal & Child Nutrition, 17*(1), 1–11. doi: 10.1111/mcn.13080

Küçük, E., Yeşilçiçek Çalık, K., & Tayar, N. (2023). The effect of perceived insufficient milk on transition to supplementary food and factors affecting it during the first six months postpartum in Turkey: A cross-sectional study. *Health Care for Women International, 44*(3), 295–313. doi: 10.1080/07399332.2021.2007928

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2022). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (9th ed.). Philadelphia: Elsevier.

Leifer, G., & Little, K. T. (2023). *Introduction to maternity and pediatric nursing* (9th ed.). St. Louis: Elsevier.

McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2018). *Maternal-child nursing*. St. Louis: Elsevier.

Menekse, D., Tiryaki, Ö., Karakaya Suzan, Ö., & Cinar, N. (2021). An investigation of the relationship between mother's personality traits, breastfeeding self-efficacy, and perception of insufficient milk supply. *Health Care for Women International, 42*(4–6), 925–941. doi: 10.1080/07399332.2021.1892114

Mohebati, L. M., Hilpert, P., Bath, S., Rayman, M. P., Raats, M. M., Martinez, H., ... Caulfield, L. E. (2021). Perceived insufficient milk among primiparous, fully breastfeeding women: Is infant crying important? *Maternal & Child Nutrition, 17*(3), 1–12. doi: 10.1111/mcn.13133

Murray, S., McKinney, E., Holub, K. S., & Jones, R. (2019). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. St. Louis: Elsevier.

National Statistical Office [NSO] & United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2019). *Thailand multiple indicator cluster survey 2019: Final report*. Bangkok: NSO and UNICEF. 2019. Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/reports/thailand-multiple-indicator-cluster-survey-2019

Nettina, S. M. (2019). *Lippincott manual of nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Nurhayati, E., & Fikawati, S. (2020). Counseling of exclusive breastfeeding during antenatal care (ANC) and perceptions of insufficient milk supply. *Journal Gizi Dan Dietetik Indonesia, 7*(2), 65–73. doi: 10.21927/ijnd.2019.7(2).65-73.

Pérez-Escamilla, R., Buccini, G. S., Segura-Pérez, S., & Piwoz, E. (2019). Perspective: Should exclusive breastfeeding still be recommended for 6 Months? *Advances in Nutrition, 10*(6), 931–943. doi: 10.1093/advances/nmz039

Perry, S. E., Lowdermilk, D. L., Cashion, K., Alden, K. R., Olshansky, E. F., & Hockenberry, M. J. (2023). *Maternal child nursing care* (7th ed.). St. Louis: Elvevier.

Ricci, S. S. (2021). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Sandhi, A., Lee, G. T., Chipojola, R., Huda, M. H., & Kuo, S. Y. (2020). The relationship between perceived milk supply and exclusive breastfeeding during the first six months postpartum: A cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal, 15*(1), 1–11. doi: 10.1186/s13006-020-00310-y

Simpson, K. R., Creehan, P. A., O'Brien-abel, N., Roth, C. K., & Rohan, A. J. (2021). *Perinatal nursing* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Siri, L., Sofia, Z., Agnes, L., & Wibke, J. (2022). Parents' experiences of immediate skin-to-skin contact after the birth of their very preterm neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 51*(1), 53-64. doi: 10.1016/j.jogn.2021.10.002

Srifa, U. (2020). The affect of breast milk quantity, and the successfulness of breastfeeding in Koh Samui hospital. *Journal of MCU Nakhondhat, 7*(11), 94-103. (in Thai)

Tharana, N. (2020). *Breastfeeding*. Bangkok: Green Printing House. (in Thai)

UNICEF. (2021). *Infant and young child feeding*. Retrieved from https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/#status

Wang, S., Liu, J., Guo, N., & Jiang, H. (2021). The relationship between birthing related factors and maternal breastfeeding confidence in China. *Women & Birth, 34*(2), 196–202. doi: 10.1016/j.wombi.2020.02.014

Whichainprapa, A., Mekkamol, K., Saetang, K., Porm-in, K., & Srivirun, S. (2018). Model developing of mother's self-management regarding exclusive breastfeeding for 6 months: A case study at Bo Sub-district, Khlung District, Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 29*(1), 170-184. (in Thai)

Whipps, M. D., & Demirci, J. R. (2021). The sleeper effect of perceived insufficient milk supply in US mothers. *Public Health Nutrition, 24*(5), 935–941. doi: 10.1017/S1368980020001482

Wood, N. K., Odom-Maryon, T., & Smart, D. A. (2021). Factors associated with perceived insufficient milk in the first three months of breastfeeding. *The American Journal of Maternal Child Nursing, 46*(4), 223–229. doi: 10.1097/NMC.0000000000000723

World Health Organization. (2014). *Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief*. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7

Yilmaz, F., Küçükoğlu, S., Aytekin Özdemir, A., Oğul, T., & Aşki, N. (2020). The effect of Kangaroo mother care, provided in the early postpartum period, on the breastfeeding self-efficacy level of mothers and the perceived insufficient milk supply. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 34*(1), 80–87. doi: 10.1097/JPN.0000000000000434