

ที่ปรึกษา (Consultants)

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

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan	อดีตนายกสภาการพยาบาล Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ Professor Dr. Pranom Othaganont	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล Professor Emeritus Dr. Somchit Hanucharunkul	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิภาดา คุณาวิทิกุล Professor Emeritus Dr. Wipada Kunaviktikul	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ Panyapiwat Institute of Management

บรรณาธิการ (Editor)

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

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

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

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

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

Assoc. Prof. Dr. Naruemon Auemaneekul
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี
Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรณัฐ ห้านิรัตติชัย
Associate Professor Dr. Teeranut Harnirattisai
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา
Associate Professor Dr. Chanokporn Jitpanya
รองศาสตราจารย์ ดร.อัฉรญา สุกนธสรณ์
Associate Professor Dr. Achara Sukonthasarn
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ
Associate Professor Dr. Wannee Deoisres
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุต
Associate Professor Dr. Ampornpan Theeranut
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์
Associate Professor Dr. Marisa Krairiksh
รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรังสี
Assoc. Prof. Dr. Wande Suttharangsee
รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์
Associate Professor Dr. Ploenpit Thaniwattananon
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิگانต์ กาละ
Associate Professor Dr. Sasikarn Kala
รองศาสตราจารย์ ดร.นัทธมน วุฑธานนท์
Associate Professor Dr. Nuttamon Vuttanon
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสนิย์ ทั้งเจริญกุล
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพารณ กลั่นกลิน
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin
รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์
Associate Professor Dr. Pratum Soivong
รองศาสตราจารย์ ดร.นงค์คราญ วิเศษกุล
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐยานี สุวรรณคฤหาสน์
Assistant Professor Dr. Nattaya Suwankruhasn
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย
Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี
Assistant Professor Dr. Piyaporn Prasitwattanaseree
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรินทร์ จรุงโรจน์สกุล
Assistant Professor Dr. Waruntorn Jongrungsakul
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตตวดี เจริญทอง
Lecturer Dr. Jittawadee Rhiantong
อาจารย์ ดร.ปริยกุล ไกรกิจราษฎร์

[illegible]

Lecturer Dr. Preeyakamon Kriktrat
Ratchneewan Ross, Ph.D, RN, FTNNS, FAAN
Nada Lukkahatai, Ph.D, MSN, RN, FANN
Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA
Tonda Hughes, PhD, RN, FAAN

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

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

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

Hu Yan, PhD, RN

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

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ (Editorial Staff)

นางอัมพิกา สุวรรณบุตร
Ampika Suwannabut
MR. Michael Scott Cote
MR. Michael Scott Cote
นางสาวพรธิดา คำมงคล
Pornthida Kummongkol
นางสาวนิตยา มะโนคำ
Nittaya Manokam
นางจิราภรณ์ คุณวุฒิ
Jiraporn Koonawoot

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

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

วัตถุประสงค์และขอบเขต

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

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

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

กำหนดการออกวารสารปีละ 4 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รับตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ และบทความภาษาไทย จำนวนบทความที่ตีพิมพ์ประมาณ 20 เรื่องต่อฉบับ

กระบวนการพิจารณาประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการ ปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ

การดำเนินการพิจารณาประเมินบทความทั้งหมด จะดำเนินการผ่านทางระบบวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสา รมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

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

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

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

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

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการ ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission)

กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอน การปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require)

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

5.2.1 ให้ปรับปรุงแก้ไขเพียงเล็กน้อย (Minor Revision)

เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืน มายังบรรณาธิการ เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข

5.2.2 ให้ปรับปรุงแก้ไขในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision)

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

5.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission)

กองบรรณาธิการ จะแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

เมื่อกองบรรณาธิการส่งผลการประเมินบทความของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมกับแบบฟอร์มตารางสรุปผลการแก้ไขให้กับผู้เขียนแล้ว ขอให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ รวมทั้งจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไขตามหัวข้อประเมิน ส่งมายังกองบรรณาธิการ

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

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

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และต้องแน่ใจว่าผลงานดังกล่าวไม่ได้ทำการคัดลอก 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 หรือบทความวิชาการในพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กองบรรณาธิการขอความร่วมมือให้ผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

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

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัยและบทความวิชาการ

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

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

วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาให้ระบุชื่อหลักสูตร รวมทั้งสาขาวิชา ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

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

บทความวิชาการ เขียนบทความย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของ การเขียนบทความ และบทสรุป

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

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความ

บทความวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย หรือสมมติฐานการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

การอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

บทความวิชาการ

บทนำ (Introduction)

เนื้อหา

บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 3 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Cite and References)

1. การอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ American Psychological Association ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 (7th ed.) โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงในเอกสารอ้างอิงท้ายบท
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ หรือตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือ ปรจัญญา
3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ แล้วให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ
4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 30 รายการ

5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ American Psychological Association ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 อย่างเคร่งครัด

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การเขียนอ้างอิงชื่อบุคคลในเนื้อหา ในกรณีที่คนไทยให้ระบุชื่อ ตามด้วยนามสกุล เป็นภาษาไทยไว้นอกวงเล็บ และภายในวงเล็บให้ระบุเฉพาะนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น กรณีการกั้นรักษา (Kantaruksa, 2022) หากผู้ถูกอ้างอิงเป็นชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล เช่น แบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นต้น

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (Reference list)

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

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

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

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลข doi

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

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลข doi

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

ตัวอย่างการอ้างอิงในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 19 คน (ให้ระบุผู้เขียนคนที่ 1-19 ทุกคน หลังจากนั้นให้ใส่สัญลักษณ์จุด ... สามจุด โดยเว้นระยะ 1 ช่วงตัวอักษรในตำแหน่งหน้าจุดและหลังจุด และปิดท้ายด้วยชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย)

Villar, J., Ariff, S., Gunier, R. B., Thiruvengadam, R., Rauch, S., Kholin, A., Roggero, P., Prefumo, F., do Vale, M. S., Cardona-Perez, J. A., Maiz, N., Cetin, I., Savasi, V., Deruelle, P., Easter, S. R., Sichitui, J., Soto Conti, C. P., Ernawati, E., Mhatre, M. ... Papageorgiou, A. T. (2021). Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: The INTERCOVID multinational cohort study. *JAMA Pediatrics*, 175(8), 817-826.

2. การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

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

3. การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ได้จากเว็บไซต์

Axford, J. C. (2007). *What constitutes success in Pacific Island community conserved areas?* [Doctoral dissertation, University of Queensland, Brisbane, Australia]. <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 หรือหากเป็นสมาชิก

ของระบบThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้ และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียนของระบบ ThaiJo ได้

2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอส่งบทความ ผ่านทางหน้าเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing> โดยกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางหน้าเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กองบรรณาธิการวารสาร พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เลขที่ 110/406 ถนนอินทวิโรด ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

เบอร์ติดต่อ 053-949100

Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน	1-16
Qin Wang ควิน หวาง Suparat Wangsrikhun สุภารัตน์ วังศรีคุณ Achara Sukonthasarn อัจฉรา สุขคนธสรพ์	
Situational Analysis of Incident Reporting in Bangkok-Surat Hospital การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ภณิกนันต์ ศรทอง Kaniknan Sonthong ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา Pratyanan Thiangchanya ศศิธร ลายเมฆ Sasithorn Laimek	17-30
Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	31-45
Wasana Chaiwong Wasana Chaiwong Orn-anong Wichai khum Orn-anong Wichaikhum Kulwadee Abhicharttibutra Kulwadee Abhicharttibutra	
Resilience and Work Engagement of Nurses in General Hospitals ความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป	46-57
Bonggotrat Kaewpradit Bonggotrat Kaewpradit Petsunee Thungjaroenkul Petsunee Thungjaroenkul Apiradee Nantsupawat Apiradee Nantsupawat	

Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ	58-70
กัลยัตร์ตัน อุ่นเรือน Kantarat Aunruan เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul อภริตี นันทศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat	
Quality Improvement of Preoperative Nursing Visit for Patients Receiving Total Knee Replacement, Phrae Hospital การพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่	71-83
ลักษณา จันทราโยธากร Laksana Juntrayotragron จิตติณัฐ อัครเดชนันต์ Thitinut Akkadechanunt บุญพิชชา จิตต์ภักดี Bunpitcha Chitpakdee	
Knowledge, Attitude, Social Support, and Caring Ability of Family Caregivers of Chronic Illness Patients in a Community ความรู้ ทักษะคติ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแล ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน	84-98
ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ Siriluck Kaewsriwong ณัฐพัชร์ บัวบุญ Natthapat Buaboon จิราภรณ์ กรรรมบุตร Jeeraporn Kummabutr สุกัญญา พูลโพธิ์กลาง Sukanya Phoolphoklang	
The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน	99-115
กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ Korawit Sriprasert ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana เดชา ทำดี Decha Tamdee	

The Development of an Empowerment Model for the Elderly and Related Persons to Promote Attendance at Health Region 5 Elderly School	116-129
การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5	
ธีรนนท์ วรรณศิริ Theranun Wannasiri	
อุไรรัชต์ บุญแท้ Urairach Boontea	
มาลินี จำเนียร Malinee Jumnian	
อัจฉรา อ่วมเครือ Ajchara Oumkrua	
มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ Maneerat Aiamanan	
The Development of a Long Term Care Fund Management Model in Public Health for Elderly Dependents in Toei Subdistrict Administrative Organization, Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province	130-148
การพัฒนาแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี	
อรุณ บุญสร้าง Arun Boonsang	
อารี บุตรสอน Aree Butsorn	
กิตติ เหลาสุภาพ Kittti Laosupap	
The Effect of Symptom Management Promotion together with a Motivation Interviewing Program on Nutritional Symptom Cluster Experience, Nutritional Behavior, and Nutritional Status of Hematological Patients Receiving Chemotherapy	149-162
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์ กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการ ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด	
พรอุษา ภัทรดิษฐ์ Pornusa Pattaradit	
เบญญพร บรรณสาร Benyaporn Bannaasan	
วีรภัทร โอวัฒนาพาณิชย์ Weerapat Owattanapanich	

The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors 163-173

Among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

สายพิน	บุญศรี	Saipin	Boonsri
อภิญา	วงศ์พิริยโยธา	Apinya	Wongpiriyayothar
นงเยาว์	มีเทียน	Nongyaow	Meethien

The Effect of PITS-Based Education to Enhance Health Literacy on Self-Management 174-187

in Older Adults with Physical Multimorbidity

ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค

มนันชญา	จิตตรัตน์	Mananchaya	Chittarat
ศิริรัตน์	ปานอุทัย	Sirirat	Panuthai
เดชา	ทำดี	Decha	Tamdee

Health Literacy and Psychological Well-being Among Older Adults 188-198

with Chronic Illness in Sukhothai Province

ความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย

ฐิติอาภา	ตั้งคำวานิช	Thitiarpha	Tangkawanich
ศรีสุภา	ใจโสภา	Srisupa	Jaisopa
กนกพจน์	มีวัฒนา	Kanokpoj	Meewattana

Factors Predicting Self-Management Among Older Persons 199-211

with Stage 3 Chronic Kidney Disease

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

สุภาพร	ป่อสัว	Supaporn	Posiw
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์	Nattaya	Suwankruhasn
โรจน์	จินตนาวัฒน์	Rojanee	Chintanawat

The Relationships of Parenting and Family Relations with Executive Functions in Early Childhood	212-228
--	---------

ความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวต่อพัฒนาการ
ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

วรรณวิการ์	ใจกล้า	Wanwika	Jaikla
มาลี	เอื้ออำนวย	Malee	Urharmnuay
ศศิธร	คำมี	Sasithorn	Kummee
ขจรวิชญา	ประภาเลิศ	Kajornwithaya	Prapalert
กมลทิพย์	ใจมาคำ	Kamontip	Chaimakham

A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection Among Caregivers in Child Development Centers*	229-242
--	---------

การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จารุวรรณ	ไทยบัณฑิต	Jaruwan	Thaibandit
ภัทร์พิชชา	ครุฑางคะ	Phatphitcha	Kruthangka
กษิติศ	ครุฑางคะ	Kasidis	Kruthangka

Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course	243-254
---	---------

ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม
นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ณัฐธิดา	สร้อยเพชร	Nutcha	Soiphet
กมลทิพย์	ใจมาคำ	Kamontip	Chaimakham

Nursing Care for Children Undergoing Cardiac Catheterization: A Case Study การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการสวนหัวใจ: กรณีศึกษา วราพรรณ วงษ์จันทร์* Waraphan Wongchan	255-268
Application of the Health Belief Model in Promoting COVID-19 Prevention Among Pregnant Women การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์ สุจิตรา ชัยวุฒิ Sujitra Chaiwuth พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิน Pimpaporn Klunklin อะเคื้อ อุนหเลขกะ Akeau Unahalekhaka	269-285



สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) ปีที่ 50 ปัจจุบันวารสารได้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และได้รับการจัดอันดับวารสารไทยในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 วารสารฉบับนี้นำเสนอบทความ 20 เรื่อง เป็นบทความวิจัยภาษาอังกฤษ 1 เรื่อง โดยบทความทั้งหมดได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากหลากหลายสถาบัน ในรูปแบบ Double-blinded review ส่งผลให้บทความแต่ละเรื่องมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้อ้างอิงทางวิชาการและนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้

วารสารฉบับนี้ได้นำเสนอบทความที่น่าสนใจ จำนวน 20 เรื่อง เป็นบทความวิจัย 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง สำหรับบทความวิจัยเป็นบทความด้านบริหารทางการพยาบาล 5 เรื่อง ดังเช่น ความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 4 เรื่อง ดังเช่น ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 6 เรื่อง เป็นบทความภาษาอังกฤษ 1 เรื่อง ได้แก่ Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China บทความภาษาไทย ดังเช่น ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลเด็ก 2 เรื่อง ดังเช่น การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นต้น บทความด้านการศึกษาทางการพยาบาล 1 เรื่อง ได้แก่ ประสิทธิภาพการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เป็นต้น สำหรับบทความทางวิชาการในฉบับนี้มี 2 เรื่อง ดังเช่น การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น บทความทั้งหมดผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มุ่งเน้นการเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล กองบรรณาธิการยินดีรับบทความวิจัย และบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอขอบคุณผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณา กลั่นกรองบทความและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะร่วมกันพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตามมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา

บรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China*

การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้ายในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน*

Qin	Wang**	ควิน	หวาง**
Suparat	Wangsrikhun***	สุภารัตน์	วังศรีคุณ***
Achara	Sukonthasarn****	อัฉรารา	สุคนธ์สรพร****

Abstract

Emergency nurses play significant roles in end-of-life (EOL) care. Assessment of EOL care obstacles and supportive behaviors as perceived by emergency nurses will provide basic information for enhancing the quality of EOL care in emergency departments. This research aimed to explore emergency nurses' perceptions of EOL care obstacles and supportive behaviors. A survey was conducted with 261 emergency nurses working in hospitals in Chengdu, China, using the Emergency Nurses' Perceptions of EOL Care Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the top three perceived obstacles in EOL care were 1) the nurse having to deal with angry family members (perceived obstacle magnitude: POM score = 7.77); 2) family members not understanding what "life-saving measures" really means (POM = 7.39); and 3) lack of nursing education and training regarding family grieving and quality EOL care (POM = 6.86). The top three perceived supportive behaviors in EOL care were 1) having family members accept that the patient is dying (the perceived supportive behavior magnitude score: PSBM = 8.95); 2) emergency medical technician/paramedic personnel assisting with resuscitation efforts for the dying patient (PSBM = 8.88); and 3) having the physicians involved in the patient's care agree about the direction care should go (PSBM = 8.26).

These findings could be used as basic information for developing strategies to enhance the quality of EOL care among emergency nurses in China.

Keywords: End-of-life care; Obstacles; Supportive behaviors; Emergency nurses

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

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

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

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

Received 27 April 2023; Revised 8 September 2023; Accepted 12 September 2023



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles
and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China
การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย
ในเชิงดู สาธารณรัฐประชาชนจีน

บทคัดย่อ

พยาบาลฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการดูแลระยะสุดท้าย การประเมินอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉิน จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลระยะสุดท้ายที่แผนกฉุกเฉิน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนในการดูแลระยะสุดท้าย ทำการสำรวจในพยาบาลฉุกเฉิน 261 คน ที่ทำงานในโรงพยาบาลเมืองเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การดูแลระยะสุดท้ายของพยาบาลฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า อุปสรรคในการดูแลระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของพยาบาล 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การที่พยาบาลต้องเผชิญกับครอบครัวผู้ป่วยที่กำลังโกรธ (POM = 7.77) 2) สมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ว่าการช่วยชีวิตหมายถึงอะไร (POM = 7.39) และ 3) ไม่มีการอบรมหรือการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพและการจัดการกับครอบครัวที่กำลังโศกเศร้า (POM = 6.86) พฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของพยาบาล 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การที่สมาชิกครอบครัวยอมรับว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต (PSBM = 8.95) 2) บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือเมื่อมีความพยายามช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (PSBM = 8.88) และ 3) แพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องทิศทางการดูแลผู้ป่วย (PSBM = 8.26)

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาวิธีการในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลระยะสุดท้ายของพยาบาลในสาธารณรัฐประชาชนจีนต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลระยะสุดท้าย อุปสรรค พฤติกรรมสนับสนุน พยาบาลฉุกเฉิน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์



Background and Significance

Despite the emergency department (ED) being the first line for life-saving in hospitals, and death is common in this department. When death is imminent and normal lifesaving treatment is futile, healthcare professionals should deliver end-of-life (EOL) care to patients and their families (Dawood, 2020). Good EOL care is based on the understanding that death is inevitable and a natural part of life. The scope of care has shifted to include making dying patients as comfortable as possible by minimizing invasive and life-prolonging therapies and helping patients and their families adapt to mourning (Tse et al., 2016). Health professionals should not only provide treatment to relieve symptoms and control pain but should also respond to the psychosocial and spiritual needs of patients and families and emphasize dying with dignity (Tse et al., 2016).

Providing good EOL care can promote the dignity of the individual and could relieve the suffering of the patient (Guo & Jacelon, 2014). Quality EOL care ensures a pain-free dying process and the patient's quality end of life through holistic care and support and can also help alleviate grief of family members (Chang et al., 2022). Nurses have an ethical and moral obligation to relieve suffering and provide comfort to patients at their EOL (American Nurses Association, 2001). Emergency nurses should provide a dignified death for every patient at their EOL (Emergency Nurses Association, 2019). During EOL care, emergency nurses should take care of patients and provide the best pain and symptom management (Arbour & Wiegand, 2014). While nurses can help patients accept death properly, it is also important to take care and support the patient's family (Adams et al., 2011). Emergency nurses not only play the role of information broker, supporter, and advocate in EOL care, but most importantly, they affect the ability of family members to accept a patient's death, which affects the entire EOL care process, increasing good death and improving the overall quality of EOL care (Adams et al., 2011).

However, many emergency nurses consider the ED to be an unsuitable setting for providing good EOL care (Beckstrand et al., 2012), possible due to the high-stress and fast-paced environment and the focus, in the emergency department, on saving lives. Death is often defied and viewed as a failure of ED care (Kongsuwan et al., 2016). Also, nurses are often not prepared to care for dying patients. They are often educated for healing and curing people more than for preparing family and patients for death (Beckstrand et al., 2008). A study in China revealed that emergency nurses lacked knowledge and skills in caring for the dying (Pang et al., 2019).

Since many patients die in the ED, emergency nurses witness obstacles that inhibit EOL care and supportive behaviors that assist in providing the best care to dying patients (Beckstrand et al., 2012). Understanding nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors for providing EOL care will be the basis for improving EOL care. Some studies have examined nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in providing EOL care in EDs (Beckstrand et al., 2008; Beckstrand et al., 2012; Beckstrand et al., 2017; Heaston et al., 2006; Ho, 2016), all of which were conducted in the United States, except Ho's study (2016) which was conducted in



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China

การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย ในเชิงดู สาธารณรัฐประชาชนจีน

Hong Kong. Up until now, there has been no available information regarding obstacles and supportive behaviors in EOL care as perceived by emergency nurses in mainland China. The results from previous studies elsewhere could not be generalized to mainland China since the EDs and working environments are different.

In China, the Chinese government provides policy and administrative support for EOL care. However, there are no standard guidelines for clinical practice in China, especially in emergency departments. EOL care has not received much attention among ED nurses in China due to the busy environment (Ding & Jin, 2020). This study aimed to explore obstacles and supportive behaviors of providing EOL care as perceived by emergency nurses in Chengdu, China. The information gained could be used as the basis for the development of EOL care courses in nursing education and clinical EOL care training activities.

Research objectives

1. To determine the obstacles to providing EOL care as perceived by emergency nurses in Chengdu, the People's Republic of China.
2. To determine the supportive behaviors in providing EOL care as perceived by emergency nurses in Chengdu, the People's Republic of China.

Conceptual framework

The conceptual framework of this study was derived from the literature review. EOL care obstacles refer to issues that inhibit the provision of the best care to dying patients, and they can be categorized into issues related to the patient's condition, family members, nurses, physicians, policy, and ED infrastructure. Supportive behaviors refer to actions that assist in providing the best care to dying patients (Heaston et al., 2006). They could be categorized into team working actions by those caring for the dying patient, communication actions with the patient and family members, caring actions toward family members after a patient's death, supporting actions from others, and supporting actions from the hospital. More obstacles mean poorer EOL care while more supportive behaviors result in better EOL care.

Methods

Population and sample

The target population was registered nurses who worked in EDs in Chengdu, the People's Republic of China.

The population of emergency nurses in Chengdu was 659. The sample size was calculated by Yamane's (1967) formula $n = N / (1 + N(e)^2)$ at the level of significance of 0.05 resulting in a sample size of approximately 249. Since 5% of the calculated sample size was added for possible incomplete data, a total of 261 emergency nurses were included in the study. Firstly, seven accessible hospitals were conveniently selected from 34 tertiary hospitals in Chengdu. Secondly,



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China

การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

proportional stratified sampling was used to determine the number of samples from each hospital. Thirdly, participants from each hospital were randomly selected from the name lists of emergency nurses, who met the inclusion criteria. The inclusion criteria were 1) being a registered nurse in an ED for at least 1 year, 2) having experience providing EOL care for a patient in an ED, and 3) agreeing to participate in the study. Nurse administrators were excluded.

Research instruments

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

2. The Emergency Nurses' Perceptions of EOL Care Questionnaire was developed by Beckstrand et al. (2008) and translated into Chinese by the researcher using the forward and back translation process with permission from the questionnaire developers.

The questionnaire includes 51 Likert-type items with 2 dimensions, including EOL care obstacles (28 items) and EOL care supportive behaviors (23 items). Each item requires participants to answer in two aspects: intensity and frequency. The scale utilized for obstacle/supportive behaviors intensity ranged from 0 (not an obstacle/not a help) to 5 (extremely large obstacle/extremely large supportive behavior). A similar scale of 0 (never occurs) to 5 (always occurs) was used for scoring obstacle/supportive behavior frequencies. The Perceived Obstacle Magnitude (POM) and the Perceived Supportive Behavior Magnitude (PSBM) scores of each item were calculated by multiplying each item's mean intensity by the item's mean frequency.

Validity and reliability of research instruments

The Emergency Nurses' Perceptions of EOL Care Questionnaire was tested for its validity in previous studies (Beckstrand et al., 2008; Ho, 2016); therefore, its validity was not tested.

The reliability of the Chinese version of the questionnaire was evaluated with 10 emergency nurses. The Cronbach's alpha coefficient of the obstacle and supportive behaviors dimensions were 0.93 and 0.96, respectively.

Ethical considerations

The study has been approved by the Institutional Review Board of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, code: 2021-EXP042. The package for the study, including the proposal, cover letter requesting permission for data collection, the informed consent form, and a copy of the questionnaire were submitted to the directors of the emergency departments of selected hospitals. The data collection was done with the permission of each hospital. The participants were informed of their right to participate, refuse, and withdraw at any time from the study. Before collecting data, a consent form was signed by participants who were willing to participate in the study.

Data collection

After getting the approval of the Institutional Review Board of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University and the permission of each hospital in the study, simple random sampling was used to select names from the list of nurses who met inclusion criteria based on sample size.



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles
and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China
การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย
ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

Then, the researcher met potential participants at their workplaces in each hospital during their available time and explained the research purpose and objectives. Those who agreed to participate received an envelope with an information sheet, consent form, and questionnaire. The participants completed the questionnaire independently, which took approximately 30 minutes, and returned it to the researcher. No compensation was given to the participants. The completed questionnaire and the consent form were collected separately to assure anonymity and confidentiality.

Data analysis

The data were analyzed by the researcher with descriptive statistics using statistics software.

Results

The participants were 261 emergency nurses, aged between 20-52 years with a mean age of 31.62 (SD 5.86). They had between 1-27 years of ED experience with a mean of 6.88 (SD 5.61), and 70.50% had never had EOL training. The demographic characteristics of the participants are presented in Table 1.

The POM scores ranged from 2.60 to 7.77. The top three POM score items were 1) the nurse having to deal with angry family members (POM = 7.77); 2) family members not understanding what "life-saving measures" really means (POM = 7.39); and 3) lack of nursing education and training regarding family grieving and quality EOL care (POM = 6.86) (Table 2).

The PSBM scores ranged from 3.88 to 8.95. The top three PSBM score items were 1) having family members accept that the patient is dying (PSBM = 8.95); 2) EMT/paramedic personnel assisting with resuscitation efforts on the dying patient (PSBM = 8.88); and 3) having the physicians involved in the patient's care agree about the direction care should go (PSBM = 8.26) (Table 3).

Table 1: Demographic characteristics of the participants (n = 261)

Demographic characteristics	Frequency (%)
Gender	
Females	219 (83.91)
Males	42 (16.09)
Education level	
Associate Degree/diploma	160 (61.30)
Bachelor Degree	99 (37.93)
Master Degree	2 (0.77)
Years of RN experience	(M = 9.95, SD = 6.32, Range = 1-33)
< 5 years	56 (21.46)
5-9 years	67 (25.67)
10-14 years	80 (30.65)
≥ 15 years	58 (22.22)



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles
and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China
การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย
ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

Table 1: Demographic characteristics of the participants (n = 261) (Continue)

Demographic characteristics	Frequency (%)
Years of ED experience	(M = 6.88, SD = 5.61, Range = 1-27)
< 5 years	115 (44.06)
5-9 years	66 (25.29)
10-14 years	51 (19.54)
≥ 15 years	29 (11.11)
EOL training	
Never	184 (70.50)
Yes	77 (29.50)
Experience of providing EOL care for family member	
No	222 (85.06)
Yes	39 (14.94)

Table 2: Emergency nurses' perceptions of obstacles to providing EOL care (n = 261)

Item	Intensity		Frequency		POM
	M (SD)	Rank	M (SD)	Rank	
1. The nurse having to deal with angry family members.	2.92 (1.42)	1	2.66 (1.24)	3	7.77
2. Family members not understanding what "life- saving measures" really means.	2.80 (1.38)	2	2.64 (1.23)	4	7.39
3. Lack of nursing education and training regarding family grieving and quality EOL care.	2.57 (1.32)	6	2.67 (1.47)	2	6.86
4. The ED nurse having too high a workload to allow for adequate time to care for dying patients and their families.	2.66 (1.34)	3	2.56 (1.31)	6	6.81
5. The nurse having to deal with distraught family members while still providing care for the patient.	2.52 (1.19)	8	2.59 (1.13)	5	6.53
6. Not enough time to provide quality EOL care because the nurse is consumed with activities that are trying to save the patient's life.	2.58 (1.26)	5	2.52 (1.23)	7	6.50
7. Families not accepting what the physician is telling them about the patient's poor prognosis.	2.60 (1.23)	4	2.47 (1.09)	8	6.42



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles
and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China
การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย
ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

Table 2: Emergency nurses' perceptions of obstacles to providing EOL care (n = 261)
(Continue)

Item	Intensity		Frequency		POM
	M (SD)	Rank	M (SD)	Rank	
8. The family, for whatever reason, is not with the patient when he or she is dying.	2.56 (1.42)	7	2.41 (1.19)	9	6.17
9. Intra-family disagreements about whether to approve the use of life support.	2.48 (1.22)	9	2.40 (1.18)	11	5.95
10. The nurse not knowing the patient's wishes about continuing treatments and tests because of the inability to communicate due to depressed neurological status or due to pharmacologic sedation.	2.46 (1.35)	11	2.39 (1.27)	12	5.88
11. No available support person for the family such as a social worker or religious leader.	2.40 (1.40)	13	2.40 (1.41)	10	5.76
12. Restriction of family members in the ED room during resuscitation.	2.08 (1.53)	23	2.76 (1.62)	1	5.74
13. The patient having pain that is difficult to control or alleviate.	2.39 (1.15)	14	2.26 (1.06)	14	5.40
14. Poor design of ED which do not allow for privacy of dying patients or grieving family members.	2.31 (1.30)	16	2.33 (1.32)	13	5.38
15. When the nurses' opinion about the direction patient care should go is not requested, not valued, or not considered.	2.34 (1.09)	15	2.22 (1.09)	15	5.19
16. Providing treatments for a dying patient even though the treatments cause the patient pain or discomfort.	2.23 (1.22)	18	2.21 (1.14)	16	4.93
17. Family and friends who continually call the nurse wanting an update on the patient's condition rather than calling the designated family member for information.	2.20 (1.24)	19	2.21 (1.26)	17	4.86
18. Dealing with the cultural differences that families employ in grieving for their dying family member.	2.16 (1.11)	20	2.20 (1.15)	18	4.75



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles
and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China
การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย
ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

Table 2: Emergency nurses' perceptions of obstacles to providing EOL care (n = 261)
(Continue)

Item	Intensity		Frequency		POM
	M (SD)	Rank	M (SD)	Rank	
19. Employing life sustaining measures at the families' request even though the patient had signed advanced directives requesting no such treatment.	2.31 (1.24)	17	2.05 (1.25)	22	4.74
20. Pressure to limit family grieving after the patient's death to accommodate a new admission to that room.	2.47 (1.40)	10	1.82 (1.21)	24	4.50
21. Continuing resuscitation for a patient with a poor prognosis because of the real or imagined threat of future legal action by the patient's family.	2.07 (1.26)	24	2.16 (1.21)	19	4.47
22. Being called away from the patient and their family because of the need to help with a new admission or to help another nurse care for his/her patients.	2.09 (1.18)	22	2.12 (1.23)	21	4.43
23. Multiple physicians involved with one patient who differ in opinion about the direction care should go.	2.03 (1.34)	26	2.14 (1.26)	20	4.34
24. Physicians who order unnecessary tests or procedures for dying patients just so they can say that every possibility was considered.	2.12 (1.26)	21	1.93 (1.23)	23	4.09
25. Too many family members being allowed in the room during resuscitation.	2.44 (1.69)	12	1.64 (1.45)	27	4.00
26. Physicians who won't allow the patient to die from the disease process.	2.04 (1.44)	25	1.66 (1.37)	26	3.39
27. Physicians who avoid having conversations with family members.	1.88 (1.59)	27	1.51 (1.39)	28	2.84
28. The nurse not being comfortable caring for dying patients and/or their families.	1.52 (1.25)	28	1.71 (1.25)	25	2.60

Note: POM = Perceived Obstacle Magnitude Score



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles
and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China
การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย
ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

Table 3: Emergency nurses' perceptions of supportive behaviors to providing EOL care (n = 261)

Item	Intensity		Frequency		PSBM
	M (SD)	Rank	M (SD)	Rank	
1. Having family members accept that the patient is dying.	3.14 (1.34)	1	2.85 (1.19)	2	8.95
2. EMT/Paramedic personnel assisting with resuscitation efforts on the dying patient.	3.01 (1.36)	4	2.95 (1.45)	1	8.88
3. Having the physicians involved in the patient's care agree about the direction care should go.	2.96 (1.41)	7	2.79 (1.44)	3	8.26
4. Good communication between the physician and RN who are caring for the dying patient.	2.93 (1.40)	9	2.69 (1.25)	4	7.88
5. After the patient's death, having support staff compile all the necessary paperwork for you which must be signed by the family before they leave the department.	2.99 (1.47)	5	2.55 (1.26)	6	7.62
6. Receiving education necessary to give appropriate end-of-life care to patients and their families.	3.04 (1.34)	2	2.49 (1.24)	8	7.57
7. Having a fellow nurse tell you that, "You did all you could for that patient", or some other words of support.	3.02 (1.45)	3	2.47 (1.13)	9	7.46
8. Having enough time to prepare the family for the expected death of the patient.	2.96 (1.81)	6	2.42 (1.00)	11	7.16
9. Allowing family members adequate time to be alone with the patient after he or she has died.	2.96 (1.47)	8	2.41 (1.24)	13	7.13
10. The opportunity to participate in a professional debriefing session after a traumatic death.	2.77 (1.39)	14	2.57 (1.48)	5	7.12
11. Providing a peaceful, dignified bedside scene for family members once the patient has died.	2.89 (1.38)	11	2.41 (1.20)	12	6.96
12. Having one family member be the designated contact person for all other family members regarding patient information.	2.74 (1.43)	15	2.53 (1.23)	7	6.93



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles
and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China
การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย
ในเชิงดู สาธารณรัฐประชาชนจีน

Table 3: Emergency nurses' perceptions of supportive behaviors to providing EOL care (n = 261)
(Continue)

Item	Intensity		Frequency		PSBM
	M (SD)	Rank	M (SD)	Rank	
13. The nurse drawing on his/her own previous experience with the critical illness or death of a family member.	2.81 (1.30)	13	2.46 (1.27)	10	6.91
14. An emergency department designed to provide privacy for the dying patient.	2.90 (1.40)	10	2.18 (1.32)	14	6.32
15. Having a fellow nurse put his or her arm around you, hug you, pat you on the back or give some other kind of brief physical support after the death of your patient.	2.68 (1.35)	17	2.16 (1.16)	15	5.79
16. An emergency department designed so that the family has a place to go to grieve in private.	2.88 (1.58)	12	1.98 (1.34)	18	5.70
17. Having a support person outside of the work setting who will listen to you after the death of your patient.	2.70 (1.30)	16	2.11 (1.32)	16	5.70
18. Teaching families how to act around the dying patient such as saying to them, "She can still hear...it is OK to talk to her."	2.65 (1.37)	18	2.03 (1.22)	17	5.38
19. Letting the social worker, nursing supervisor, or religious leader take primary care of the grieving family.	2.57 (1.54)	19	1.93 (1.25)	21	4.96
20. Having family members thank you or in some other way show appreciation for your care of the patient who has died.	2.41 (1.41)	21	1.97 (1.19)	20	4.75
21. Talking with the patient about his or her feelings and thoughts about dying.	2.48 (1.52)	20	1.88 (1.27)	22	4.66
22. Allowing families unlimited access to the dying patient even if it conflicts with nursing care at times.	2.30 (1.84)	23	1.98 (1.22)	19	4.55
23. Having fellow nurses take care of your other patient (s) while you get away from the department for a few moments after the death of your patient.	2.31 (1.43)	22	1.68 (1.40)	23	3.88

Note: PSBM = Perceived Supportive Behaviors Magnitude Score



Discussion

Emergency nurses in the present study perceived dealing with angry family members as the greatest obstacle to providing end-of-life care in terms of magnitude and reported "family members not understanding life-saving measures" as the second ranking obstacle (Table 2). Two of the top three obstacles in the present study, ranked by perceived magnitude, were related to family issues. Dealing with angry family members was also reported as a top three POM in a previous study from Hong Kong (Ho, 2016). The lack of training in EOL for the majority of participants (70.50%) (Table 1) in our study could contribute to this finding.

The ED is the first stop for many patients when admitted to a hospital, and the violent injuries encountered by medical staff working in the ED are often more direct and intense than those in other departments (Tan & Sun, 2022). The sudden death of a loved one leads to emotional impatience, anger, and questioning emotions in the family members. In the ED, family members often cannot understand the true meaning of life-saving measures. Therefore, in the face of the sudden death of their loved ones, family members often express anger and doubt, which nurses spend time and energy to deal with. However, the ED environment with its context of urgency and time limitation creates a barrier for mutual relationship building between nurses and patients' families (Kongsuwan et al., 2016). Such a chaotic and tense atmosphere results in insufficient time for medical staff to establish a trusting relationship with patients and their families, and they are unable to conduct in-depth exchanges, which affects the acceptance of EOL care by patients' families. Caring for grieving family members is often intense and demanding (Bailey et al., 2011). Nurse-patient disputes can easily arise, and handling disputes will further reduce the relatively short time that emergency nurses can devote to caring for dying patients (Zhang, 2019).

Lack of nursing education and training regarding family grieving and quality EOL care was the 3rd ranked POM found in this study. This finding was consistent with Ho's study (2016), in which lack of education and training was ranked 4th among 28 items. The finding was not surprising since most participants in this study had never had EOL training (Table 1). In China, the EOL concept is usually introduced in China while nurses study their bachelor's degree. Nurses learn basic end-of-life care concepts, including being care-centered, maintaining human dignity, improving the quality of life at the end of life, and facing death together (Li et al., 2021). Since 61.30% of the participants in this study (Table 1) had an associate degree or diploma, it is possible that they had not been introduced to the EOL concept during their study. Currently, EOL care training for emergency nurses in China is still in its infancy compared with other foreign countries such as the United States, the United Kingdom, and Canada, where there is standard EOL training (Han et al., 2019). The lack of knowledge often makes medical staff feel overwhelmed when providing EOL care (Mughal & Evans, 2020). Insufficient knowledge affects the development of end-of-life care (Yu et al., 2003). This study's findings confirm the need for EOL education and training for emergency nurses in China.



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย ในเชิงดู สาธารณรัฐประชาชนจีน

The high workload of ED nurses has often received a high ranking as an EOL obstacle in the literature (Beckstrand et al., 2008; Ho, 2016), as well as in this study (4th rank, Table 3). One of the major reasons might be the nursing shortage, which is an international challenge (Jester, 2023), especially in EDs. Time is crucial for nurses to provide EOL care, a shortage of nurses and inappropriate staffing could prevent them from giving time to care for dying patients. To facilitate EOL care among emergency nurses, appropriate nursing human resource allocation is needed to reduce current nursing workloads (Wang et al., 2020).

In terms of perceived supportive behaviors, “having family members accept that the patient is dying” was the 1st-ranked in this study, which was consistent with Ho (2016), while it ranked 7th in a study from the United States (Beckstrand et al., 2008). The difference in findings may be due to the differences between Chinese and Western cultural backgrounds and different perspectives on death (Wu et al., 2019). The Chinese people generally avoid talking about life and death. Death is the dark side of the outlook on life, which is rejected and denied spontaneously or unconsciously (Cao, 2015). When the patient's family cannot accept death, it is difficult to communicate with the family, which makes it difficult to carry out EOL care. Nurses need to understand and provide more time for them in order to deal with EOL care, especially related to a family's angry mood, which is supported by this study.

“EMT/Paramedic personnel assisting with resuscitation efforts on the dying patient” was the 2nd-ranked supportive behavior in this study. Emergency nurses often feel unable to devote time or emotional energy to provide dying care, and it is difficult to achieve psychological and spiritual care for dying patients (Feng et al., 2022). Receiving assistance from other personnel allows nurses to step away from resuscitative activities to provide EOL care for the dying patient.

“Having the physicians involved in the patient's care agree about the direction care should go” and “Good communication between the physician and RN who are caring for the dying patient” were perceived as the 3rd and 4th supportive behaviors to providing EOL care in this study. These findings highlighted the importance of a team approach and good communication in EOL care. Since EDs consist of a high-stress and fast-paced environment, effective communication is vital for providing optimal EOL care (Alqahtani & Mitchell, 2019; Feng et al., 2022).

Application of research findings

The results of this study could be used as basic information for EOL care improvement in EDs, especially in China. Strategies to target the top-ranked perceived obstacles could be designed and delivered. Training on EOL care for ED nurses should be promoted. Measures to promote top-ranked perceived supportive behaviors could also be planned and implemented.



Suggestions for further research

The top three perceived obstacles and perceived supportive behavior in EOL care should be further explored in their relationships with other confounding factors in the literature. Intervention research targeting the decrease of obstacles and enhancement of supportive behaviors could be conducted.

References

- Adams, J. A., Bailey, D. E., Anderson, R. A., & Docherty, S. L. (2011). Nursing roles and strategies in end-of-life decision making in acute care: A systematic review of the literature. *Nursing Research and Practice*, 2011, Article ID 527834. <https://doi.org/10.1155/2011/527834>
- Alqahtani, A. J., & Mitchell, G. (2019). End-of-life care challenges from staff viewpoints in emergency departments: Systematic review. *Healthcare*, 7(3), 83. <https://doi.org/10.3390/healthcare7030083>
- American Nurses Association. (2001). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. American Nurses Publishing.
- Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), 211-218.
- Bailey, C. J., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1371-1377.
- Beckstrand, R. L., Giles, V. C., Luthy, K. E., Callister, L. C., & Heaston, S. (2012). The last frontier: Rural emergency nurses' perceptions of end-of-life care obstacles. *Journal of Emergency Nursing*, 38(5), e15-e25.
- Beckstrand, R. L., Rohwer, J., Luthy, K. E., Macintosh, J. L., & Rasmussen, R. J. (2017). Rural emergency nurses' end-of-life care obstacle experiences: Stories from the last frontier. *Journal of Emergency Nursing*, 43(1), 40-48.
- Beckstrand, R. L., Smith, M. D., Heaston, S., & Bond, A. E. (2008). Emergency nurses' perceptions of size, frequency, and magnitude of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *Journal of Emergency Nursing*, 34(4), 290-300.
- Cao, K. (2015). Life after death: The "death" turn of life education in my country. *Adult Education in China*, 18, 176-178. (in Chinese)
- Chang, A., Espinosa, J., Lucerna, A., & Parikh, N. (2022). Palliative and end-of-life care in the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 9(3), 253-256.
- Dawood, M. (2020). End of life care in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 37(5), 273-278.
- Ding, C. Q., & Jin, J. F. (2020). The influence of death attitude on hospice care attitude among emergency nurses. *Chinese Journal Nursing Education*, (3), 275-278. <https://doi.org/10.3761/j.issn.1672-9234.2020.03.018> (in Chinese)
-



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles
and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China
การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย
ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

- Emergency Nurses Association. (2019). *Palliative and End-of-Life (EOL) care in the Emergency Department: Position statement*. <https://enau.ena.org>
- Feng, M., Chen, J., Yu, S., & Luo, D. (2022). Challenges and countermeasures in the emergency department of End-of-Life care. *Journal of Nurses Advancement*, 36(7), 529-533. (in Chinese)
- Guo, Q., & Jacelon, C. S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*, 28(7), 931-940.
- Han, G., Chen, C., Shi, Y., Liu, D., Wang, P., & Du, R. (2019). Enlightenment of foreign palliative care nurses' core competence research and training status to our country. *Chinese Nursing Management*, 19(5), 796-800. (in Chinese)
- Heaston, S., Beckstrand, R. L., Bond, A. E., & Palmer, S. P. (2006). Emergency nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *Journal of Emergency Nursing*, 32(6), 477-485.
- Ho, J. K. M. (2016). Resuscitation versus end-of-life care: Exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway. *Applied Nursing Research*, 29, e7-e13. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.014>
- Jester, R. (2023). Global shortage of nurses. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 49, 101018. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2023.101018>
- Kongsuwan, W., Matchim, Y., Nilmanat, K., Locsin, R. C., Tanioka, T., & Yasuhara, Y. (2016). Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *International Nursing Review*, 63(1), 132-138. <https://doi.org/10.1111/inr.12234>
- Li, H., Chen, H., Huang, L., An, F., Xu, P., Zhuang, M., Zhang, L. & Wang, J. (2021). Meta integration of qualitative research on end-of-life care experience of emergency nurses. *Journal of Nursing*, 28(7), 43-48. (in Chinese)
- Mughal, A., & Evans, C. (2020). Views and experiences of nurses in providing end-of-life care to patients in an ED context: A qualitative systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 37(5), 265-272.
- Pang, L. W., Li, X. L., & Han, P. H., (2019). A qualitative study of the real experience of emergency nurses on deaths of dying patients. *General Nursing*, 17(13), 1623-1626. (in Chinese)
- Tan, Z. X., & Sun, X. (2022). On the causes and legal countermeasures of the phenomenon of "Injured Doctors" in emergency departments in my country. *Chinese Health Legal System*, 30(3), 45-49. (in Chinese)
- Tse, J. W. K., Hung, M. S. Y., & Pang, S. M. C. (2016). Emergency nurses' perceptions of providing end-of-life care in a Hong Kong emergency department: A qualitative study. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 224-232.



Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles
and Supportive Behaviors in Chengdu, the People's Republic of China
การรับรู้ของพยาบาลฉุกเฉินเกี่ยวกับอุปสรรคและพฤติกรรมสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย
ในเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

- Wang, H., Liu, Y., & Zhao, L. (2020). Improvement and management of emergency pre-examination and triage posts in tertiary hospitals. *Journal of Nursing*, 35(16), 20-22. (in Chinese)
- Wu, Y., Zhang, G., & Li, H. (2019). Dialectical thinking on the change of death concept and the development of hospice care. *Journal of Nurses Training*, 14, 93-97. (in Chinese)
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis*. Harper and Row.
- Yu, X. J., Li, H., & Li, X. H. (2003). The nursing progress of end-of-life care. *West China Medical Journal*, 18(3), 51. (in Chinese)
- Zhang, H. (2019). The importance of building a harmonious doctor-patient relationship in the emergency department. *World Latest Medical Information Abstracts*, 19(97), 235-240. (in Chinese)



Situational Analysis of Incident Reporting in Bangkok-Surat Hospital*

การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร*

กณิกนันต์	ศรทอง**	Kaniknan	Sonthong**
ปรัชญนันท์	เที่ยงจรรยา***	Pratyanan	Thiangchanya***
ศศิธร	ลายเมฆ***	Sasithorn	Laimek***

Abstract

The use of incident reporting as a tool for improving patient safety by identifying problem areas and devising effective risk management strategies is well-established. This descriptive study aims to investigate the current state of incident reporting at Bangkok-Surat Hospital and suggest solutions. Donabedian's systemic framework is used as the conceptual model, which assesses incident reporting based on three aspects: structure, process, and outcome. The study is based on a sample of 25 personnel from Bangkok-Surat Hospital who have experience with incident reporting, and data was collected through semi-structured interviews and group discussions. Content analysis was used to analyze the data gathered.

The research showed:

1. Structure: Bangkok-Surat Hospital has a policy related to incident reporting, but it does not address the psychological safety of reporting. The hospital uses modern information technology to increase communication channels, but there is a lack of incident reporting training for both internal and external personnel. Physicians and nursing assistants reported fewer incidents than other personnel. Therefore, there should be an enhancement in the psychological safety policy. Departments should establish a continuous policy communication model. Incident reporting personnel should be trained to increase their knowledge and understanding and to promote the participation of interdisciplinary incident reporting.

2. Process: the study found that information technology management is easily accessible, convenient, and anonymous, but it cannot be used for efficient report management. Responses to incident reports were also found to be delayed, highlighting the inefficiencies in information technology management and response times. Therefore, personnel should be trained to use information technology effectively and the department should set up guidelines for self-reporting incident responses to create initial learning.

3. Outcome: the study found that incidents were underreported, and personnel were more likely to report incidents in other units than their own. The attitude towards reporting was also found to be more negative than positive. Therefore, the number of self-reported incidents should be increased, and personnel should adopt a positive attitude towards incident reporting.

The study's results can be used by hospital administrators and nursing administrators to improve risk management at the departmental level in Bangkok-Surat Hospital. The findings should be used to create shared values and encourage more positive attitudes towards incident reporting in hospitals.

Keywords: Situational analysis; Incident reporting

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University; e-mail: Kaniknanmeow@gmail.com

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

Received 2 February 2023; Revised 4 May 2023; Accepted 30 May 2023



บทคัดย่อ

การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นเครื่องมือในการปรับปรุงคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อทราบแนวโน้มปัญหาและหาแนวทางแก้ไขในการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบัน และเสนอแนวทางแก้ไข กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคิดการจัดการคุณภาพเชิงระบบโดนาปีเตียน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ประชากรเป็นบุคลากรโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ที่มีประสบการณ์รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 25 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษามีดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง พบว่า โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง แต่ไม่ครอบคลุมถึงความปลอดภัยทางจิตใจ จากการรายงานอุบัติการณ์ มีการกำหนดรูปแบบการสื่อสารนโยบายประจำปี และเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสาร แต่ขาดการจัดอบรมการรายงานอุบัติการณ์ให้แก่บุคลากรทั้งภายในและภายนอก แพทย์และผู้ช่วยพยาบาลมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์น้อย ดังนั้นจึงควรเพิ่มการกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางจิตใจ และแผนกควรมีการวางรูปแบบการสื่อสารนโยบายที่ต่อเนื่อง ควรจัดอบรมบุคลากรด้านการรายงานอุบัติการณ์เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการรายงานอุบัติการณ์
2. ด้านกระบวนการ พบว่า การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ เข้าถึงได้ง่าย สะดวก ไม่ระบุชื่อผู้รายงาน แต่ไม่สามารถใช้ให้เกิดประสิทธิภาพได้ การจัดการรายงานอุบัติการณ์ พบว่า การตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า ดังนั้นจึงควรกำหนดให้บุคลากรฝึกใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประสิทธิภาพ และแผนกควรมีการวางแผนทางตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้ป้องกัน
3. ด้านผลลัพธ์ พบว่า จำนวนการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าความเป็นจริง และส่วนใหญ่เป็นการรายงานอุบัติการณ์ในแผนกอื่นมากกว่าของตนเอง บุคลากรมีทัศนคติและการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเชิงลบ ดังนั้นจึงควรเพิ่มจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ของตนเอง และบุคลากรควรปรับทัศนคติด้านการรายงานอุบัติการณ์เป็นเชิงบวก

ผลการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นข้อมูล สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล หรือผู้บริหารทางการแพทย์ ในการปรับปรุงการจัดการความเสี่ยงระดับแผนกในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ และผลการศึกษานำไปสร้างค่านิยมร่วม และปรับทัศนคติการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลเป็นเชิงบวกต่อไป

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ e-mail: Kaniknanmeow@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นหัวใจสำคัญของบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Thiangchanya et al., 2016) เป็นศาสตร์แห่งการกำจัดความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้ป่วย ระหว่างที่ได้รับการรักษาพยาบาล (Nueangsitta et al., 2018) ในแต่ละปีพบสถิติผู้ป่วยกว่าล้านคนเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างรับบริการทางการแพทย์ ประเทศไทยมีการนำสถิติดังกล่าวมาสร้างความปลอดภัยให้กลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรที่ดีต้องมีการสร้างการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารหรือองค์กร (Suriyawong & Tongswas, 2021) ปัจจุบันพบว่ามูลค่าการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางการแพทย์มีอัตราที่สูงขึ้น ทำให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเร่งวางแผนทางป้องกันความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ผ่านการรายงานอุบัติการณ์ โดยพบว่าแต่ละโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ ควบคู่กับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความตระหนักต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งความตระหนักเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม

การรายงานอุบัติการณ์ เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงคุณภาพความปลอดภัย (Pham et al., 2013) ทำให้องค์กรทราบขนาดและแนวโน้มปัญหาของระบบการทำงาน และสามารถนำมาสร้างมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำ (Supachutikul, 2000) ดังนั้นการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพจึงสำคัญ ในระดับบุคคลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสามารถสะท้อนความโปร่งใสในการทำงาน ทศนคติเชิงบวก (Morris & O'Riordan, 2017) สามารถนำการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมาวางแผนจัดการความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพได้ (Powell-Cope et al., 2014) และยังช่วยลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลผิดพลาด ลดการฟ้องร้องอีกด้วย ปัจจุบันพบว่ามีองค์กรสุขภาพภาครัฐได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ โดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) ให้ครอบคลุมคุณภาพทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ ทำให้องค์กรทราบถึงสถานการณ์ของการรายงานอุบัติการณ์ที่ตรงกับบริบทองค์กรตนเอง โดยมีการศึกษาถึงปัจจัยองค์กรที่ส่งเสริมให้การรายงานอุบัติการณ์เกิดความสำเร็จ ได้แก่ 1) ผู้บริหาร โดยการสนับสนุนการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจน (Khuenkum et al., 2020) 2) ผู้ปฏิบัติงาน โดยการจัดอบรมให้เห็นประโยชน์ของการรายงานอุบัติการณ์ ปรับความคิด รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ถูกลงโทษให้เกิดขึ้นในองค์กร (Yoo & Kim, 2017) 3) ระบบป้องกันการโดนลงโทษจากองค์กร และการสร้างมิตรภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน (Engeda, 2016) 4) การจัดบรรยากาศที่ส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ (Chiang et al., 2011) 5) ระบบการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ สร้างความมั่นใจในการแก้ปัญหาเชิงระบบที่แท้จริง (Benn et al., 2009) และ 6) ทศนคติ การรับรู้เชิงบวกของบุคลากร ผลกระทบที่เกิดขึ้นหากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงน้อยกว่าความเป็นจริง ผู้รับบริการจะไม่ปลอดภัยจากการให้บริการสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และองค์กรอาจถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย หรือเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผิดพลาดที่สูงขึ้น ดังนั้นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์ที่ตรงกับบริบทองค์กรทั้ง 3 ด้าน เพื่อนำไปวางแผน หรือแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพต่อไป

โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ จัดตั้งขึ้นภายใต้บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด (มหาชน) ถือเป็นองค์กรภาคเอกชนในระบบบริการสุขภาพ ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาลจนได้รับรองมาตรฐานการปฏิบัติตามแนวทางพัฒนานับได้ขั้นที่ 3 สู่ HA เมื่อปี พ.ศ. 2563 หนึ่งในค่านิยมหลักของโรงพยาบาล คือ วัฒนธรรมความปลอดภัย และมีการสำรวจการปฏิบัติตามค่านิยมหลักอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลก็ยังพบกับความไม่ปลอดภัยและการร้องเรียนจากการให้บริการ จนส่งผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสำหรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และเมื่อทบทวนรายงานอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น พบว่าในปี พ.ศ.



2562-2563 มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเพียง 44 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 2 (Bangkok-Surat Hospital, 2022) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องสูญเสียเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 56 แสดงถึงจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ที่โรงพยาบาลได้รับอาจมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง จนไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการรายงานอุบัติการณ์มาวางแผนป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ให้บริการดูแลผู้ป่วยสุขภาพดี ลูกเข็น วิกฤต โดยมีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 100-150 ราย รับนโยบายการบริหารความเสี่ยงจากศูนย์คุณภาพและฝ่ายการพยาบาล จากผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2565 เดือนมกราคม-เมษายน พบว่ามีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ที่ถูกบันทึก 22 ฉบับ ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ของโรงพยาบาล และเมื่อนำข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ที่ได้บันทึกเทียบกับการสอบถามผู้ปฏิบัติงานพบว่า ข้อมูลที่ได้รับมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง และจากการวิเคราะห์คุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบันของโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์พบว่า ระดับความรุนแรง เนื้อหาการเขียนรายงานสื่อถึงปัญหาไม่ชัดเจน ส่งผลถึงการจัดการรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า ระดับผู้ปฏิบัติงานมีปัญหาอุปสรรค คือ มองการรายงานอุบัติการณ์เป็นภาระงาน ไม่มีประโยชน์ และระบบรายงานอุบัติการณ์ไม่เอื้อให้ปฏิบัติตาม ระดับผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการความเสี่ยงไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้การจัดการรายงานอุบัติการณ์ไม่เป็นไปตามนโยบายที่วางไว้ ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรมีการศึกษาศถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อช่วยให้องค์กรทราบแนวโน้มปัญหาการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงในโรงพยาบาล นำมาวางแผนจัดการทรัพยากร เพื่อสนับสนุนให้การรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงประสบผลสำเร็จ เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติในการเพิ่มคุณภาพบริการจากการรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ เป็นข้อมูลให้บุคลากรในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ได้เปลี่ยนมุมมองทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และสามารถนำไปพัฒนาการบริการสุขภาพองค์กรภาคเอกชนที่เข้มแข็งเพื่อให้เกิดความปลอดภัยที่ยั่งยืนต่อไป

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย พบว่า มีงานวิจัยที่ใกล้เคียงซึ่งเป็นการวิจัยของระบบสุขภาพภาคภาครัฐ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการรายงานอุบัติการณ์ในระบบสุขภาพภาคเอกชน เนื่องด้วยบริบทขององค์กรที่มีเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย และนำมาใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง หากมีการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลหรือผู้นำทางการพยาบาลจะสามารถนำไปวางระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่ตรงกับบริบทที่แท้จริง จนถึงปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพของผู้ป่วย อาจลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และยังส่งผลถึงความน่าไว้วางใจของระบบสุขภาพภาคเอกชนที่มีต่อสังคมอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาศถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

1. สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบัน
2. สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในอนาคต แนวทางแก้ไขปัญหาคูณภาพการบริการ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพ-สุราษฎร์ เพื่อศึกษาศถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบันและอนาคต เพื่อแก้ไขปัญหาคูณภาพการบริการ โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) ประกอบด้วย ด้าน



โครงสร้าง (structure) ได้แก่ ลักษณะองค์กร ทรัพยากรเครื่องมือ บุคลากร และการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ด้านกระบวนการ (process) ได้แก่ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการรายงานอุบัติการณ์ ด้านผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของหน่วยงาน และทัศนคติ การรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ บุคลากรในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์อย่างน้อย 1 ปี มีส่วนเกี่ยวข้องในการรายงานอุบัติการณ์

กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ยินดีเข้าร่วมการวิจัย รวม 25 คน จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ผู้บริหารโรงพยาบาล เป็นผู้บริหารมีตำแหน่งระดับหัวหน้างานหรือผู้จัดการ จำนวน 4 คน กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ภายใต้นโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์จำนวน 2 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ 3 เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ รวมทั้งปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ ข้อมูลเสนอแนะเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ ตัวอย่างข้อคำถามด้านโครงสร้าง สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในปัจจุบัน “ในมุมมองท่าน สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร” สถานการณ์การรายงานในอนาคต “มีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างให้คนในองค์กรเต็มใจรายงานอุบัติการณ์ และจะขับเคลื่อนอย่างไรในอนาคตเพื่อสร้างความยั่งยืน” ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามมาจากการรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุณภาพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ และอาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัส PSU IRB 2022-St-Nur 009 และผ่านการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ รหัส อว 68105/1054 ผู้วิจัยขออนุญาต และขอความร่วมมือโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับ หรือปฏิเสธ และยุติการเข้าร่วมการศึกษานี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา นำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม และข้อมูลถูกทำลายทิ้งทันทีภายหลังสิ้นสุดการศึกษา หลังจากผู้เข้าร่วมการศึกษาดำเนินการเข้าร่วมการศึกษานี้แล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้



Situational Analysis of Incident Reporting in Bangkok-Surat Hospital การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

1. ประสานงานกับหัวหน้าแผนกของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการเก็บข้อมูล ประสานงานกับศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล รวมถึงขออนุญาตเข้าถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ

2. ติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่ออธิบายรายละเอียดงานวิจัยตามเอกสารชี้แจง ก่อนที่จะขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่ม

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยระดับผู้บริหาร และคณะกรรมการความเสี่ยงใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างรายบุคคลใช้เวลาเฉลี่ย 45-60 นาที ระดับผู้ปฏิบัติงานใช้การสนทนากลุ่ม กำหนดจำนวนสมาชิก 5-10 คนต่อครั้ง ใช้เวลาเฉลี่ย 60-90 นาที ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว คือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ และเมื่อข้อมูลที่ได้เกิดความซ้ำซ้อนไม่สร้างการเรียนรู้เพิ่มถือว่าข้อมูลอิ่มตัว ในระหว่างการสนทนามีการบันทึกเสียง กริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งจดบันทึกช่วยจำในประเด็นที่สำคัญ

4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารโดยใช้แบบบันทึกการวิเคราะห์เอกสารการรายงานอุบัติการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ถอดเทปข้อมูลและนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ประกอบด้วย

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนาถอดเทป ด้วยการพิมพ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค และอ่านทำความเข้าใจเพื่อหาข้อสรุปหลัก เน้นสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์

2. นำข้อมูลทั้งหมดมาบันทึกในตารางที่จัดทำไว้ โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยใส่คำตอบตามแนวคำถาม และใส่เลขลำดับบรรทัดเพื่อสะดวกต่อการอ้างอิงข้อมูลการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม

3. นำข้อมูลที่บันทึกได้จากการสัมภาษณ์ มาพิจารณาความเหมือน ความต่าง และนำมาหาข้อสรุปเขียนบรรยายอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

4. นำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 1 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 84) เกือบทั้งหมดมีอายุเฉลี่ยระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 40) และสำเร็จการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 11 คน (ร้อยละ 44) เป็นตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 68) และครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลมากกว่า 15 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 44) โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 88) ไม่ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการหรืออบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือการรายงานอุบัติการณ์ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา และพบว่ากลุ่มเป้าหมายจำนวน 19 คน (ร้อยละ 76) มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลในฐานะพยาบาลระดับปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	16.00
หญิง	21	84.00



Situational Analysis of Incident Reporting in Bangkok-Surat Hospital

การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 25) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-30	9	36.00
31-40	10	40.00
40 ปีขึ้นไป	6	24.00
วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	9	36.00
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	11	44.00
ปริญญาโท	5	20.00
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน		
ผู้บริหารโรงพยาบาล	1	4.00
ผู้จัดการ	2	8.00
อาจารย์แพทย์	2	8.00
หัวหน้าหน่วยงาน รองหัวหน้า	3	12.00
ผู้ปฏิบัติงาน (พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล)	17	68.00
ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล		
1-5 ปี	9	36.00
6-10 ปี	2	8.00
11-15 ปี	3	12.00
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	11	44.00
การเข้าร่วมประชุมวิชาการหรืออบรมเกี่ยวกับ “ความปลอดภัยหรือการรายงานอุบัติการณ์” ในรอบ 3 ปี		
ไม่ได้เข้าร่วม	22	88.00
ได้เข้าร่วมการอบรม ระบุ Risk management	3	12.00
บทบาทในการมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล		
ผู้บริหารโรงพยาบาล	4	16.00
คณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาล	2	8.00
ผู้ปฏิบัติงาน (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล)	19	76.00

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ ในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

2.1 สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในปัจจุบัน

ด้านโครงสร้าง (structure) ประกอบด้วย

1) ลักษณะขององค์กร พบว่า ผู้บริหารกำหนดวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นค่านิยมและพันธกิจขององค์กร และมีการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า Safety culture survey score มีค่าต่ำกว่าเป้าหมายกำหนด (Bangkok-Surat Hospital, 2022) มีนโยบายที่เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงความปลอดภัยทางใจ และพบว่าไม่มีการนำนโยบายลงสู่หน่วยงานที่ชัดเจน เพื่อมาวางแผนบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่อง เกิดช่องว่างระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร โดยผู้ปฏิบัติงานไม่เห็นเป้าหมายด้านการรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจนตามบริบท



Situational Analysis of Incident Reporting in Bangkok-Surat Hospital การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

ของหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ตามนโยบายกำหนด ดังข้อมูล
ที่อธิบายว่า “ฟีดแบ็กนโยบายส่วนใหญ่ในไลน์กลุ่มและก็มีมาชี้แจงในหน่วยงานอีกรอบ แต่ไม่ได้เน้นย้ำหรือชี้แจง
แนวปฏิบัติที่ชัดเจน คือที่คิดว่าน้อง ๆ สามารถปฏิบัติตามได้ เมื่อเกิดปัญหาค่อยแก้กันไป” (DI-5)

2) ทรัพยากรเครื่องมือ พบว่า รูปแบบของการสื่อสารทางโรงพยาบาลกำหนดการสื่อสารนโยบาย
ผ่านทางการจัดอบรมบุคลากรใหม่และสนับสนุนให้มีระบบสารสนเทศที่ทันสมัยช่วยในการสื่อสาร ซึ่งมีทั้ง
โปรแกรมในคอมพิวเตอร์และแอปพลิเคชันไว้ศึกษาเคลื่อนที่ อย่างไรก็ตามพบว่า การสื่อสารเหล่านั้นยังมีช่องว่าง
ในการสร้างความเข้าใจ และความตระหนักให้กับบุคลากร เนื่องจากแนวทางการสื่อสารที่วางไว้เป็นระบบการ
สื่อสารทางเดียวไม่มีความต่อเนื่อง จึงมีผลให้บุคลากรเกิดความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนในนโยบาย และไม่สามารถนำ
นโยบายไปปฏิบัติได้จริง ดังข้อมูลที่อธิบายว่า “น้องได้รับการสื่อสารตอนเข้าทำงาน และเขาแจ้งว่าสามารถเปิด
อ่านเองได้ใน information ของโรงพยาบาลแต่ไม่เข้าใจนะพี่ เคยเข้าไปอ่านแล้ว เหมือนถ้าสงสัยก็ไม่ว่าจะถามใคร
อยากให้สื่อสารโดยตรงบ่อย ๆ ผ่านหน้างานมากกว่า” (FG-G1)

3) บุคลากรและการมีส่วนร่วมของวิชาชีพ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลกรุงเทพ-
สุราษฎร์มีอายุงานเฉลี่ยมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 44 ขึ้นไปซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นระดับผู้บริหาร คณะกรรมการความ
เสี่ยง และกลุ่มประสบการณ์ไม่ถึง 5 ปี รองลงมาร้อยละ 36 อยู่ในระดับผู้ปฏิบัติงาน พบว่าในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา
บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ ส่งผลให้ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ
รายงานอุบัติการณ์ และยังพบว่ามีช่องว่างระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในการมองเห็นประโยชน์ของการ
รายงานอุบัติการณ์ ดังข้อมูลที่อธิบายว่า “พี่ว่าคนที่มีความประสบการณ์ จะเห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์
มากกว่าคนที่มีประสบการณ์น้อย คือเหมือนถ้าเป็นพวกเลเวลสูง ๆ การจัดการรายงานอุบัติการณ์เป็นแบบนิ่ง
เลเวลหนึ่งก็จะจัดการแบบนิ่งส่วนมากพวกนี้ใช้วิธีโทรหาพี่” (DI-2)

การมีส่วนร่วมของวิชาชีพ พบว่า ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล
กรุงเทพสุราษฎร์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวิชาชีพพยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ที่รายงานอย่างต่อเนื่อง และพบว่า
ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ช่วยพยาบาล และแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพบเห็นอุบัติการณ์ ความเสี่ยง
โดยตรง ดังข้อมูลที่อธิบายว่า “ผู้ช่วยไม่ค่อยได้รายงานอุบัติการณ์เข้าระบบนะพี่ ใช้วิธีบอกพี่อื่นมาถ้าพบเจอ
เหตุการณ์ บางครั้งก็ไม่ได้บอกถ้ายุ่ง ๆ ” (FG-G2) เมื่อวิเคราะห์การรายงานอุบัติการณ์ระดับแผนก พบว่า
ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในแต่ละเหตุการณ์มักพบความผิดพลาดร่วมกันของสหวิชาชีพ

ด้านกระบวนการ (process) ประกอบด้วย

1) การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า การนำโปรแกรม occurrence online มาใช้เป็น
กระบวนการรายงานอุบัติการณ์ในปัจจุบัน เข้าถึงได้ง่าย สะดวก สามารถเลือกไม่ระบุชื่อผู้รายงานได้ ทำให้
ผู้รายงานรู้สึกสะดวกใจในการรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น แต่มีความยุ่งยากในประเด็นการเลือกกล่องหัวข้อของ
อุบัติการณ์ เพราะไม่ตรงกับบริบทของโรงพยาบาล กลุ่มผู้บริหารมองว่าโปรแกรมเป็นเครื่องมือที่จะช่วยสนับสนุน
การรายงานอุบัติการณ์ได้ ดังข้อมูลที่ว่า “โปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ของเราเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ
สูงสามารถเชื่อมโยงทั้งผู้บริหารและผู้รายงาน รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วย ใช้งานง่าย หัวข้อชัดเจน ” (DI-4)
เพราะมีความน่าเชื่อถือและพัฒนามาจาก AHRQ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีมาตรฐานรองรับ ในระดับผู้ปฏิบัติงานให้
ข้อมูลว่าโปรแกรม occurrence online ปัญหาหลักคือการเลือกหัวข้อ ดังข้อมูลที่ว่า “ปัญหาคือการเลือกหัวข้อ
อุบัติการณ์ มันเลือกไม่ถูกพี่ ยิ่งเรานาน ๆ บันทึกรายงานไม่ได้ทำบ่อย เข้าไปทำทีก็ใช้เวลานาน ” (FG-G1) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์
จากการสอบถามผู้ปฏิบัติงานพบว่าการรายงานอุบัติการณ์ในระยะเวลาสามเดือนที่ผ่านมาเฉลี่ยคนละ 1 ฉบับ ทำให้
ผู้ปฏิบัติงานขาดทักษะในการใช้โปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์

2) การจัดการรายงานอุบัติการณ์ พบว่า โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ไม่สามารถปฏิบัติการ
จัดการรายงานอุบัติการณ์ได้ตามแนวทางที่วางไว้ จากการทบทวนเอกสาร ในปีพ.ศ. 2561-2564 กำหนดให้การ



Situational Analysis of Incident Reporting in Bangkok-Surat Hospital การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วงเวลาที่กำหนด ระดับ E-F รายงานภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 100 แต่พบว่ามี การรายงานภายใน 24 ชั่วโมงต่ำกว่าเป้าหมายทุกปี การประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ถูกต้องผ่านเป้าหมาย ร้อยละ 80 ทุกปี และด้านการจัดการและการทบทวนความเสี่ยง อัตราของอุบัติการณ์ ระดับ A-D ทบทวน ตอบ กลับภายใน 15 วัน เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 90 โดยในปี พ.ศ. 2561-2564 มีจำนวนต่ำกว่าเป้าหมาย ระดับ E-F มีจำนวนต่ำกว่าเป้าหมายกำหนดเช่นกัน (Bangkok-Surat Hospital, 2022) อาจเนื่องจาก ภาระงานหรือขาด การจัดลำดับความสำคัญในการจัดการปัญหา เมื่อวิเคราะห์การตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ พบว่าไม่สามารถ ปฏิบัติได้ภายในเวลาที่กำหนด เนื่องจากโครงสร้างขององค์กรที่ไม่สนับสนุน ดังข้อมูลที่ว่า “การจัดส่งข้อมูลการ รายงานอุบัติการณ์จะส่งอาทิตย์ละ 1 ครั้งทุกวันอังคาร ทำให้การจัดการปัญหาบางครั้งล่าช้า” (DI-6)

ด้านผลลัพธ์ (outcome) ประกอบด้วย

1) จากการทบทวนเอกสารการกำหนดเป้าหมายจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ในแต่ละปี มากกว่า 2400 เรื่อง โดยปี พ.ศ. 2561-2564 มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ต่ำกว่าเป้าหมาย และกำหนดการ รายงานอุบัติการณ์โดยหน่วยงานรายงานตนเองมากกว่าร้อยละ 50 ต่อปี โดยจำนวนที่ได้มีค่าต่ำกว่าเป้าหมาย กำหนด แต่พบแนวโน้มสูงขึ้น (Bangkok-Surat Hospital, 2022) การที่หน่วยงานมีการรายงานตนเองน้อยอาจ เนื่องมาจากบรรยากาศ เพื่อนร่วมงาน เมื่อพิจารณาจำนวนการรายงานอุบัติการณ์แต่ละหน่วยงานพบว่าจำนวน อุบัติการณ์ที่ได้รับน้อยกว่าความเป็นจริง

2) ทักษะคิด และการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ พบว่า ทักษะคิดของผู้รายงานที่มองว่าการ รายงานไม่เกิดประโยชน์ ดังข้อมูลที่ว่า “ไม่ค่อยได้รายงานคะพี่ บางทีรายงานไปก็ไม่มีการตอบกลับ หรือตอบกลับ ก็ไม่มีใครบอกว่าแก้ปัญหาอะไรกันไปปรับระบบอย่างไร” (DI-5) ดังนั้น หากโรงพยาบาลละเลยให้ผู้ปฏิบัติงาน ไม่เห็นประโยชน์ของการรายงานอุบัติการณ์ไปอย่างต่อเนื่อง จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ที่ทางโรงพยาบาลได้รับ ก็ยังน้อยลงจนไม่สามารถนำไปปรับปรุงพัฒนาการทำงานได้ ข้อเสนอแนะจึงควรเพิ่มจำนวนบันทึกการรายงาน อุบัติการณ์ให้เทียบเท่ากับความเป็นจริง ด้วยการสร้างบรรยากาศที่บุคลากรพร้อมจะรายงานตนเอง โดยเริ่มจาก การปลูกฝังค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับบุคคลจนนำไปสู่ระดับองค์กรต่อไป

2.2 สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ในอนาคต แนวทางแก้ไขปัญหาคอนาภาพการบริการ

ด้านโครงสร้าง (structure) ประกอบด้วย

1) ลักษณะองค์กร พบว่า อนาคตควรเพิ่มนโยบายที่ครอบคลุมความปลอดภัยทางใจของ ผู้รายงานอุบัติการณ์ ดังข้อมูลที่ว่า “ต่อไปอาจต้องเพิ่มนโยบายที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกปลอดภัยเมื่อต้องรายงาน อุบัติการณ์ เพราะจะช่วยแก้ปัญหาระยะยาวได้” (DI-1) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลไม่มีการตำหนิ หรือ ลงโทษบุคคลดังกล่าว

2) ทรัพยากรเครื่องมือ พบว่า ควรเพิ่มแนวทางการแก้ปัญหการรายงานอุบัติการณ์ด้าน โครงสร้าง ด้วยการวางรูปแบบการสื่อสารนโยบายการรายงานอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่อง หลากหลายช่องทาง และ เข้าถึงระดับแผนก ระดับบุคคลได้อย่างเป็นรูปธรรมกำหนดวันเวลาชัดเจน ดังข้อมูลที่ว่า “วิธีการแก้ปัญหการ รายงานอุบัติการณ์ในแผนก พี่มองว่าแผนกต้องเริ่มจากการพูดคุย เป้าหมาย พูดคุยว่าเราจะปฏิบัติกันอย่างไร สม่าเสมอ” (DI-5) โดยรูปแบบการสื่อสารที่ออกแบบไว้ คือการสื่อสารด้วย daily huddle, บอร์ดความเสี่ยง และ การรายงานอุบัติการณ์ที่บุคลากรในแผนกร่วมกันจัดทำแนวทางด้วยทีมงานตนเอง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน เป้าหมายอุบัติการณ์ ความเสี่ยงกันแผนกที่ต่อเนื่อง

3) บุคลากร และการมีส่วนร่วมของวิชาชีพ พบว่า อนาคตควรมีการวางแผนจัดประชุม อบรม เรื่องความปลอดภัย การรายงานอุบัติการณ์ที่มีคุณภาพให้แก่บุคลากร ดังข้อมูลที่ว่า “น้องว่าถ้าสอนหรือให้ความรู้ พวกเราก็น่าจะรายงานอุบัติการณ์ถูกต้องมากขึ้นนะพี่” (DI-4) จึงควรจัดการประชุมเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือ

การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามบริบทของโรงพยาบาลให้แก่บุคลากร เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในการรายงานอุบัติการณ์ สนับสนุนให้มีเวทีแลกเปลี่ยนคุณค่าของการรายงานอุบัติการณ์ที่ผู้บริหารมองเห็นแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่ยั่งยืน การมีส่วนร่วมของวิชาชีพ พบว่า ในอนาคตการมีส่วนร่วมของวิชาชีพควรมีเพิ่มขึ้น เช่น ให้แพทย์ ผู้ช่วยพยาบาลสามารถลงข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงเข้าระบบเองได้ ดังข้อมูลที่ว่า “ถ้ามีการอบรมการใช้โปรแกรม พวกผู้ช่วยอย่างหนูก็จะรายงานอุบัติการณ์เอง ไม่ต้องรอพี่อื่นมาจ” (FG-G1) จึงมีข้อเสนอแนะให้หัวหน้าแผนกส่งเสริมให้สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์เข้าระบบเพื่อเป็นข้อมูลเชิงลึก ให้แต่ละวิชาชีพได้นำไปปรับปรุงพัฒนาระบบการทำงานของตนอย่างมีคุณภาพต่อไป

ด้านกระบวนการ (process) ประกอบด้วย

1) การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า อนาคตควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้โปรแกรม occurrence online และให้ผู้ปฏิบัติงานฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะ หรือการจัดบุคลากรที่มีประสบการณ์สูงในการรายงานให้เป็นต้นแบบแก่ผู้ปฏิบัติงานในแผนกเพื่อให้คำปรึกษา และช่วยเหลือเมื่อต้องบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ลงโปรแกรม occurrence online ดังข้อมูลที่ว่า “เครื่องมือในการรายงานอุบัติการณ์ที่ดีสำหรับน้องควรที่จะใช้ได้ทุกคน และทุกคนควรใช้ให้เกิดประโยชน์กับตัวเขามากที่สุด” (FG-G2) เพื่อให้การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศเกิดประสิทธิภาพ

2) การจัดการรายงานอุบัติการณ์ พบว่าอนาคตหากควรมีการวางระบบให้แผนกเข้ามามีบทบาทในการออกแบบการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ หรือมีการทำ RCA ของแผนกตนเองเบื้องต้น ดังข้อมูล “วิธีจัดการรายงานอุบัติการณ์ ต้องจัดการ Real time ได้ หากไม่ได้หรือต้องการทีมสนับสนุนก็ต้องมีระบบมารองรับเพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยเร็วที่สุด” (DI-2) ทั้งนี้เพื่อให้การบริหารจัดการรายงานอุบัติการณ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านผลลัพธ์ (outcome) ประกอบด้วย

1) จำนวนรายงานอุบัติการณ์ และจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ตนเองของแผนก พบว่า อนาคตโรงพยาบาลคาดหวังให้มีจำนวนเทียบเท่าอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริง และเป็นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตนเอง ดังข้อมูล “พี่ก็อยากเห็นน้อง ๆ มีการรายงานอุบัติการณ์ตนเองเพิ่มขึ้น ไม่กลัวโดนตำหนิ กล้าแล้ว กล้าบอก จำนวนรายงานอุบัติการณ์เพิ่มไม่เพิ่มคงไม่มีประโยชน์ ขอแค่เมื่อมีเหตุการณ์ที่ต้องรายงานให้เขารายงานกันก็พอ” (DI-1) สามารถนำข้อมูลไปวางแผนคุณภาพบริการ จากแนวโน้มอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2) ทักษะ และการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ พบว่า อนาคตผู้บริหารคาดหวังว่าบุคลากรจะมีทักษะ และการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นใหม่ในการเปิดใจรายงานอุบัติการณ์ ดังข้อมูลที่ว่า “ต้องเปลี่ยน mindset เขาค่ะ ให้มองว่าการรายงานอุบัติการณ์มีข้อดีอย่างไร ช่วยแก้ปัญหาเขาได้มากแค่ไหน” (FG-1) ดังนั้น แนวทางแก้ไขปัญหการรายงานอุบัติการณ์ด้านผลลัพธ์ คือ ควรมีการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานอุบัติการณ์ เพิ่มจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ให้มีจำนวนเทียบเท่ากับความ เป็นจริง และส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ตนเอง

การอภิปรายผล

ด้านโครงสร้าง

ด้านโครงสร้างของสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ พบว่า นโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงไม่ครอบคลุมความปลอดภัยทางใจของผู้รายงานอุบัติการณ์ ซึ่งส่งผลให้บุคลากรยังคงกลัวการลงโทษ และการโดนตำหนิ เมื่อเจออุบัติการณ์ความเสี่ยงบุคลากรไม่กล้ารายงานอุบัติการณ์ จึงมีผลให้จำนวนรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งความปลอดภัยทางใจเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Healthcare Accreditation Institute, 2022) บุคลากรจะมีความมั่นใจที่จะแสดงออก เช่นการพูดถึงเรื่องผิดพลาดมากขึ้น จนนำไปสู่การกล้าที่จะรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเช่นกัน

รูปแบบการสื่อสารนโยบายเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านช่องทางโครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพ นับว่าเป็นช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม (Healthcare Accreditation Institute, 2015) ตัวอย่างช่องทางการสื่อสาร เช่น แอปพลิเคชัน PAC D และ Intranet ของโรงพยาบาลซึ่งนับเป็นรูปแบบที่ทันสมัย แต่พบว่าขาดการสื่อสารนโยบายที่ต่อเนื่องในระดับแผนก ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีการสื่อสารกันมากที่สุด โดยหัวหน้าหน่วยงานสามารถนำรูปแบบการสื่อสารขององค์กรไปปรับใช้ในการสื่อสารนโยบายที่ต่อเนื่องให้กับผู้ปฏิบัติงาน ดังเช่น การศึกษาของ รีส และคณะ (Reis et al., 2018) ที่ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยการสำรวจคุณลักษณะโรงพยาบาล พบว่า มิติที่แข็งแกร่งที่สุด คือการพัฒนาองค์กรเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทีมสามารถสื่อสารที่ต่อเนื่องจะสร้างการเรียนรู้ได้ นอกจากนี้บุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจในการรายงานอุบัติการณ์ หรือความปลอดภัยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรายงานอุบัติการณ์ (Yoon & Lee, 2022) ดังนั้น โรงพยาบาลควรวางแผนจัดการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแก่บุคลากรที่ชัดเจน

ผลการศึกษาพบว่า วิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ และผู้ช่วยพยาบาล มีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าพยาบาล อาจเนื่องมาจากบริบทงานและความรับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ อีวาน และคณะ (Evans et al., 2006) ที่ได้ศึกษาทัศนคติและอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ ต่อการศึกษาการมีส่วนร่วมในโรงพยาบาล โดยพบว่า ทั้งแพทย์และพยาบาลเชื่อว่าการรายงานอุบัติการณ์ส่วนใหญ่พยาบาลทำบ่อยกว่าแพทย์ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เปิดกว้างให้ทุกวิชาชีพมองเห็นโอกาสในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันเข้ามามีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ในระบบจะทำให้เพิ่มการรายงานอุบัติการณ์ได้ ดังการศึกษาของ โฮเวลล์ และคณะ (Howell et al., 2015) เรื่องการรายงานอุบัติการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่พบว่า สภาพแวดล้อมที่เปิดกว้างและความกลัวที่ลดลงในการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์จะเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์ได้ และการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ตอบสนองและเป็นความลับจากการรายงานอุบัติการณ์จะเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากร

ด้านกระบวนการ

ด้านกระบวนการของสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ พบว่าการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ มีโปรแกรมที่ทันสมัย สะดวก เข้าถึงง่าย และไม่ระบุชื่อผู้รายงานส่งผลให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น เพราะบุคลากรรู้สึกปลอดภัยจากการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่ระบุชื่อ ซึ่งสอดคล้องกับบทความการพัฒนาวัฒนธรรมการรายงาน ต่อการเรียนรู้จากการไม่เปิดเผย และผลกระทบของสถาบันซึ่งมีบทบาทในการประกันคุณภาพ (The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2018) ซึ่งอธิบายว่า การรายงานแบบไม่ระบุชื่อ มีความสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เฟม และคณะ (Pham et al., 2013) ที่พบว่า การรายงานอุบัติการณ์ของระบบสุขภาพในอนาคตควรทำให้การรายงานอุบัติการณ์ง่ายขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าจัดการการรายงานอุบัติการณ์ มีการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า การระบุปัญหา ระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง ขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้การเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์ขาดความต่อเนื่อง บุคลากรจึงเกิดความไม่เชื่อมั่นว่าการรายงานอุบัติการณ์สามารถช่วยลดปัญหา หรือสร้างประโยชน์ได้จริง ทำให้การรายงานอุบัติการณ์เข้าระบบน้อยกว่าอุบัติการณ์จริง จึงเสนอแนวทางให้มีการฝึกการใช้โปรแกรม Occurrence Online ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ทันสมัยให้เกิดประสิทธิภาพ และการจัดการการรายงานอุบัติการณ์ให้มีการตอบกลับรายงานที่ทันเวลาและมีประสิทธิภาพจะช่วยเสริมพฤติกรรมการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรได้ (Benn et al., 2009)

ด้านผลลัพธ์

ด้านผลลัพธ์ของสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ พบว่าบุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์มองว่า การรายงานไม่เกิดประโยชน์ กลัวการโดนลงโทษ การตำหนิ ส่งผลให้การปฏิบัติตามการรับรู้ด้านการรายงาน

อุบัติการณ์น้อยกว่าความเป็นจริง ดังการศึกษาที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลจึงต้องมีการจัดกิจกรรม หรือแนวทางสนับสนุนการปลูกฝังทัศนคติด้านการรายงานอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอแนะให้สร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานอุบัติการณ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กานต์พิชา จันทรหงส์ และคณะ (Chanhong et al., 2020) ที่ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง และสร้างให้บุคลากรสมัครใจที่จะรายงานอุบัติการณ์ตนเอง ดังการศึกษาของ เฟลมน์ส และ แม็คเร (Flemons & McRae, 2012) เรื่องการรายงานอุบัติการณ์ การเรียนรู้ และวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่กล่าวว่า เป้าหมายแรกคือองค์กรเกิดการเรียนรู้จากการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งการรายงานควรที่จะเป็นความลับ สมัครใจ และง่ายต่อการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในแต่ละด้านดังนี้

ด้านโครงสร้าง

1. หัวหน้าแผนกควรวางแผนการสื่อสารนโยบายการรายงานอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่องทั้งระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงการกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติตาม จนผู้ปฏิบัติงานเกิดความตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ขึ้น
2. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ระดับผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ประสพการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์รวมถึงการจัดการรายงานอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง ผ่านการประชุมวิชาการ หรือกิจกรรมกลุ่ม
3. นำข้อมูลการมีส่วนร่วมของวิชาชีพในการรายงานอุบัติการณ์เสนอต่อผู้บริหารเพื่อปรับปรุงแบบการวางแผนแนวปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ให้สามารถเข้าถึงได้ในทุกกลุ่มวิชาชีพ

ด้านกระบวนการ

1. โรงพยาบาลควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรม occurrence online แก่บุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มีการปรับปรุงโปรแกรมใหม่ และแผนกควรมีบุคคลต้นแบบในการรายงานอุบัติการณ์เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กับทีม และสนับสนุนเมื่อเพื่อนร่วมงานมีปัญหาการรายงานอุบัติการณ์
2. หัวหน้าแผนกควรนำผลการวิจัยไปวางแผนบริหารจัดการความเสี่ยงการรายงานอุบัติการณ์ ให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพ

ด้านผลลัพธ์

หัวหน้าแผนกควรกำหนดแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ทุกครั้ง เมื่อเจออุบัติการณ์ความเสี่ยง และสร้างบรรยากาศไม่ลงโทษ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสมัครใจที่จะรายงานอุบัติการณ์ตนเอง นำมาซึ่งข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ที่เทียบเท่ากับความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการสร้างทัศนคติ ค่านิยมร่วมด้านการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ หรือต่างวิชาชีพ
2. ควรศึกษาการคงอยู่ของพฤติกรรมรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร เพื่อเป็นข้อมูลเชิงลึกให้ผู้บริหารนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรให้มีประสิทธิภาพต่อไป



References

- Bangkok-Surat Hospital. (2022). *Self report statistics 2017-2021*. Bangkok-Surat Hospital. (in Thai)
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey, A., & Vincent, C. (2009). Feedback form incident reporting: Information and action to improve patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 11-21. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.024166>
- Chanhong, K., Wichaihum, O., & Akkadechanunt, T. (2020). Situational analysis of risk management in female medical ward at hospital in the Northern Region of Thailand. *Nursing Journal*, 47(2), 406-416. (in Thai)
- Chiang, H. Y., Hsiao, Y. C., Lin, S. Y., & Lee, H. F. (2011). Incident reporting culture: Scale development with validation and reliability and assessment of hospital nurses in Taiwan. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 429-436.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Engeda, E. H. (2016). Incident reporting behaviours and associated factors among nurses working in Gondar University comprehensive specialized hospital, Northwest Ethiopia. *Hindawi Publishing Corporation Scientifica*, 2016, 6748301. <https://doi.org/10.1155/2016/6748301>
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1), 39-43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012559>
- Flemons, W. W., & McRae, G. (2012). Reporting, learning and the culture of safety. *Healthcare Quarterly*, 15(Suppl.), 12-17. <https://doi.org/10.12927/hcq.2012.22847>
- Healthcare Accreditation Institute. (2015). *HA standard in the sixtieth anniversary celebrations of his majesty's accession to the throne*. Healthcare Accreditation Institute.
- Healthcare Accreditation Institute. (2022). *Safety culture for safe, reliable and effective care*. Healthcare Accreditation Institute.
- Howell, A. M., Burns, E. M., Bouras, G., Donaldson, L. J., Athanasiou, T., & Darzi, A. (2015). Can patient safety incident reports be used to compare hospital safety? Results from a quantitative analysis of the English National reporting and learning system data. *PLOS ONE*, 10(12), e0144107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144107>
- Khuenkum, B., Sirakamon, S., & Chitpakdee, B. (2020). Situational analysis of incident reporting in medical intensive care unit 1 Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. *Nursing Journal*, 47(1), 337-347. (in Thai)
- Morris, R., & O'Riordan, S. (2017). Prevention of falls in hospital. *Clinical Medicine*, 17(4), 360-362.
- Nueangsitta, W., Thungjaroenkul, P., & Abhicharttibutra, K. (2018). Situational analysis of patient safety management, surgical intensive care unit, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 26(1), 47-60. (in Thai)



- Pham, J. C., Girard, T., & Pronovost, P. J. (2013). What to do with healthcare incident reporting systems. *Journal of Public Health Research*, 2(27), 154-159.
- Powell-Cope, G., Toyinbo, P., Patel, N., Rugs, D., Elnitsky, C., Hahm, B., Sutton, B., Campbell, R., Besterman-Dahan, K., Matz, M., & Hodgson, M. (2014). Effects of a national safe patient handling program on nursing injury incidence rates. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10), 525-534. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000111>
- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: A systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660-667.
- Supachutikul, A. (2000). *Hospital risk management system*. Design. (in Thai)
- Suriyawong, W., & Tongswas, T. (2021). Accident prevention at work in professional nursing organization based on safety culture. *Nursing Journal*, 48(1), 331-340. (in Thai)
- The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization [JACHO]. (2018). A complimentary publication of the joint commission. *Sentinel Event Alert*, 60. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_60_reporting_culture_final.pdf
- Thiangchanya, P., Peeravud, J., Thanapattaraporn, M., & Ramkeaw, K. (2016). Nurses' role in enhancing patient engagement in safety. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36(3), 247-260. (in Thai)
- Yoo, M. S., & Kim, K. J. (2017). Exploring the influence of nurse work environment and patient safety culture on attitudes toward incident reporting. *The Journal of Nursing Administration*, 47(9), 434-440. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000510>
- Yoon, S., & Lee, T. (2022). Factors influencing military nurses' reporting of patient safety events in South Korea: A structural equation modeling approach. *Asian Nursing Research*, 16(3), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2022.05.006>



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit,

Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*

การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*

วาสนา	ชัยวงศ์**	Wasana	Chaiwong**
อรอนงค์	วิชัยคำ***	Orn-anong	Wichaikhum***
กุลวดี	อภิชาติบุตร****	Kulwadee	Abhicharttibutra****

Abstract

Improving quality of work is important for nursing administrators and nurses. The purpose of this study was to improve the quality of information provision for patients with endotracheal intubation and their relatives in the surgical critical care unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and to study the quality of information provision, using Deming's FOCUS-PDCA quality improvement model. The sample consisted of 14 registered nurses, and 20 patients with endotracheal intubation and 6 of their relatives. The instruments included: questions in group discussions, an information provision manual for endotracheal intubation patients and their relatives, an observation checklist for information provision practice for endotracheal intubation patients and their relatives, the endotracheal tube traction incidence record form, and a questionnaire on the satisfaction of patients with endotracheal intubation and the satisfaction of their relatives regarding the information they received. Content analysis and descriptive statistics were used for data analysis.

The results revealed that 88.33% of the registered nurses were able to correctly and completely implement the information provided for patients with endotracheal intubation and their relatives. There was no incidence of unplanned endotracheal tube traction. In addition, the patients with endotracheal intubation and their relatives were satisfied with the information they received at the highest and high levels (75.44% and 22.78%, respectively).

The results of this study showed that nurses can use this method to provide information for patients with endotracheal intubation and their relatives.

Keywords: Quality; Quality improvement; Information provision; Patients with endotracheal intubation; Relatives

* 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: orn-anong.w@cmu.ac.th

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

Received 8 February 2023; Revised 29 May 2023; Accepted 21 June 2023



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation
and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพการทำงานเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์และพยาบาล การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และศึกษาคุณภาพของการให้ข้อมูล โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 20 คน และญาติ 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม คู่มือการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ แบบสังเกตการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ แบบบันทึกอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติต่อการได้รับข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 88.33 ไม่เกิดอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับมาก ร้อยละ 75.44 และ 22.78 ตามลำดับ

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า พยาบาลสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ การให้ข้อมูล ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ญาติ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 8 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไขบทความ 29 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 21 มิถุนายน 2566



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นวิธีการรักษาเพื่อเปิดทางเดินหายใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง หรือมีภาวะหายใจล้มเหลว (Navarat et al., 2017; Norakhun et al., 2016) การใส่ท่อช่วยหายใจแม้ว่าจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทำให้ได้รับออกซิเจนและการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพียงพอกับความต้องการช่วยให้รอดชีวิต แต่เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจรวมกับการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความทุกข์ทรมาน (Chanpradit, 2000) การให้ข้อมูลโดยภาษาที่เข้าใจง่าย และเฉพาะเจาะจง เป็นรูปธรรม และมีความชัดเจนในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับทราบ (Thelan et al., 1998) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้และนำไปสู่การลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Srinaul et al., 2014) จะช่วยให้ญาติมีส่วนช่วยเหลือในการสื่อสารกับผู้ป่วยและสนับสนุนส่งเสริมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะวิกฤตของโรคในขณะที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล (Khiewchaum et al., 2013)

ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ จะให้หลังจากผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว และผู้ป่วยและญาติมีความพร้อม (Chanwet, 2009) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคของผู้ป่วยเองหรือจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจได้ การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติโดยตรง แต่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลของการพัฒนาคุณภาพจะคล้ายกัน คือ พยาบาลมีการปฏิบัติการให้ข้อมูลที่มีคุณภาพถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น ลดอุบัติเหตุจากการให้ข้อมูลที่ไม่มีความเหมาะสมและช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น เนื่องจาก FOCUS-PDCA มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ละเอียด ชัดเจน ไม่ซับซ้อน ทำให้ผู้ปฏิบัติดำเนินขั้นตอนต่าง ๆ ในการพัฒนาได้ง่ายและเป็นระบบมากขึ้น ที่สำคัญมุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพทุกขั้นตอน

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมทุกระบบทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จากการสังเกตของผู้วิจัยเกี่ยวกับการดำเนินการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ พบว่า พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติโดยที่ไม่มีเอกสารที่ใช้เพื่อประกอบการให้ข้อมูล ไม่มีการจัดห้องหรือมีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว บางครั้งไม่พบการเตรียมตัว หรือการศึกษาเอกสารก่อนการให้ข้อมูล มีการให้ข้อมูลตามประสบการณ์และภาระงานของพยาบาล รวมถึงแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจของหอผู้ป่วยก็ไม่มีกำหนดและแยกเป็นแนวปฏิบัติเฉพาะ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและญาติบางรายได้รับการให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และบางครั้งให้เฉพาะข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติซักถามเท่านั้น จากการทบทวนสถิติ ในช่วงวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2563-14 มกราคม พ.ศ. 2564 พบว่า ระดับความพึงพอใจมากที่สุดของหอผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 68.75 โดยสถิติสิ่งที่ไม่ประทับใจ ได้แก่ การได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน พบอุบัติการณ์ท่อหายใจเลื่อนหลุด 2 ราย 6 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.16 ร้อยละ 0.71 และ ร้อยละ 0.53 ต่อ 100 วันคาท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ โดยมาตรฐานโรงพยาบาลกำหนดไว้ที่ไม่เกิน 0.16 ต่อ 100 วันคาท่อช่วยหายใจ จากการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับเหตุผล ความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ การปฏิบัติตัวขณะที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและอันตรายจากการดึงท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจทำการพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ โดยใช้แนวคิดของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA มาเป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพ



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ พยาบาลในหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติอย่างถูกต้องครบถ้วน อุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจลดลง และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และศึกษาผลการประเมินคุณภาพ ดังนี้

1. การปฏิบัติของพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. อุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติต่อการได้รับข้อมูล หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า FOCUS-PDCA (McLaughlin & Kaluzny, 1999) ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานที่รู้กระบวนการ 3) สร้างความเข้าใจกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และทำการปรับปรุง 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ และ 9) ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดคุณภาพการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ คือ พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการปฏิบัติของพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติอย่างถูกต้องครบถ้วน อุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจลดลง ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 17 คน

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาล 14 คน ไม่นับทีมผู้วิจัย ผู้ป่วย 20 คน และญาติผู้ป่วยจำนวน 6 คน

กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ของพยาบาล คือ 1) ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และ 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ของผู้ป่วย คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 3) ไม่อยู่ในสภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล ได้แก่ มีระดับความรู้สึกตัวดี โดย Glasgow Coma Score: GCS ผลรวมต้องได้คะแนนเต็ม 10T (E4VTM6) สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะสับสน



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation
and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เจียบพลัน โดยประเมินด้วย The Confusion Assessment Method of the ICU; CAM-ICU (Cavallazzi et al., 2012) ผลจะต้องเป็นลบ (negative) และ 4) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้

กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ของญาติ คือ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเครือญาติ หรือมีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือเป็นผู้รับผิดชอบดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยจะใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติกรณีที่ญาติสามารถร่วมรับฟังการให้ข้อมูลร่วมกับผู้ป่วยได้และผู้ป่วยไม่สะดวกตอบแบบประเมินความพึงพอใจ เช่น เขียนหนังสือลำบากเนื่องจากมือบวม มองเห็นแบบประเมินได้ไม่ชัดเจน เป็นต้น และ 2) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์หรือการประมาณจากจำนวนประชากรผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีจำนวน 162 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 26 คน ซึ่งสอดคล้องกับการประมาณจากจำนวนประชากร ถ้าจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อย ให้กำหนดขนาดตัวอย่างร้อยละ 15-30 (Srisaard, 1992)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับวิธีการที่พยาบาลใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ปัญหาในการให้ข้อมูล และแนวทาง/วิธีการแก้ไขปัญหา ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด

1.2 คู่มือการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ประกอบด้วย ความหมาย องค์ประกอบ และประโยชน์ของการให้ข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพของการให้ข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูล ที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาสร้างขึ้น ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล แบบเลือกตอบและเติมคำ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามรายการตรวจสอบ (check list) ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน ปฏิบัติถูกต้องแต่ไม่ครบถ้วน ไม่ปฏิบัติ หรือไม่สามารถประเมินได้

2.2 แบบบันทึกอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ เป็นลักษณะให้เลือกตอบว่า มีอุบัติการณ์หรือไม่ มีอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการได้รับข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อการได้รับข้อมูล คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยโดยแปลระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ โดยรวม 5 ระดับ ดังนี้ (Saksriwatana et al., 2020) คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลมากที่สุด คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลมาก คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลปานกลาง คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลต่ำ คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 1 คน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของคำถาม และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถาม มีการปรับแก้เครื่องมือ



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation
and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ นำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสังเกต (interrater reliability) โดยทีมพัฒนาคุณภาพ 2 คน ได้ค่าความสอดคล้องของการสังเกตเท่ากับ .97

แบบสอบถามความพึงพอใจ นำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติจำนวน 10 คน จากนั้นนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 2564-114) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (เลขที่ 2564-489) ผู้วิจัยได้ชี้แจงหัวข้อการศึกษา วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้ หรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า และไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง แต่ใช้วิธีการใส่รหัสแทน นำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส ฟิตีชีเอ (McLaughlin & Kaluzny, 1999) ดังนี้

1. ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง โดยศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ตัวชี้วัด ทบทวนอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการให้ข้อมูล การสังเกตพยาบาลเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ พบว่าไม่มีเอกสาร อุปกรณ์หรือสื่อที่ใช้เพื่อประกอบการให้ข้อมูลรวมถึงขาดแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ทำให้พบข้อมูลความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมถึงเกิดอุบัติการณ์ท่อหายใจเลื่อนหลุดมากกว่าที่มาตรฐานโรงพยาบาลกำหนดไว้

2. สร้างทีมงานที่รู้กระบวนการ โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่พัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติจำนวน 3 คน เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานพัฒนาคุณภาพในหอผู้ป่วย 1 คน และผู้วิจัย 1 คน ทีมปฏิบัติหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 1 ปี จำนวน 14 คน

3. สร้างความเข้าใจกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน โดยทีมพัฒนาคุณภาพจัดประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติการให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอปัญหาที่พบค้นพบเกี่ยวกับการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ จากนั้นระดมสมองเกี่ยวกับกระบวนการที่พยาบาลในหน่วยงานปฏิบัติจริงในปัจจุบัน นำข้อมูลที่ได้แสดงออกมาในรูปของผังการไหล (flowchart) ของกระบวนการให้ข้อมูล

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุที่พบของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) พยาบาล ขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการให้ข้อมูล 2) ผู้ป่วยหรือญาติ ไม่พร้อมรับข้อมูล 3) สถานที่คับแคบและขาดความเป็นส่วนตัว ผู้คนพลุกพล่านและเสียงดังในระหว่างการให้ข้อมูล 4) ขาดแนวทาง



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation
and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ในการให้ข้อมูล ทำให้ไม่มีขั้นตอนการให้ข้อมูลที่ชัดเจน 5) ขาดอุปกรณ์และสื่อที่ใช้ประกอบในการให้ข้อมูล 6) สถานการณ์ COVID-19 ที่ห้ามญาติเยี่ยมผู้ป่วยในบางกรณี ทำให้มีปัญหาการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และข้อจำกัดในการให้ข้อมูลกับญาติ และนำข้อมูลดังกล่าวมาสรุปเป็นแผนผังก้างปลา

5. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ทีมพัฒนาคุณภาพประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติการให้ข้อมูล เพื่อนำเสนอปัญหาและสาเหตุของการให้ข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพตามแผนผังก้างปลาที่ได้และร่วมกันระดมสมองเพื่อหาแนวทางแก้ไขตามสาเหตุของปัญหาการให้ข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพ ที่ประชุมอภิปราย ร่วมกันเพื่อพิจารณาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมที่สุด โดยใช้วิธีการสรุปจากการพูดคุยกัน คือการจัดทำคู่มือการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ

6. วางแผนในการปรับปรุง โดยทีมพัฒนาคุณภาพร่วมกันจัดทำคู่มือให้ข้อมูล มีการพัฒนาแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลแบบบันทึกปฏิบัติการการตั้งท่อช่วยหายใจและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติต่อการได้รับข้อมูลเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้เหมาะสมก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ

7. นำแผนสู่การปฏิบัติ ทีมพัฒนาคุณภาพจัดประชุมทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อบรรยายทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูล ชี้แจงวิธีการใช้คู่มือการให้ข้อมูลให้กับทีมปฏิบัติทุกคนรับทราบและเกิดความเข้าใจ หลังจากนั้นให้พยาบาลทดลองใช้คู่มือและปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ทำการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลที่เกิดขึ้น จากนั้นดำเนินการปฏิบัติในสถานการณ์จริงเป็นเวลา 2 เดือน

8. ตรวจสอบผลการปฏิบัติ ทีมพัฒนาคุณภาพดำเนินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 14 คน เก็บรวบรวมปฏิบัติการการตั้งท่อช่วยหายใจและ ประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 20 คน และญาติจำนวน 6 คน

9. ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยติดตามผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาคุณภาพให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูล ปฏิบัติการการตั้งท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติต่อการได้รับข้อมูลในขณะทำการศึกษากับทีมพัฒนาคุณภาพและทีมปฏิบัติการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้มีการเสนอความคิดเห็น โดยที่ประชุมมีความเห็นตรงกันว่าควรมีการกำหนดให้ใช้คู่มือเป็นแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นทีมพัฒนาคุณภาพและทีมผู้ปฏิบัติการให้ข้อมูล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ข้อมูลจากการปฏิบัติตามแนวทางให้ข้อมูลและปฏิบัติการการตั้งท่อช่วยหายใจ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติต่อการได้รับข้อมูล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ มีจำนวน 14 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.71 เพศชายร้อยละ 14.29 มีอายุเฉลี่ย 34.79 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.71 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉินเฉลี่ย 12.64 ปี ไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและญาติ และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

92.86 และร้อยละ 50.00

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติมีจำนวน 3 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมดร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 48.83 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 66.67 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉินเฉลี่ย 22.17 ปี ทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและญาติ และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติมีจำนวน 26 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 30.77 เพศชายร้อยละ 69.23 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 26.92 จบการศึกษาระดับสูงสุดคือชั้นประถมศึกษาร้อยละ 30.77 เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 76.92 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติและความสัมพันธ์ในฐานะที่เป็นลูกของผู้ป่วยร้อยละ 50.00

ผลการประเมินคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้ผลดังนี้

1. การปฏิบัติตามแนวทางให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติของทีมผู้ปฏิบัติ ซึ่งพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วนร้อยละ 88.33 ดังตารางที่ 1
2. ไม่เกิดอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาสาในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในช่วงที่ศึกษาตั้งแต่ 13 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2565
3. ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับมาก ร้อยละ 75.44 และ 22.78 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของพยาบาลทีมปฏิบัติ ในการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (n = 14)

รายการสังเกต	การปฏิบัติตามแนวทางให้ข้อมูล			ไม่สามารถ ประเมินได้ จำนวน (ร้อยละ)
	สามารถประเมินได้			
	ปฏิบัติตามต้อง ครบถ้วน	ปฏิบัติตามต้อง แต่ไม่ครบถ้วน	ไม่ปฏิบัติ จำนวน	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
ขั้นเตรียมการ				
1.ศึกษาข้อมูล/ทบทวนประวัติผู้ป่วย	26(100.00)			
2.สื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา	25(96.15)			1(3.85)
3.ค้นหาญาติสายตรง/ผู้ดูแลหลัก	20(76.92)		1(3.85)	5(19.23)
4.ประเมินความพร้อมรับข้อมูลผู้ป่วยและญาติ				
4.1ประเมินอารมณ์และความรู้สึก	26(100.00)			
ญาติและผู้ป่วยยังไม่พร้อมรับข้อมูลให้ส่งต่อข้อมูล				
ญาติและ/หรือผู้ป่วยพร้อมรับข้อมูล				
4.2ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย	26(100.00)			
4.3ประเมินความต้องการข้อมูลผู้ป่วยและญาติ	26(100.00)			
5.นัดหมายเวลาให้ข้อมูลและสถานที่	26(100.00)			



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation
and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของพยาบาลที่ปฏิบัติ ในการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (n = 14)
(ต่อ)

รายการสังเกต	การปฏิบัติตามแนวทางให้ข้อมูล			ไม่สามารถ ประเมินได้ จำนวน (ร้อยละ)
	สามารถประเมินได้			
	ปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติถูกต้อง แต่ไม่ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	
6.เตรียมสถานที่ให้ข้อมูลเป็นสัดส่วน เป็นส่วนตัว	26(100.00)			
7.เตรียมความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล	26(100.00)			
ขั้นให้ข้อมูล				
1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วย				
1.1 กล่าวทักทาย แนะนำตัว บอกชื่อผู้ให้ข้อมูล	25(96.15)		1(3.85)	
1.2 ให้ญาติแนะนำตัวเอง	10(38.46)		2(7.69)	14(53.85)
2. แนะนำการรับบริการในหอผู้ป่วย				
2.1 กฎระเบียบ	24(92.31)			2(7.69)
2.2 การปฏิบัติตัวและเวลาเข้าเยี่ยม	19(73.08)			7(26.92)
2.3 การเตรียมของใช้ที่จำเป็น	16(61.54)			10(38.46)
2.4 การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล	11(42.31)			15(51.69)
2.5 สถานที่พักผ่อนและสิ่งอำนวยความสะดวก	10(38.46)			16(61.54)
3. ให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ				
3.1 ข้อมูลอาการและเหตุผลที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	26(100.00)			
3.2 วัตถุประสงค์ของการใส่ท่อช่วยหายใจ	26(100.00)			
3.3 ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	26(100.00)			
3.4 ผลที่เกิดขึ้นจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	26(100.00)			
3.5 แนวทางการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	26(100.00)			
3.6 ความรู้สึกละแวกใส่ท่อช่วยหายใจ	26(100.00)			
3.7 การปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับการพยาบาล	26(100.00)			
3.8 การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล	15(57.69)			11(43.31)
3.9 การสื่อสารขณะใส่ท่อช่วยหายใจ	26(100.00)			
ขั้นสรุปและประเมินผล				
1. ประเมินความเข้าใจและเปิดโอกาสให้ซักถาม	26(100.00)			
2. สรุปข้อมูลที่สำคัญให้ญาติหรือผู้ป่วย	26(100.00)			
3. บันทึกและวางแผนการให้ข้อมูลครั้งต่อไป	26(100.00)			

หมายเหตุ กรณีไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้ญาติผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้
จึงไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นตามข้อความนั้น



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation
and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ต่อการ
ได้รับข้อมูล หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (n = 26)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจข้อความ						ระดับ ความ พึงพอใจ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(M)	
ความพึงพอใจต่อบุคคลที่ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูล							
1.พยาบาลที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลเป็นแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าหาได้โดยตรงทันที	21(80.77)	5(19.23)				4.81	มากที่สุด
2. พยาบาลเป็นผู้ที่ติดต่อประสานงานกับทีมบุคลากรสุขภาพอื่น	22(84.61)	4(15.39)				4.85	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อสถานที่ในการให้ข้อมูล							
3. สถานที่ที่ใช้ในการให้ข้อมูลเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว	20(76.92)	3(11.54)	3(11.54)			4.65	มากที่สุด
4. สถานที่ที่ใช้ในการให้ข้อมูลไม่มีเสียงดังรบกวน/ผู้คนพลุกพล่าน	20(76.92)	4(15.39)	2(7.69)			4.69	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อระยะเวลาในการให้ข้อมูล							
5. ท่านพึงพอใจต่อช่วงเวลาที่ใช้ให้ข้อมูล	21(80.77)	5(19.23)				4.81	มากที่สุด
6. ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาที่ได้รับข้อมูล	20(76.92)	6(23.08)				4.77	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้ข้อมูล							
7. ท่านมีโอกาสดูซักถามปัญหา ข้อสงสัยและข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา	23(88.46)	3(11.54)				4.88	มากที่สุด
8. มีการให้ข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน	19(73.08)	7(26.92)				4.73	มากที่สุด



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ต่อการได้รับข้อมูล หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (n = 26) (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจข้อความ						ระดับ ความ พึงพอใจ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(M)	
ความพึงพอใจต่อเนื้อหาของข้อมูลที่ให้							
9. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ	23(88.46)	3(11.54)				4.88	มากที่สุด
10. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	20(76.92)	5(19.23)	1(3.85)			4.73	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่ออุปกรณ์และสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูล							
11. อุปกรณ์และสื่อที่ใช้กระตุ้นให้เกิดความสนใจและติดตามฟัง	13(50.00)	13(50.00)				4.50	มากที่สุด
12. อุปกรณ์และสื่อที่ใช้ช่วยเพิ่มความเข้าใจ	11(42.31)	15(57.69)				4.42	มาก
ความพึงพอใจโดยรวมต่อการได้รับข้อมูล							
13. ความพึงพอใจโดยรวมของท่านต่อการได้รับข้อมูล	22(84.61)	4(15.39)				4.85	มากที่สุด

การอภิปรายผล

คุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แก่

1. การปฏิบัติของพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ได้ถูกต้อง ครบถ้วนร้อยละ 88.33 อาจเนื่องมาจาก ในการศึกษาครั้งนี้มีการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ละเอียด ชัดเจน ไม่ซับซ้อน ทำให้ผู้ปฏิบัติดำเนินขั้นตอนต่าง ๆ ในการพัฒนาได้ง่ายและเป็นระบบมากขึ้น และที่สำคัญมุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพทุกขั้นตอน ดังที่ นิธิวดี สุธรรมรักษ์ (Suthammarak, 2014) ได้นำแนวคิด FOCUS-PDCA มาใช้ในการแก้ปัญหาการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง พบว่าพยาบาลวิชาชีพเกือบทุกคนสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้ถูกต้องครบถ้วน



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation
and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

มากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข (Techajumroensook, 2020) ที่นำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA มาใช้พัฒนาคุณภาพในการให้บริการทางด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ช่วยกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพมีความสมบูรณ์

นอกจากนี้ได้มีการนำเอาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพมาใช้ ได้แก่ การระดมสมองเป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้รวบรวมความคิดเห็น ปัญหาหรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และเกิดการมีส่วนร่วมของทีมมากที่สุด (Supachutikul, 2000) แผนภูมิการไหลของงานที่มีการกำหนดหรือการวางแผนการดำเนินงานเป็นขั้นตอนช่วยให้การทำงานมีความรวดเร็ว ลดข้อผิดพลาด ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานขององค์กร (Ongsakul, 2018) และแผนผังก้างปลาที่ช่วยวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ซึ่งทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจในปัญหาการให้ข้อมูลที่เป็อยู่โดยแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับสาเหตุทั้งหมดที่เป็นไปได้ที่อาจก่อให้เกิดปัญหานั้น (Jantana & Sapsanguanboon, 2020) ดังนั้นเครื่องมือคุณภาพทั้งหมดที่กล่าวมาจึงช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน อย่างไรก็ตามผลการวิจัยยังพบว่า มีร้อยละ 11.67 ยังไม่สามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องครบถ้วน เนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้ญาติผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงไม่ได้มีการปฏิบัติตามแนวทางนั้น และไม่สามารถประเมินได้

2. อุบัติการณ์การตั้งท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อำนาจแผน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ภายหลังการพัฒนาคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์การตั้งท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อำนาจแผน ทั้งนี้เนื่องจาก ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพทำให้ได้คู่มือในการให้ข้อมูลที่ช่วยให้พยาบาลมีขอบเขตในการให้ข้อมูล สามารถปฏิบัติการให้ข้อมูลได้เป็นแนวทางเดียวกัน ถูกต้อง ครบถ้วนและมีประสิทธิผล ส่งผลทำให้ช่วยลดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานและความรำคาญของผู้ป่วยในระหว่างที่ใส่ท่อช่วยหายใจ อันจะนำไปสู่การตั้งท่อช่วยหายใจออกเอง ดังที่ ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์ (Phumivadhana, 2020) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะเกิดความรำคาญ ไม่สุขสบายจึงทำให้ตั้งท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ศรีนวล และคณะ (Srinaul et al., 2014) ที่พบว่าการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผลช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และการศึกษาของ พัชร ชูทิพย์ (Chuthip, 2020) ที่พบว่าการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จึงทำให้ลดอุบัติการณ์การตั้งท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อำนาจแผน

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติต่อการได้รับข้อมูลภายหลังการพัฒนาคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 75.44 และพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 22.78 โดยพบว่าส่วนใหญ่พึงพอใจต่อบุคคลที่ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูล สถานที่ในการให้ข้อมูล ระยะเวลาในการให้ข้อมูล ขั้นตอนการให้ข้อมูลและเนื้อหาของข้อมูลที่อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลมีการให้ข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน ประเมินความเข้าใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติหรือผู้ป่วยซักถามปัญหา ข้อสงสัยและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับตลอดเวลา ตลอดจนสรุปสาระที่สำคัญของข้อมูลที่ให้ช่วยให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Suthammarak, 2014) เนื้อหาของข้อมูลที่ให้เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ รวมถึงการจัดทำคู่มือที่มีรายละเอียดของข้อมูลที่จะให้อย่างละเอียดให้พยาบาลได้ใช้ในการให้ข้อมูล ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจและให้ข้อมูลได้ครอบคลุม ส่งผลให้ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ช่วยให้เตรียมตัวพร้อมรับกับสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเกิดความเข้าใจในโรค แผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Malivu et al., 2014; Saipataranusorn, 2002)



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

พยาบาลมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว รวมทั้งให้ญาติแนะนำตนเอง จะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Panyasai, 2010) ทำให้ญาติและผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ (Boonyaratkalin, 2019) ระยะเวลาในการให้ข้อมูล โดยส่วนใหญ่มีการให้ข้อมูลในช่วงที่เป็นเวลาเยี่ยมของญาติ เนื่องจากเป็นช่วงที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและพยาบาลมีกิจกรรมการพยาบาลน้อยที่สุดจึงเป็นเวลาที่สะดวกที่สุดในการให้ข้อมูล (Sattam, 2007) ใช้เวลาเฉลี่ย 14.99 นาทีต่อคน ในเวรเช้า และ 14.87 นาทีต่อคน ในเวรบ่ายและเวรดึก สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา ปิยะรัมย์ (Piyaram, 2012) ที่กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูลไม่เกิน 20 นาที สถานที่ในการให้ข้อมูลเป็นบริเวณภายในหอผู้ป่วยหรือข้างเตียงและใช้วิธีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัวเพื่อให้มีความเหมาะสมในการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ เบกเกอร์ และ ไมแมม (Becker & Maimam, 1980) ที่ต้องมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงดังหรือผู้คนพลุกพล่าน อันจะเป็นการรบกวนการให้ข้อมูลหรือสมาธิในการรับฟังข้อมูล และกล้าเปิดเผยหรือสอบถามข้อมูลตามความต้องการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบความพึงพอใจต่ออุปกรณ์และสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูล มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ถึงแม้จะมีการใช้ภาพพลิกหรือสมุดลำดับภาพ (flip chart) มาใช้ประกอบการให้ข้อมูล แต่ภาพและเนื้อหาจะเป็นเรื่องของการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งยังขาดเนื้อหาในด้านที่จำเป็นในด้านอื่น ๆ ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือญาติ ประเมินความพึงพอใจต่ออุปกรณ์และสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลที่ช่วยเพิ่มความเข้าใจในข้อมูลที่ท่านได้รับอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการกำกับติดตามระยะยาว การใช้คู่มือการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ตลอดจนพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติอย่างต่อเนื่อง
2. ควรนำเสนอให้ผู้บริหารประกาศใช้คู่มือการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลของหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล
3. การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ต้องมีการประเมินความพร้อมในการรับข้อมูล ความรู้ความเข้าใจก่อนการให้ข้อมูลและควรให้ข้อมูลหลายๆ ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวทางปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพในระยะที่ 2 ต่อไป
2. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาสื่อทัศนูปกรณ์ที่ทันสมัย ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงได้ง่ายและศึกษาด้วยตนเอง

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดในเข้าเยี่ยมผู้ป่วย มีการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยและญาติ จำกัดการเข้าเยี่ยมของญาติ ทำให้ญาติผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติหากถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจะได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยที่เป็นโควิด ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งชุดและอุปกรณ์ป้องกันที่ใส่

References

- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 6(2), 113-135.



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation
and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

- Boonyaratkalin, P. (2019). Communicating with family of patients in intensive care unit: Nurse's role. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(2), 63-75. (in Thai)
- Cavallazzi, R., Saad M., & Marik P. E. (2012). Delirium in the ICU: An overview. *Annals of Intensive Care*, 2(1), 49. <https://doi.org/doi: 10.1186/2110-5820-2-49>
- Chanpradit, P. (2000). *Experience of patient in receiving mechanical ventilation* [Unpublished master's thesis]. Prince of Songkla University. (in Thai)
- Chanwet, L. (2009). *Tracheal intubation. (Intubation)*. <http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/intubation.html>
- Chuthip, P. (2020). The effect of nursing protocol for prevention of unplanned extubation in medical patients, Phattalung. *Journal of Health Research and Innovation*, 3(1), 31-45. (in Thai)
- Jantana, W., & Sapsanguanboon, W. (2020). Productivity improvement in ceramic production process: A case study of factory in Samut Prakan. *Songklanakarin Journal of Management Sciences*, 37(2), 58-83. (in Thai)
- Khiewchaum, R., Ngamkhum, S., & Kittithonrakun, M. (2013). The effects of using a clinical nursing guideline for caregivers' preparation in caring for patients with traumatic brain injury. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(1), 15-29. (in Thai)
- Malivu, A., Sripunyavuttisuk, Y., & Attakamon, S. (2014). Effectiveness of information management program on anxiety and satisfaction for family members at patients in intensive care unit. *Journal of Nursing and Education*, 7(2), 95-108. (in Thai)
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). *Continuous quality improvement in health care: Theory, implementation, and application*. Aspen.
- Navarat, W., Prittipongpun, P., Srianurak, P., Kanyakamin, P., & Bohplian, S. (2017). Effect of PMK unplanned extubation prevention program on extubation rate in medical wards, Phramongkutklao Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(1), 160-175. (in Thai)
- Norakhun, S., Namjuntra, R., & Binhosen, V. (2016). The effect of nursing care protocol on the incidence rates of unplanned extubation in patients with endotracheal intubation. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(1), 78-84. (in Thai)
- Ongsakul, V. (2018). *Process mapping: How to create work flow and work improvement*. <https://www.sbdco.th/knowledge/article/163/process-mapping>
- Panyasai, K. (2010). *Effects of information and emotional support on anxiety and satisfaction among family members of patients in general intensive care unit, Lampang* [Unpublished Independent Study]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Phumivadhana, S. (2020). Humanized nursing care for patients receiving invasive mechanical ventilator: From concept to practice. *Vajira Nursing Journal*, 22(1), 70-90. (in Thai)
-



Quality Improvement of Information Provision for Patients with Endotracheal Intubation
and Their Relatives, Surgical Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

- Piyaram, C. (2012). *The development of a model for providing information to patients and relatives for nurses in the female surgical ward Buriram Hospital* [Unpublished independent study]. Khon Kaen University. (in Thai)
- Saipataranusorn, S. (2002). *The effect of using impressive nursing service behavior development program for professional nurses on patient satisfaction, in an accident and emergency unit* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Saksriwatana, K., Ratanamaitrekeart, R., Anannaweenusorn, J., & Chongjarearn, A. (2020). Development of nursing practice guideline among spine surgery patients in Chonburi Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 376-384. (in Thai)
- Sattam, A. (2007). *The effect of information providing based on family's needs on family's satisfaction in the family having the patient admitted in the intensive care unit* [Unpublished master's thesis]. Khon Kaen University. (in Thai)
- Srinaul, A., Thaniwattananon, P., & Kritpracha, C. (2014). The effect of information and family support on suffering reduction in elderly patients with oral endotracheal tube. *Thai Journal of Nursing*, 63(2), 46-55. (in Thai)
- Srisaard, B. (1992). *Preliminary research* (3rd ed.). Suweeriyasan.
- Supachutikul, A. (2000). *Quality development tools* (1st ed.). Hospital accreditation institute.
- Suthammarak, N. (2014). *Quality improvement of preoperative information provision for general surgical patients, Fort Surasakmontri Hospital, Lampang Province* [Unpublished independent study]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Techajumroensook, B. (2020). *Quality improvement with FOCUS-PDCA*.
https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=983
- Thelan, L. A., Urden, L. D., Lough, M. E., & Stacy, K. M. (1998). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (3rd ed.). Mosby.



Resilience and Work Engagement of Nurses in General Hospitals* ความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป*

บงกชรัตน์	แก้วประดิษฐ์**	Bonggotrat	Kaewpradit**
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul***
อภिरดี	นันทศุภวัฒน์****	Apiradee	Nantsupawat****

Abstract

Resilience is important for nurses in addressing job-related stress and promoting work engagement. This study aimed to investigate the resilience and work engagement of nurses in general hospitals in the Northern region, as well as the relationship between resilience and work engagement. A sample of 381 nurses was randomly selected using multi-stage sampling. The research instrument included a demographic data form, the Work Engagement Scale, and the Resilience Scale (Thai version). The reliability coefficients were .94 and .88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results of the study revealed that nurses in general hospitals had a moderate level of resilience ($M = 2.93$, $SD = 0.48$). Nurses perceived overall score work engagement at a moderate level ($M = 3.97$, $SD = 0.98$). All subscales of work engagement were at moderate levels. The mean scores for the following subscales were 4.17 for absorption ($SD = 0.99$), 3.87 for dedication ($SD = 1.15$), and 3.86 for vigor ($SD = 1.07$). There was a moderate positive relationship between resilience and work engagement ($r_s = 0.521$, $p < 0.01$).

These results implied that resilience in nurses working in general hospitals has been insufficient which results in moderate engagement at work. However, resilience can be developed through support from peers and managers. Therefore, nursing managers need to realize the importance of resilience enhancement and investigate nurses' resilience regularly.

Keywords: Resilience; Work engagement; Nurses; General hospitals

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

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



บทคัดย่อ

ความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสำคัญต่อพยาบาลในการเผชิญกับความเครียดในงานและส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในงาน การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคเหนือ และความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลจำนวน 381 คน ที่คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความผูกพันในงาน และแบบสอบถามความเข้มแข็งทางจิตใจฉบับภาษาไทย แบบสอบถามความผูกพันในงานและแบบสอบถามความเข้มแข็งทางจิตใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป มีความเข้มแข็งทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.93$, $SD = 0.48$) มีคะแนนความผูกพันในงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.97$, $SD = 0.98$) และในแต่ละด้านของความผูกพันในงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความรู้สึกรักงานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 ($SD = 0.99$) ด้านการอุทิศตนให้กับงานมีค่าเท่ากับ 3.87 ($SD = 1.15$) และด้านความกระตือรือร้นมีค่าเท่ากับ 3.86 ($SD = 1.07$) และความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผูกพันในงาน ($r_s = 0.521$, $p < 0.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปมีความเข้มแข็งทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ความเข้มแข็งทางจิตใจสามารถพัฒนาได้ด้วยการสนับสนุนจากเพื่อนและผู้บังคับบัญชา ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ และประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความผูกพันในงาน พยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลทั่วไปต้องมีการเปลี่ยนแปลงและปรับแผนการทำงานในเรื่องคนและวิธีการทำงานทุกวัน นอกจากนี้ยังต้องมีการจัดอัตรากำลังไปช่วยงานในโรงพยาบาลตติยภูมิที่รองรับผู้ป่วยโควิดที่อยู่ในภาวะวิกฤตและโรงพยาบาลสนาม (Lamphun Statistical Office, 2021) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิดในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนาม รวมทั้งต้องมีการหมุนเวียนการทำงานไปให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลและชุมชน (Dissara & Junwin, 2021) สถานการณ์เช่นนี้ทำให้พยาบาลจะต้องมีความกระตือรือร้น อุทิศตนให้กับงานที่ทำและมีความจดจ่อและเสียสละให้กับงานที่ทำอย่างเต็มความสามารถ จากการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีความผูกพันในงานจะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ (Davik et al., 2020) ไม่เกิดข้อผิดพลาดที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ขณะเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการบริการ (Simone et al., 2018) แต่การทำงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความไม่แน่นอน พยาบาลเกิดความเครียดจากการทำงาน (Srijanpal et al., 2022) ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้พยาบาลสามารถปรับตัวและจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ คือ การมีความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience) ที่มีผลให้พยาบาลเกิดความผูกพันในงานตามมา (Bakker & Demerouti, 2008) ด้วย

ความผูกพันในงาน (Work engagement) เป็นความรู้สึกเชิงบวกของคนทำงานที่มีต่อการปฏิบัติกิจกรรมในองค์กร โดยแสดงออกมาใน 3 ลักษณะ คือ 1) ความกระตือรือร้น (Vigor) หมายถึง มีพลังในการทำงานสูง สร้างสรรค์ ไม่ท้อแท้และกล้าเผชิญกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น 2) การอุทิศตนให้กับงาน (Dedication) คือ มีความกระตือรือร้น มีแรงบันดาลใจในการทำงาน มีความภาคภูมิใจ มีความทุ่มเทในการทำงานสูง เห็นว่างานมีความท้าทาย และ 3) ความรู้สึกทำงานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (Absorption) คือ มีความพอใจและจดจ่อต่อการทำงาน และไม่ละทิ้งงานที่ทำอยู่ได้ (Schaufeli & Bakker, 2003) นอกจากนี้ ความผูกพันในงานยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พยาบาลมีความมุ่งมั่นในการทำงาน ทุ่มเทศักยภาพอย่างเต็มที่ให้กับงานที่รับผิดชอบ (Davik et al., 2020) มีความรัก ผูกพันกับองค์กรและคงอยู่ในงาน (Simpson, 2009) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความผูกพันในงานของพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า พยาบาลประเทศอังกฤษมีความผูกพันในงานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.46$, $SD = 1.11$) ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาระดับความผูกพันในงานของพยาบาลในประเทศสเปนที่อยู่ในระดับสูง ($M = 4.60$, $SD = 1.35$) สำหรับประเทศไทย มีหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาความผูกพันในงานของพยาบาล เช่น การศึกษาของ วิจารณ์ จิมพลี (Chimplee, 2020) พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคเหนือ มีความผูกพันในงานอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M = 3.80$, $SD = 0.49$) การศึกษาของ วรณช วงศ์เจริญ (Wongcharoen, 2018) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีความผูกพันในงานอยู่ในระดับสูง ($M = 3.46$, $SD = 0.64$) และการศึกษาของ นุชจรี นักรไ (Nakrai, 2020) พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความผูกพันในงานอยู่ในระดับสูง ($M = 4.12$, $SD = 0.58$) โดยทุกงานวิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงก่อนมีการระบาดของโรคโควิด-19 แต่ยังไม่พบการศึกษาความผูกพันในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปทั้งในช่วงก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

ความเข้มแข็งทางจิตใจ เป็นคุณลักษณะของบุคคลในการจัดการกับอุปสรรคและความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Connor & Davidson, 2003) ซึ่งความเข้มแข็งทางจิตใจเกิดจากความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังพบกับเหตุการณ์วิกฤตที่ยากลำบากในชีวิต เมื่อมีความเข้มแข็งทางจิตใจแล้ว ก็เปรียบเสมือนมีเกราะที่ช่วยป้องกันเมื่อต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามา หากพยาบาลมีความเข้มแข็งทางจิตใจที่มากขึ้น จะช่วยให้พยาบาลสามารถผ่านพ้นวิกฤต สามารถจัดการกับปัญหาและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนส่งผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงานและเกิดความผูกพันในงาน (Zhang et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางจิตใจของพยาบาล และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเข้มแข็งทางจิตใจกับความผูกพันในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งในช่วงก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยเรื่องนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนส่งเสริมให้พยาบาลมีความผูกพันในงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความผูกพันในงานของ ซอฟเฟลลี และ เบกเกอร์ (Schaufeli & Bakker, 2003) ที่กล่าวว่า ความผูกพันในงานเป็นความรู้สึกทางบวกต่องานที่แสดงออกมาใน 3 ด้าน คือ ความกระตือรือร้น (Vigor) การอุทิศตนให้กับงาน (Dedication) และความรู้สึกว่างานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (Absorption) และแนวคิดความเข้มแข็งทางจิตใจของ คอนเนอร์ และ เดวิดสัน (Connor & Davidson, 2003) ที่กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวที่จะให้ประสบความสำเร็จจากอุปสรรคและความทุกข์ยาก ซึ่งความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันในงาน โดยในแบบจำลองความผูกพันในงานของ เบกเกอร์ และ เดอเมอร์ตูติ (Bakker & Demerouti, 2008) ระบุว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นทรัพยากรบุคคลอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันในงาน โดยบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจจะสามารถรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์แวดล้อม และนำไปสู่ความรู้สึกทางบวกต่องาน มีความกระตือรือร้น อุทิศตนให้กับงาน และรู้สึกที่งานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคเหนือ เขตบริการสุขภาพที่ 1, 2, และ 3 จำนวน 3,752 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรงและไม่อยู่ในระหว่างลาศึกษา ลาป่วย ลาคลอด

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane, 1973 as cited in Srisatidnarukul, 2007) ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ระดับความเชื่อมั่น 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 362 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันโอกาสที่ข้อมูลจะสูญหาย (Burns & Grove, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 399 คน แยกเป็นโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 152 คน โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 87 คน และโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 160 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยสุ่มโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคเหนือมา 3 จากทั้งหมด 10 แห่ง จากนั้นมีการคำนวณจำนวนพยาบาลที่ต้องการในแต่ละงานการพยาบาลของทั้ง 3 โรงพยาบาลและสุ่มพยาบาลในแต่ละงานพยาบาลตามจำนวนที่กำหนดโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความผูกพันในงาน ซึ่งนำมาจากแบบสอบถามความผูกพันในงาน the Utrecht work engagement scale (UWES) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย หทัยกร กิตติมานนท์ (Kittimanont, 2014) มีทั้งหมด 9 ข้อคำถาม ประกอบด้วยความรู้สึกรักของพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ ความกระตือรือร้น การอุทิศตนให้กับงาน และความรู้สึกว่างานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 0-6 โดย 0 คือ ไม่เคยเลย ไปจนถึง 6 คือ เสมอ/ทุก ๆ วัน คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม จะนำมาหาค่าเฉลี่ยความผูกพันในงาน โดยมีการแปลผลคะแนน ดังนี้

ความผูกพันในงาน	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก
ความกระตือรือร้น	< 2.00	2.01–3.25	3.26–4.80	4.81–5.65	≥ 5.66
การอุทิศตนให้กับงาน	< 1.33	1.34–2.90	2.91–4.70	4.71–5.69	≥ 5.70
ความรู้สึกรักว่างานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต	< 1.17	1.18–2.33	2.34–4.20	4.21–5.33	≥ 5.34
ภาพรวม	< 1.77	1.78–2.88	2.89–4.66	4.67–5.50	≥ 5.51

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเข้มแข็งทางจิตใจของ คอนเนอร์ และ เดวิดสัน (Connor & Davidson, 2003) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม วัดทั้งหมด 5 ด้าน คือ 1) ความสามารถเฉพาะบุคคล 2) การปรับตัว ความทนต่ออารมณ์ทางลบ 3) การยอมรับความเปลี่ยนแปลง 4) ความรู้สึกควบคุมเหตุการณ์ได้ และ 5) จิตวิญญาณ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 โดย 0 คือ ไม่จริงเลย ไปจนถึง 4 คือ จริงตลอดเวลา คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม จะนำมาหาค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจ คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.99 หมายถึง ระดับต่ำ, 1.00-1.99 หมายถึง ระดับค่อนข้างต่ำ, 2.00-2.99 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.00-4.00 หมายถึง ระดับสูง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความผูกพันในงาน และแบบสอบถามความเข้มแข็งทางจิตใจ เท่ากับ .94 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 089/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลสุโขทัย และโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลและขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลสุโขทัย และโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยโรงพยาบาลลำพูนผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากนั้น ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ประสานงานเกี่ยวกับคุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง วิธีการแจกแบบสอบถาม การรวบรวมแบบสอบถาม และวิธีการส่งแบบสอบถาม



กลับ ซึ่งกำหนดเวลาทำแบบสอบถาม 2 สัปดาห์และส่งคืนให้ผู้ประสานงานโดยใส่ซองปิดผนึก ผู้ประสานงานรวบรวมแบบสอบถามและส่งให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล พบว่าแบบสอบถามได้รับคืนมาทั้งหมด 390 ฉบับ (ร้อยละ 97.74) มีความสมบูรณ์ จำนวน 381 ฉบับ (ร้อยละ 97.70)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยหาค่า Spearman's rank correlation เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 38.18 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.90 รองลงมาคือ กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.30 กลุ่มอายุ 31-50 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.50 และ 12.30 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 95.00 และศึกษาในระดับปริญญาโท ร้อยละ 5.00 ส่วนสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 47.20 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 44.40 และสถานภาพหม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 8.40 ในด้านการมีบุตร พบว่ากลุ่มที่ไม่มีบุตร คิดเป็นร้อยละ 53.00 กลุ่มที่มีบุตร คิดเป็นร้อยละ 47.00 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในอาชีพพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.40 รองลงมาคือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.50 และ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.10

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1 และความผูกพันในงานของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2 และพบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = 0.521$, $p = .001$)

ตารางที่ 1 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความเข้มแข็งทางจิตใจ (n = 381)

ตัวแปร	Min	Max	M	SD	ระดับ
ความเข้มแข็งทางจิตใจ	0.92	4.00	2.93	0.48	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความผูกพันในงานแต่ละด้าน และโดยรวม (n = 381)

ความผูกพันในงาน	Min	Max	M	SD	ระดับ
ความกระตือรือร้น	0.33	6.00	3.86	1.07	ปานกลาง
การอุทิศตนให้กับงาน	0.33	6.00	3.87	1.15	ปานกลาง
ความรู้สึกว่างานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต	0.67	6.00	4.17	0.99	ปานกลาง
ภาพรวม	0.56	6.00	3.97	0.98	ปานกลาง

ตารางที่ 3 แสดงค่า Spearman's rank correlation ของความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงาน (n = 381)

ตัวแปร	ความผูกพันในงาน	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	P-value
ความเข้มแข็งทางจิตใจ	0.521	0.001

การอภิปรายผล

1. ความเข้มแข็งทางจิตใจของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.93$, $SD = 0.48$) (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความสามารถในการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จจากอุปสรรคและความทุกข์ยากอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.40) เป็นผู้ที่มิประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 11 ปี อายุงานที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลทำให้พยาบาลมีทักษะและการพัฒนาตนเองในเรื่องการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี มีความเข้มแข็งทางจิตใจสูง ทำให้สามารถรับมือและจัดการกับความเครียดได้ เสมือนมีภูมิคุ้มกันภายในตัวเอง ทำให้สามารถปรับตัวในการทำงานในรูปแบบต่าง ๆ และสามารถจัดการกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานที่น้อยกว่า ซึ่งในขณะที่มีการเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 จะเห็นได้ว่าอุปกรณ์ป้องกันโรคมีไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลจะต้องเรียนรู้การใช้ทรัพยากรที่มี หรือนำทรัพยากรเดิมมาหาวิธีการปรับใช้เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ซึ่งคุณลักษณะของการปรับตัวที่ดี จะต้องอาศัยประสบการณ์เข้ามาช่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาฟซารี และคณะ (Afshari et al., 2021) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานที่มาก จะมีทักษะในการรับมือและจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย

อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ทำให้พยาบาลมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนพยาบาลที่มีอยู่ยังคงเดิม ส่งผลให้พยาบาลที่เหลือน้อยต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งพยาบาลยังต้องเรียนรู้และปรับตัวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่และเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สถานการณ์เหล่านี้ส่งผลทำให้พยาบาลเกิดความเครียดและวิตกกังวล ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น บั่นทอนความรู้สึกเชิงบวกที่ดีต่องาน ขาดความมั่นใจในการทำงาน ทำให้พยาบาลมีความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮอสกอร์ และ ยามาเน (Hosgor & Yaman, 2021) ที่พบว่า ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา แต่มีความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่ายังมีทั้งปัจจัยบวกและลบที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของพยาบาล จึงทำให้ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความเข้มแข็งทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความผูกพันในงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.97$, $SD = 0.98$) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเหล่านี้มีความรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังในการทำงาน เต็มใจที่จะเสียสละอุทิศตนให้กับงานและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงานอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 38.18 ปี ($SD = 9.88$) และพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.40) มีประสบการณ์การทำงานที่มากกว่า 11 ปีขึ้นไป รวมทั้งเป็นพยาบาลในระดับชำนาญการถึงร้อยละ 59.80 พยาบาลในกลุ่มนี้เป็นพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะและประสบการณ์การทำงานสูง ได้รับมอบหมายในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น สามารถวางแผน จัดการเมื่อต้องเจอกับปัญหาหรืออุปสรรค จึงทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การพยาบาลนั้นมีคุณภาพ ผู้รับบริการพึงพอใจในการทำงาน ส่งผลให้พยาบาลมีทัศนคติในเชิงบวกต่องาน จึงแสดงพฤติกรรมที่มีความกระตือรือร้น เสียสละอุทิศตน ใส่ใจในการทำงานเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันที่พบว่าโรงพยาบาลทั่วไปมีอัตรากำลังคนทางการพยาบาลไม่เพียงพอ และผู้รับบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน อันมีผลให้พยาบาลขาดความกระตือรือร้นและสนใจในงานลดลง ส่งผลให้ความผูกพันในงานลดลงด้วย สอดคล้อง

กับผลการศึกษาของ นิศากร กะการดี และคณะ (Kakandee et al., 2020) ที่พบว่าอัตรากำลังใจพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้พยาบาลมีความเหนื่อยล้าและไม่อยากทำงาน ความผูกพันในงานลดลง จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลมีความผูกพันในงานอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในแต่ละด้านของความผูกพันในงาน อภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านความกระตือรือร้น

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความผูกพันในงานในด้านความกระตือรือร้นอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.86$, $SD = 1.07$) แสดงว่าพยาบาลมีพลังในการทำงาน กล้าเผชิญกับความยากลำบากและมีความเข้มแข็งทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ต้องใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อให้งานสำเร็จ เช่น โรงพยาบาลลำพูนที่พยาบาลจะร่วมกับสหวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพบริการรักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานวิชาชีพ (Lamphun Hospital, 2021) การได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากทีม บรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่เอื้อในการทำงานจึงส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจ และเกิดแรงจูงใจที่จะทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิสมัย แจ่มสุทธีรวัฒน์ และ ยุพิน อังสุโรจน์ (Jangsuthivarawat & Aungsuroch, 2008) ที่พบว่าหากพยาบาลปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ดี มีการทำงานเป็นทีม และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จะทำให้พยาบาลเกิดแรงจูงใจที่จะทำงาน ทำงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มั่นใจในการทำงานและเกิดความผูกพันในงานได้

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันแนวโน้มผู้รับบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และอัตรากำลังใจไม่เพียงพอของพยาบาล ทำให้พยาบาลที่เหลืออยู่มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น ด้วยภาระงานที่มากเกินไป ก็จะทำให้พยาบาลขาดความกระตือรือร้นในการทำงานได้ ไม่กระปรี้กระเปร่า รู้สึกอ่อนล้า ไม่อยากตื่นมาทำงานในตอนเช้าในแต่ละวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จาง และคณะ (Zhang et al., 2021) ที่พบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 พยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้นอย่างมากซึ่งส่งผลให้มีความผูกพันในงานลดลง จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นปัจจัยเชิงบวกและลบที่มีผลต่อความกระตือรือร้นของพยาบาลจึงทำให้ในการศึกษานี้พบว่า พยาบาลมีความผูกพันในงานในด้านความกระตือรือร้นอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการอุทิศตนให้กับงาน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความผูกพันในงานด้านการอุทิศตนให้กับงานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.87$, $SD = 1.15$) แสดงว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับงาน มีความทุ่มเทในการทำงานและเห็นว่าการงานมีความท้าทายอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากอาชีพพยาบาลต้องทำงานกับชีวิตคน เป็นอาชีพที่ต้องใช้ความรอบคอบระมัดระวัง จะเกิดความผิดพลาดไม่ได้เลย รับผิดชอบสูงในการทำงาน ยิ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19 ซึ่งถือเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่เคยมีมาก่อน พยาบาลต้องรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากจะต้องดูแลผู้ป่วยปกติแล้ว ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นด้วย (Committee on Public Health, 2022) จากสถานการณ์นี้ จะเห็นได้ว่า บทบาทการทำงานของพยาบาลมีความสำคัญและถือเป็นความท้าทายที่ต้องเผชิญ พยาบาลจะต้องทุ่มเทในการทำงานมากขึ้น เพื่อให้งานนั้นได้คุณภาพและสำเร็จตามที่ตั้งเป้าไว้ นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องคอยจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้การพยาบาลนั้นลุล่วงไปด้วยดี เช่น การจัดการกับอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อที่ไม่เพียงพอ การจัดการเตียง การจัดอัตรากำลังใจ ความเสี่ยงในการติดเชื้อ ซึ่งถือเป็นความท้าทายอย่างมากในการทำงาน ดังนั้น พยาบาลต้องอาศัยความใส่ใจ ความทุ่มเท ไม่ใช่เพียงแค่ทางกาย แต่ต้องมีความทุ่มเททั้งแรงใจ และสติปัญญาด้วย สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ อุบลรัตน์ ศักดิ์ทอง และ กัญญดา ประจุศิลป (Sakthong & Prachusilpa, 2022) ที่พบว่า หากพยาบาลใส่ใจทุ่มเทให้กับงานมากขึ้น จะส่งผลทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน ภาคภูมิใจในงาน มีแรงจูงใจที่จะทำงาน ทำให้เกิดความผูกพันในงาน

อย่างไรก็ตาม จากปัญหาค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน หรือการที่ได้รับความตอบแทนพิเศษในช่วงโควิด-19 ล่าช้า ส่งผลทำให้พยาบาลไม่มีแรงจูงใจที่จะทำงานได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนพร พงษ์บุญชู (Pongboonchoo, 2016) ที่พบว่า หากบุคคลทำงานอย่างเต็มความสามารถแล้ว แต่ไม่ได้รับรางวัลตามที่คาดหวังไว้ จะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง ไม่ภูมิใจกับงานที่ทำ ไม่มีแรงบันดาลใจในการทำงานหรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่ามีทั้งปัจจัยบวกและลบที่ส่งผลต่อความทุ่มเทในงานของพยาบาลและส่งผลให้พยาบาลรับรู้ว่ามีความทุ่มเทในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความรู้สึกว้างงานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความผูกพันในงานด้านความรู้สึกว้างงานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.17$, $SD = 0.99$) แสดงว่าพยาบาลมีความพอใจและจดจ่อต่อการทำงานอยู่ในระดับปานกลางที่เป็นเช่นนี้อาจมาจากการประกอบวิชาชีพการพยาบาลได้รับการปลูกฝังตั้งแต่เรียนในสถาบันการศึกษาให้มีความอดทน เสียสละ และมุ่งมั่นที่จะทำงานที่รับผิดชอบอย่างเต็มที่ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018) พยาบาลจึงต้องปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งจะพบเจอกับการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

อย่างไรก็ตาม ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา พยาบาลอาจต้องมีการโยกย้ายไปช่วยหน่วยงานอื่น หรือ อาจจะต้องเปลี่ยนสถานที่ในการทำงาน มีความไม่แน่นอนของเหตุการณ์และต้องแก้ไขปัญหาในการทำงานอย่างรวดเร็ว จึงทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันในการทำงานอย่างมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปันณทัต ต้นธนปัญญากร และคณะ (Tanthanapanyakorn et al., 2022) ที่พบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยความเครียดนั้นอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การไม่ได้พบปะกับคนในครอบครัว ข้อจำกัดด้านเวชภัณฑ์ในการป้องกันโรค จากเหตุผลดังกล่าวนี้จึงทำให้พยาบาลมีความพอใจและจดจ่อต่อการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผูกพันในงาน ($r_s = 0.521$, $p < .01$) ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ โค และ เซน (Cao & Chen, 2019) หลิว และคณะ (Lyu et al., 2020) วิลอน (Veron, 2020) คลาร์ก และคณะ (Clark et al., 2021) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความผูกพันในงาน อธิบายผลการศึกษานี้ได้ตามแบบจำลองความผูกพันในงานของ เบกเกอร์ และ เดอเมอร์ตูติ (Bakker & Demerouti, 2008) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจถือเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลอย่างหนึ่ง ซึ่งหากบุคคลใดมีความความเข้มแข็งทางจิตใจจะทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวและรับมือกับอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้งานนั้นประสบความสำเร็จได้ ทำให้บุคคลสามารถจัดการสถานการณ์แวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน มีทักษะและพัฒนาการทำงาน นำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจในงาน มีแรงจูงใจในการทำงาน จนส่งผลทำให้บุคคลนั้นมีความผูกพันในงาน มีความรู้สึกที่ดีต่องาน กระตือรือร้น ขยันขันแข็งในการทำงาน รู้สึกว่ามีความสุขกับงานที่ทำ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า สองตัวแปรนี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า มีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันในงานของพยาบาลนอกเหนือจากความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยเฉพาะปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน หรือหัวหน้างาน ดังงานวิจัยของ นาซอร์ดิน และคณะ (Nasurdin et al., 2018) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานหรือจากหัวหน้างานมีผลต่อความผูกพันในงานของพยาบาล หรือสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19 ซึ่งควรมีการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความเข้มแข็งทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคเหนือ ควรมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลพัฒนาทักษะในด้านความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น เช่น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการจัดการปัญหาของพยาบาลรุ่นพี่ การจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการและการควบคุมอารมณ์ตนเอง เทคนิคการแก้ปัญหาเชิงระบบ
2. ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความผูกพันในงานอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคเหนือ ควรดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความผูกพันในงานเพิ่มมากขึ้น เช่น จัดภาระงานให้เหมาะสม จัดสภาพแวดล้อมในองค์กรให้เอื้อต่อการทำงาน สร้างบรรยากาศในการทำงานเป็นทีมที่ดี ให้อิสระแก่พยาบาลในการตัดสินใจทำงานที่รับผิดชอบ สิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลเกิดความกระตือรือร้น อุทิศตนให้กับงานและรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความเข้มแข็งทางจิตใจและความผูกพันในงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลขนาดอื่นทั้งในโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐและภาคเอกชน ครอบคลุมทั่วประเทศ
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคเหนือ
3. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความผูกพันในงาน เช่น การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 เป็นต้น

References

- Afshari, D., Nourollahi-darabad, M., & Chinisaz, N. (2021). Psychosocial factors associated with resilience among Iranian nurses during COVID-19 outbreak. *Psychosocial Factors and Resilience Among Nurses*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.714971>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13(3), 209-223. <https://doi.org/10.1108/13620430810870476>
- Burns, N., & Grove, S. (2009) *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Cao, X., & Chen, L. (2019). Relationships among social support, empathy, resilience and work engagement in haemodialysis nurses. *International Nursing Review*, 66, 366–373.
- Chimplee, W. (2020). Head nurses' servant leadership and registered nurses' work engagement, Regional Hospital, Northern Region. *Nursing Journal*, 47(1), 361-373. (in Thai)
- Clark, P., Crawford, T. N., Brandonn Hulse, B., & Polivka, B. J. (2021). Resilience, moral distress, and workplace engagement in emergency department nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 43(5), 442–451. <https://doi.org/10.1177/0193945920956970>
- Committee on Public Health. (2022). *Workload and efficiency of the nursing profession under the situation of the outbreak of COVID-19*. <https://pis.parliament.go.th/PARFileDownloadProxy/download?> (in Thai)
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>



- Davik, F. I., Widyacahya, F., Laksana, M. A. C., Damayanti, N. A., Suminar, D. R., & Wulandari, R. D. (2020). The effect of proactive personality, professionalism, and work engagement on performance among village midwives in neonatal complication management using the integrated management of childhood illness. *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(4), 965-971. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i4.11621>
- Dissara, W., & Junwin, B. (2021). Nurses with prevention management and controlling the Covid-19 outbreak in the community. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(12), 89-104. (in Thai)
- Hosgor, H., & Yaman, M. (2021). Investigation of the relationship between psychological resilience and job performance in Turkish nurses during the covid-19 pandemic in terms of descriptive characteristics. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 44-52. <https://doi.org/10.1111/jonm.13477>
- Jangsuthivarawat, S., & Aungsuroch, Y. (2008). Working environment, assertive behavior and teamwork of staff nurses in general hospitals in the central region. *Thai Journal of Nursing Council*, 23(1), 87-99. (in Thai)
- Kakandee, N., Cheevakasemsook, A., & Iwichitkhun, D. (2020). Job burnout of generation y professional nurses at a government hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 293-301. (in Thai)
- Kittimanont, H. (2014). *A causal model of health professional personnel performances in the University Hospitals in Thailand* [Unpublished doctoral dissertation]. Cristian University. (in Thai)
- Lamphun Hospital. (2021). *Annual report 2021*. <https://www.lpnh.go.th/files/report/annualreport.pdf> (in Thai)
- Lamphun Statistical Office. (2021). *Analysis of the situation of the epidemic of COVID-19, Lamphun Province*. <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/9419/north/lamphun.pdf> (in Thai)
- Lyu, H., Yao, M., Zhang, D., & Liu, X. (2020). The relationship among organizational identity, psychological resilience and work engagement of the first-line nurses in the prevention and control of COVID-19 based on Structural Equation Model. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13(1), 2379-2386. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S254928>
- Nakrai, N. (2020). *Relationships between nurses' work characteristic, work environment, work engagement and quality of care, university hospitals* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Nasurdin, A. M., Ling, T. C., & Khan, S. N. (2018). Linking social support, work engagement and job performance in nursing. *International Journal of Business and Society*, 19(2), 363-386.
- Pongboonchoo, T. (2016). *The moderating effects of leadership on the relationships between work stress, job burnout and deviant workplace behavior* [Unpublished master's thesis]. Thammasat University.



- Sakthong, U., & Prachusilpa, G. (2022). A study of spirituality at work of professional nurses. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(1), 520-527. (in Thai)
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). *Utrecht Work Engagement Scale (UWES) preliminary manual*. Utrecht University, Occupational Health Psychology Unit.
- Simone, S. D., Planta, A., & Cicotto, G. (2018). The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction. *Applied Nursing Research*, 39, 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.004>
- Simpson, M. R. (2009). Predictors of work engagement among medical-surgical registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 31(1), 44-65. <https://doi.org/10.1177/0193945908319993>
- Srijanpal, W., Thatan, S., Sajai, K., & Pinsakul, C. (2022). Nurse's lived experiences in caring for COVID-19 patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(1), 111-120. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in nursing research*. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Tanthanapanyakorn, P., Wongpituk, K., Ma-Oon, K., Ravinit, P., & Pongkan, A. (2022). Prevalence and factors related to stress of healthcare providers during Covid-19 pandemic situation of a hospital under the Department of Medical Services, Ministry of Public Health. *VRU Research and Development Journal Science and Technology*, 17(1), 111-125.
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2018). *Nursing council policy on nursing team manpower*. [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf) (in Thai)
- Veron, D. L. (2020). *An investigation of nurse leader perceived stress, resilience, work engagement, and burnout a cross-sectional descriptive study* [Unpublished doctoral dissertation]. Adelphi University, College of Nursing and Public Health.
- Wongcharoen, W. (2018). Relationships between personal factors, transformational and transactional leaderships of head nurses, and work engagement of professional nurses in community hospitals. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(3), 23-31. (in Thai)
- Zhang, H., Zhao, Y., Zou, P., Liu, Y., Lin, S., Ye, Z., Tang, L., Shao, J., & Chen, D. (2020). The relationship between autonomy, optimism, work engagement and organizational citizenship behaviour among nurses fighting COVID-19 in Wuhan: A serial multiple mediation. *BMJ Open*, 10(9), Article e039711. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039711>
- Zhang, M., Zhang, P., Liu, Y., Wang, H., Hu, K., & Du, M. (2021). Influence of perceived stress and workload on work engagement in front-line nurses during COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11-12), 1584-1595. <https://doi.org/10.1111/jocn.15707>



Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand*

การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ*

กัลย์รัตน์	อู่เรือน**	Kantarat	Aunruan**
เพชรสุรีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul***
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์****	Apiradee	Nantsupawat****

Abstract

Quality of work life refers to nurses' favorable feelings toward a work environment which enables them to perform their job well and provide patients with high quality care. This descriptive correlational study aimed to examine quality of work life and perceived organizational support, as well as the association between quality of work life and perceived organizational support among nurses in tertiary hospitals. The sample was comprised of 401 registered nurses working at tertiary care hospitals in the north of Thailand. The study instrument was a questionnaire with three parts: 1) a demographic data questionnaire; 2) the Nurses' Quality of Work Life Scale; and 3) the Perceived Organizational Support Scale. Parts 2 and 3 of the questionnaire had Cronbach's alpha values of .92 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that:

1. The sample had overall quality of life at a moderate level ($M = 177.02$, $SD = 22.55$). Considering each subscale, results showed that the work life-home life subscales and the work design subscale were at a moderate level ($M = 25.90$, $SD = 5.93$ and $M = 40.50$, $SD = 6.44$, respectively), while the work world subscale and work context subscales were at a high level ($M = 89.83$, $SD = 11.45$ and $M = 20.77$, $SD = 4.27$, respectively).
2. The sample perceived organizational support at a moderate level ($M = 3.6$, $SD = .83$).
3. There was a moderately positive correlation between nurses' perceived organizational support and their quality of work life ($r = .601$, $p < .01$).

The results of this study could be used to improve the quality of work life among nurses in tertiary hospitals and pave the way for future quality of work life research among nurses.

Keywords: Perceived organizational support; Quality of working life; Registered nurse

* 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 10 March 2023; Revised 12 June 2023; Accepted 13 June 2023



Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตการทำงาน เป็นความรู้สึกที่ดีของพยาบาลที่มีต่อสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งส่งผลให้พยาบาลมีผลการปฏิบัติงานที่ดี และผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานและการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือ จำนวน 401 คน เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล และ 3) แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 มีค่า Cronbach's alpha values เท่ากับ .92 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 177.02$; $SD = 22.55$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานด้านความสมดุลของชีวิต และด้านการออกแบบงานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 25.90$; $SD = 5.93$; $M = 40.50$; $SD = 6.44$ ตามลำดับ) ด้านบริบทการทำงาน ด้านคุณค่าและความมั่นคงในงานอยู่ในระดับสูง ($M = 89.83$; $SD = 11.45$; $M = 20.77$; $SD = 4.27$ ตามลำดับ)
2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.6$; $SD = .83$)
3. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ($r = .601$, $p < .01$)

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น และเป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร คุณภาพชีวิตการทำงาน พยาบาลวิชาชีพ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 10 มีนาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 12 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 13 มิถุนายน 2566



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล เป็นความรู้สึกที่ได้รับมาจากประสบการณ์ทำงานและมีผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจ มีความสุขในการทำงานและนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น (Brooks & Anderson, 2005) พยาบาลจะรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีได้ หากองค์กรมีการดำเนินการใน 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ 1) ความสมดุลของชีวิต (Work Life-Home Life Dimension) การจัดการให้คนทำงานสามารถแบ่งเวลาในการทำงานกับชีวิตส่วนตัวได้อย่างสมดุล 2) การออกแบบงาน (Work Design Dimension) การมอบหมายงานที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของพยาบาล 3) บริบทการทำงาน (Work Context Dimension) องค์กรได้ดำเนินการที่เอื้อให้พยาบาลปฏิบัติงานได้สะดวก ให้มีโอกาสดูแลความก้าวหน้าในการทำงาน และ 4) คุณค่าและความมั่นคงในงาน (Work World Dimension) การมอบหมายให้คนทำงานได้งานที่มีคุณค่าต่อสังคม สร้างความมั่นคง ปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งให้ค่าตอบแทนที่เป็นธรรม (Brooks & Anderson, 2005)

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลมีความสำคัญต่อองค์กรอย่างมาก มีการศึกษาพบว่าพยาบาลที่รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีจะรู้สึกภูมิใจที่เป็นพยาบาล และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลจึงทำให้ไม่คิดที่จะลาออกจากงาน (Almalki et al., 2012) ในทางตรงกันข้ามพยาบาลที่รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับต่ำจะมีผลการปฏิบัติงานลดลง (Fathimath et al., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (Sakamane, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัชรีย์ คมจักรพันธ์ และคณะ (Komjakraphan et al., 2018) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไทยอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่บางงานวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งอยู่ในระดับสูง (Kaptoom et al., 2019) จะเห็นได้ว่าพยาบาลในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานที่แตกต่างกัน และหลายงานวิจัยสนับสนุนว่าพยาบาลไทยยังไม่ได้รับการสนองตอบความต้องการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานเท่าที่ควร (Sakamane, 2013; Kaptoom et al., 2019)

การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร มีอิทธิพลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน (Eisenberger et al., 2020) โดยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร หมายถึง ความรู้สึกของคนทำงานที่ว่า องค์กรให้ความสำคัญและใส่ใจในความเป็นอยู่ที่ดีของคนทำงาน (Eisenberger et al., 1986) จึงเป็นการตอบสนองความต้องการของคนทำงานทางด้านอารมณ์ สังคมและความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติงาน (Rhoades & Eisenberger, 2002) ที่ผ่านมามีการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในคนทำงานอยู่นอกวงการสุขภาพ (Gordani et al., 2020; Takaew, 2018) แต่ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา โรงพยาบาลระดับตติยภูมิต้องเพิ่มปรับมาเป็นสถานพยาบาลหลักในการดูแลและป้องกันประชาชนไม่ให้ติดเชื้อโรค จึงส่งผลให้โรงพยาบาลเกิดการขาดแคลนทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกัน อัตราค่าจ้างทางการแพทย์ไม่เพียงพอ เนื่องจากต้องมียกย่ายากำลังคนบางส่วนไปดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่มีอาการรุนแรง พยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้น และต้องขึ้นปฏิบัติงานในเวรนานขึ้นรวมทั้งมีจำนวนวันพักผ่อนลดลง (Phimchaisai et al., 2022) นอกจากนี้พยาบาลบางส่วนยังได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยตรง ภายใต้ทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวที่จะติดเชื้อและแพร่เชื้อไปยังคนในครอบครัว (Department of Mental Health, 2021) สถานการณ์ความตึงเครียดในงานที่เกิดขึ้นเหล่านี้ อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ ดังการศึกษาของ นิเคบาล และคณะ (Nikeghbal et al., 2021) พบว่า พยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เผชิญกับภาวะเครียดจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่ยาวนาน เกิดความเหนื่อยล้า และรับรู้ว่า



Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ

มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ลดลง แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่ได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้ตระหนักถึงปัญหาความตึงเครียดในงานของบุคลากรในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และได้ช่วยเหลือและสนับสนุนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เช่น การให้ค่าตอบแทนการเสี่ยงภัยโควิด-19 การจัดทำประกันโควิดให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลทุกคน เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อโรค (Pitsachart et al., 2021) แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาล

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมทั้งความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการทำวิจัยประเด็นเหล่านี้ โดยคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาบุคลากร เพื่อให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี และนำไปสู่การเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาลและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของ ไอเซนเบอร์เกอร์ และคณะ (Eisenberger et al., 1986) ที่กล่าวว่า คนทำงานจะรับรู้และประเมินกระทำจากองค์กรในหลายๆเรื่องพร้อมกันโดยไม่ได้แยกว่าเป็นการกระทำในด้านใด โดยคนทำงานจะรับรู้ว่าการสนับสนุนจากองค์กรต่อเมื่อการกระทำขององค์กรนั้นเอื้อประโยชน์ต่อการทำงานของเข ในทางตรงกันข้าม หากการกระทำจากองค์กรขัดขวางการทำงานจะทำให้รับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรน้อยลง และแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของ บรู๊คส์ และ แอนเดอร์สัน (Brooks & Anderson, 2005) ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ความสมดุลของชีวิต (Work Life-Home Life Dimension) 2) การออกแบบงาน (Work Design Dimension) 3) บริบทการทำงาน (Work Context Dimension) และ 4) คุณค่าและความมั่นคงในงาน (Work World Dimension) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งตามทฤษฎีองค์การของ โรสส์ และ ไอเซนเบอร์เกอร์ (Rhoades & Eisenberger, 2002) ระบุว่า การสนับสนุนจากองค์กรจะช่วยตอบสนองความต้องการของคนทำงานทางด้านอารมณ์และสังคม รวมทั้งความคาดหวังที่จะได้รับจากผลการปฏิบัติงาน จึงนำไปสู่การรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือ ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 2 จำนวน 4,513 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง โดยปฏิบัติงานภายใต้สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และ ไม่ใช่ผู้บริหารทางการแพทย์หรือ



Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses
in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ

กำลังลาศึกษาต่อ ลาป่วยเป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์และลาคลอด

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง โดยปฏิบัติงานภายใต้สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และ ไม่ใช่ผู้บริหารทางการพยาบาลหรือกำลังลาศึกษาต่อ ลาป่วยเป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์และลาคลอด

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรยามาเน (Yamane, 1976, as cited in Srisatidnarukul, 2010) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 367 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit, 2010) ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ทั้งสิ้น 440 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.26 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (N = 4,513 คน)

คณะผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นโดยจำแนกโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ ที่มีทั้งหมด 5 โรงพยาบาล เป็น 2 กลุ่มตามเขตบริการสุขภาพ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีจับสลากเพื่อให้ได้ 1 โรงพยาบาลจากแต่ละเขตบริการสุขภาพ จากนั้นสุ่มจำนวนพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วน (ร้อยละ 10.26) พยาบาลในโรงพยาบาลนั้น ๆ ทำให้ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลแห่งที่ 1 จำนวน 257 คน และโรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 183 คน แล้วจึงสุ่มตัวอย่างพยาบาลจากแต่ละแผนกในโรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มจับสลากตามรายชื่อของพยาบาลทั้งหมดแบบไม่ใส่คืน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1 ชุดประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล รายได้ต่อเดือน ลักษณะการปฏิบัติงาน ความถี่ในการขึ้นปฏิบัติงาน และการเข้ารับการประชุมอบรม

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งนำมาจากแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรที่ กนกวรรณ สังห์รณ์ และคณะ (Sanghon et al., 2017) ได้แปลมาจากเครื่องมือวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของ ไอเซนเบอร์เกอร์ และคณะ (Eisenberger et al., 1986) มีจำนวน 17 ข้อคำถาม (SPOS17) โดยแบบวัดจะประเมินการกระทำขององค์กรในหลายๆเรื่องพร้อมกัน รวมเป็นด้านเดียว โดยไม่ได้แยกแยะว่าเป็นการกระทำในด้านใด ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 6 โดยข้อคำถามด้านบวก 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 6 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ในข้อคำถามด้านลบ 0 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด และ 6 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลโดยหาค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0.00-2.00 หมายถึง ระดับต่ำ 2.01-4.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 4.01-6.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ซึ่งนำมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ พัชรี คมจักรพันธ์ และคณะ (Komjakraphan et al., 2018) ได้แปลมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานของ บรู๊คส์ และ แอนเดอร์สัน (Brooks & Anderson, 2005) มี 42 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความสมดุลของชีวิต ด้านการออกแบบงาน ด้านบริบทการทำงาน และ ด้านคุณค่าและความมั่นคงในงาน ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 38 ข้อ และมีข้อคำถามด้านลบ 4 ข้อ ข้อคำถามทั้งหมดเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 6 โดยข้อคำถามด้านบวก 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 6 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุดในข้อคำถามด้านลบ 1 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด และ 6 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ พัชรี คมจักรพันธ์ และคณะ (Komjakraphan et al., 2018) ที่แยกเป็นคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมและรายด้าน เป็น 3 ช่วง ตามเกณฑ์ ดังนี้



Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses
in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ

คุณภาพชีวิตการทำงานแต่ละด้าน	ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ด้านความสมดุลของชีวิต	07.00 - 18.00	18.10 - 29.00	29.10 - 42.00
ด้านการออกแบบงาน	10.00 - 26.00	26.10 - 44.00	44.10 - 60.00
ด้านบริบทการทำงาน	20.00 - 52.00	52.10 - 86.00	86.10 - 120.00
ด้านคุณค่าและความมั่นคงในงาน	05.00 - 12.00	12.10 - 20.00	20.10 - 30.00
คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม	42.00 - 112.00	112.10 - 182.00	182.10 - 252.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดย กนกวรรณ สังห์รณ์ และคณะ (Sanghon et al., 2017) แล้ว คณะผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรไปทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า เท่ากับ .87

แบบประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้พัฒนาเครื่องมือและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับแล้ว โดย พัชรี คมจักรพันธ์ และคณะ (Komjakraphan et al., 2018) คณะผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลไปทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 069/2565 คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลแห่งที่ 1 และ คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลแห่งที่ 2 ตามเอกสารเลขที่ REC No. 16/2565 โดยผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงข้อมูลโครงการ และขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรักษาความลับของข้อมูลโดยนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และทำการจัดเก็บข้อมูลในที่ปลอดภัย จำกัดผู้เข้าถึงข้อมูลอย่างน้อย 1 ปี ภายหลังจากที่งานวิจัยถูกตีพิมพ์ ผู้วิจัยจะนำเอกสารและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไปทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลแห่งที่ 1 และ โรงพยาบาลแห่งที่ 2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว โรงพยาบาลแห่งที่ 1 คณะผู้วิจัยได้รับความกรุณาจากผู้ประสานงานวิจัยเป็นผู้ช่วยแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม สำหรับโรงพยาบาลแห่งที่ 2 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการแจกและรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการส่งคืนแบบสอบถามและเอกสารคำยินยอมแก่ผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 423 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.13 หลังจากตรวจสอบพบว่าไม่มีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ 401 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.14 ของแบบสอบถามทั้งหมด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565



Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลคุณภาพชีวิตการทำงาน และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานและการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรโดยการทดสอบการกระจายของข้อมูลว่าเป็นโค้งปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov (KS) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.50 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานได้ค่า $KS = 0.682$, sig (2-tailed) = .740 และคะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรได้ค่า $KS = 0.803$, sig (2-tailed) = .539 มีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ Pearson's correlation coefficient และแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Srisatidharakul, 2010) ดังนี้ r น้อยกว่า 0.03 แปลว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ r มีค่าระหว่าง 0.03-0.07 แปลว่า มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และ r มากกว่า 0.07 แปลว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.51 ในแต่ละช่วงอายุมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 28.68, ช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 29.18 และช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 29.43 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 46.14 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 95.26 ปริญญาโทหรือสูงกว่า ร้อยละ 4.74 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 61.35 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 38.65 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ร้อยละ 94.01 ส่วนมากปฏิบัติงานในกลุ่มงานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยวิกฤติ งานผู้ป่วยพิเศษ ร้อยละ 12.72, ร้อยละ 11.72 และ ร้อยละ 10.97 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ระหว่าง 30,001-50,000 บาท ร้อยละ 43.39 รองลงมาคือ 10,000-30,000 บาท ร้อยละ 39.90 ความถี่ในการเข้ารับการประชุม/อบรม 1-2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 64.59 มีความถี่ในการขึ้นปฏิบัติงาน มากกว่า 22 วันต่อเดือน ร้อยละ 68.33 และปฏิบัติงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 72.07

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.6$; $SD = 0.83$) ดังตารางที่ 1 มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 177.02$; $SD = 22.55$) ดังตารางที่ 2 และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .601$, $p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาล
($n = 401$)

	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	3.6	0.83	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโดยรวมและรายด้าน
($n = 401$)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
ด้านความสมดุลของชีวิต	25.90	5.93	ปานกลาง
ด้านการออกแบบงาน	40.50	6.44	ปานกลาง
ด้านบริบทการทำงาน	89.83	11.45	สูง



Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses
in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโดยรวมและรายด้าน
(n = 401) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
ด้านคุณค่าและความมั่นคงในงาน	20.77	4.27	สูง
คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม	177.02	22.55	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่า Pearson's correlation coefficient ของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงาน (n = 401)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	ระดับ
คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม	.601**	ปานกลาง

*p < .01

การอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 177.02, SD = 22.55) โดยมีคุณภาพชีวิตในด้านความสมดุลของชีวิต และด้านการออกแบบงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในด้านบริบทการทำงาน และด้านคุณค่าและความมั่นคงในงานอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2)

อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1.1 คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านความสมดุลของชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (M = 25.90; SD = 5.93) หมายความว่า พยาบาลรับรู้ว่าจะสามารถปรับสมดุลของเวลาการทำงานและเวลาสำหรับครอบครัวอย่างสมดุลกันได้ ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.88 และร้อยละ 6.98 อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ และหม้าย/ หย่าร้าง ตามลำดับ และอีกประมาณครึ่ง (ร้อยละ 46.14) อยู่ในสถานภาพโสดจึงสามารถให้เวลาในการทำงานได้มากกว่าคนทำงานที่มีสถานภาพสมรส อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้อัตรากำลังคนในการทำงานขาดแคลน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.33) ต้องทำงานมากกว่า 22 วันต่อเดือน และ ร้อยละ 72.07 ต้องทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ด้วยภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงอาจส่งผลต่อสมดุลของชีวิตงานและส่วนตัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งอรุณ เกศวงษ์ และคณะ (Gaesawahong et al., 2022) ที่พบว่า ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พยาบาลรับรู้ว่าจะมีความไม่สมดุลระหว่างงานกับชีวิตครอบครัว เพราะมีภาระงานมากขึ้นและความกังวลที่จะนำไปติดต่อกับคนในบ้าน

1.2 คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านการออกแบบงาน อยู่ในระดับปานกลาง (M = 40.50; SD = 6.44) หมายความว่า พยาบาลรับรู้ว่าจะงานที่ปฏิบัติมีความชัดเจนและเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่า สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทุกโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการทำงานที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทั้งที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นรายวันเพื่อให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้คนทำงานต้องเปลี่ยนแปลงขั้นตอนวิธีการทำงานเป็นรายวัน จึงอาจทำให้พยาบาลรับรู้ได้ว่าการทำงานไม่มีความชัดเจน อย่างไรก็ตาม ด้วยลักษณะการทำงานของโรงพยาบาลที่ต้องมีการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจึงได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานในการทำงานและแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปองพล คงสมาน และ จริยา สุขกลิ่น (Khongsaman & Sukklin, 2021) ที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การ

แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และพบว่า ในช่วงดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงของแนวปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉินอย่างฉับไววันต่อวัน เวรต่อเวร ทำให้การสื่อสารไม่ทั่วถึง นำมาซึ่งความผิดพลาดในการปฏิบัติงานเพราะได้รับสารไม่ตรงกัน แต่ด้วยพยาบาลต้องทำงานเป็นทีมจึงได้ช่วยกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตการทำงานในด้านการออกแบบงานอยู่ในระดับปานกลาง

1.3 คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านบริบทการทำงาน อยู่ในระดับสูง ($M = 89.93$; $SD = 11.45$) หมายความว่าพยาบาลรับรู้ว่าลักษณะสถานที่ปฏิบัติงาน การจัดการที่เอื้อให้ปฏิบัติงานได้สะดวกเป็นไปตามความต้องการของพยาบาล ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะว่า ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลตติยภูมิจำเป็นต้องรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงได้รับการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน ดังการศึกษาของ นวลใจ พิศชาติ และคณะ (Pitsachart et al., 2021) ที่พบว่า จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 องค์กรต้องมีการปรับโครงสร้างในการดำเนินงาน ทั้งในด้านการปรับอาคาร สถานที่เพื่อเป็นหอผู้ป่วยแยกโรค การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และด้านการเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ เวชภัณฑ์ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ตลอดจนระบบบริการทางการแพทย์ การจัดอัตรากำลัง และการเสริมสร้างทักษะความรู้แก่บุคลากร

1.4 คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านคุณค่าและความมั่นคงในงาน อยู่ในระดับสูง ($M = 20.77$; $SD = 4.27$) หมายความว่าพยาบาลรับรู้ว่างานที่ทำมีคุณค่าต่อสังคม ก่อให้เกิดประโยชน์ มีความมั่นคง มีความปลอดภัย และได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอต่อการดำรงชีพ ที่เป็นเช่นนี้ อาจเพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นข้าราชการจึงมีความเชื่อว่างานของตนมีความมั่นคง นอกจากนี้พยาบาลได้รับการปลูกฝังให้มีความตระหนักรู้ต่อบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้พยาบาลมองเห็นโอกาสที่จะเสียสละ ห่มเทปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบให้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของ วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล และคณะ (Srijanpal et al., 2022) ที่พบว่า พยาบาลรู้สึกว่าการได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 เป็นการให้การพยาบาลโดยเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล และมีความภาคภูมิใจที่ได้ใช้ความรู้ในวิชาชีพพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาล

ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.6$; $SD = 0.83$) (ตารางที่ 1) หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ พยาบาลมีการรับรู้ว่าจะองค์กรเห็นคุณค่าและใส่ใจในความเป็นอยู่ของพยาบาลในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจาก ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้รับผลกระทบอย่างมาก เพราะต้องเพิ่มบทบาทในการเป็นสถานพยาบาลหลักในการป้องกันประชาชนไม่ให้ติดเชื้อโรคและให้การดูแลรักษาผู้ที่ติดเชื้อโรคในระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงระดับรุนแรงที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่สุดในโรงพยาบาลจึงได้รับมอบหมายให้ทำงานในหน่วยให้บริการผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงในการสัมผัสและติดเชื้อได้ จึงคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลสวัสดิภาพการทำงานและค่าตอบแทนจากการทำงานอย่างเหมาะสม ซึ่งในงานวิจัยของ วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล และคณะ (Srijanpal et al., 2022) ที่ศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด -19 พบว่า พยาบาลได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการทำงาน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านขวัญกำลังใจ เช่น การทำประกันการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด การจัดทำช่องทางการแจ้งข่าวสถานการณ์และวิธีการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป 2) การสนับสนุนด้านอาหารและที่พักในการกักตัว และ 3) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ เช่น หน้ากาก N95 ชุด PPE



เป็นต้น แต่ในงานวิจัยของ ธนกร โพนสูง และคณะ (Phonsung et al., 2022) พบว่า พยาบาลมีความเห็นว่าผู้บริหารมีการสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือสวัสดิการ อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อ และสถานที่พักในระหว่างทำงานอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งค่าตอบแทนที่ได้รับเมื่อเทียบกับงานที่ต้องมีความเสี่ยงยังไม่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผลการศึกษารับรู้การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล

ผลการศึกษานี้พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ($r = .601, p < .01$) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนจากองค์กร เป็นการกระทำขององค์กรที่ทำให้พยาบาลรับรู้และประเมินว่าตอบสนองต่อความต้องการของตนทางด้านอารมณ์ สังคม และความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติงานมากขึ้นเพียงใด หากการกระทำขององค์กรตอบสนองต่อความต้องการของพยาบาลมากจะทำให้เกิดผลทางบวกต่อความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ดังการศึกษาของ สุนิภา ชินวุฒ และคณะ (Chinnawoot et al., 2020) ที่พบว่า หากองค์กรให้การสนับสนุนบุคลากร มีการกำหนดมาตรฐานการทำงานที่ดี จะทำให้บุคลากรรู้สึกมีความไว้วางใจในองค์กร รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ทำให้เกิดความเสียสละและมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน นอกจากนี้ ค่าตอบแทน สวัสดิการ การพิจารณาเลื่อนขั้นตามเกณฑ์ที่เป็นธรรม จะส่งผลให้พยาบาลมีกำลังใจในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2017)

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีองค์การของ โรสส์ และ ไอเซนเบอร์เกอร์ (Rhoades & Eisenberger, 2002) ที่ว่า การสนับสนุนขององค์กรคือการรับรู้ของบุคลากรว่าองค์กรสนใจและมีการสนองตอบต่อความต้องการของตนหรือไม่ เพียงใด โดยหากองค์กรตอบสนองต่อความต้องการของตนก็จะเกิดความไว้วางใจในองค์กร มีความเสียสละ เต็มใจที่จะทำงาน รู้สึกว่าตนมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร เกิดทัศนคติที่ดีต่องาน และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น และเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ รุ่งนภา พันมะลี และ ฉัฏฐวัฒน์ ลิ้มปัสสุพงษ์ (Phanmalee & Limpsurapong, 2019) และ มัลคิม และคณะ (Malki et al., 2020) ที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่าสองตัวแปรมีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยด้านการบริหาร และปัจจัยด้านองค์ จากการศึกษาของ สุนิภา ชินวุฒ และคณะ (Chinnawoot et al., 2020) ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าในด้านปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยพยาบาลที่มีอายุและมีประสบการณ์การทำงานสูงจะสามารถแก้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานและดำเนินชีวิตได้ดี ส่วนปัจจัยด้านงานจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน เนื่องจากเมื่อพยาบาลรับรู้ว่างานของตนมีคุณค่าและมีความหมายต่อความสำเร็จขององค์กรจะมีความทุ่มเทในการทำงาน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรให้การส่งเสริมให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานในด้านความสมดุลของชีวิตด้วยการจัดภาระงานให้พยาบาลอย่างเหมาะสม และมีความยืดหยุ่น ให้พยาบาลได้มีเวลาส่วนตัวและการอยู่ร่วมกับครอบครัว รวมทั้งมีการมอบหมายงานให้แก่พยาบาลอย่างชัดเจน และหากมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงาน ควรมีการสื่อสารอย่างรวดเร็วและทั่วถึง

2. ผู้บริหารควรประเมินความต้องการของพยาบาล และให้การสนับสนุนใส่ใจในสุขภาพและความปลอดภัยของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานมีความใส่ใจในความเป็นอยู่ของคนทำงาน



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความการสนับสนุนขององค์กร
2. ควรมีการทำการศึกษาลำดับขั้นตอนคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

References

- Almalki, M. J., FitzGerald, G., & Clark, M. (2012). Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 10, 30. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-30>
- Brooks, B. A., & Anderson, M. A. (2005). Defining quality of nursing work life. *Nursing Economic*, 23(6), 319-326.
- Chinnawoot, R., Uraisriping, K., & Wongjan, J. (2020). Factors related to quality of work life among nurses: A systematic review. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(3), 90-103. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2021). *Close up of pillar hearts with work under white dress*. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31218> (in Thai)
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.
- Eisenberger, R., Shanock, L. R., & Wen, X. (2020). Perceived organizational support: Why caring about employees counts. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 7, 101-124. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012119-044917>
- Fathimath, S., Chontawan, R., & Chitpakdee, B. (2014). Quality of work life and job performance among nurses in the Tertiary Care Hospital, Maldives. *Nursing Journal*, 41(3), 105-118.
- Gaesawahong, R., Peasui, N., Warapapong, O., Yongprawat, T., & Dawudom, N. A. (2022). Survey of stress and impacts in registered nurses during the COVID -19 pandemic. *The Bangkok Medical Journal*, 18(2), 106-112. (in Thai)
- Gordani, Y., Arabani, S. S., Arjmandi, M., & Bazargani, D. T. (2020). Modeling structural relationship between perceived organizational support and quality of work life among secondary school teachers of English as a foreign language. *Issues in Language Teaching (ILT)*, 9(2), 285-309. <https://doi.org/10.22054/ilt.2021.52841.504>
- Kaptoom, J., Sirichotiratana, N., Prutipinyo, C., & Pobkeeree, V. (2019). Professional nurses' work life quality in a Public University Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(3), 353-362. (in Thai)
- Khongsaman, P., & Sukklin, J. (2021). Experiences of emergency nurse working under COVID-19 pandemic circumstances of a University Hospital. *Kuakarun Journal of Nursing*, 28(2), 105-117. (in Thai)



Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses
in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ

- Komjakraphan, P., Tsuruta, K., Hasagawa, T., Yanagita, T., Hombu, A., Jitanoon, P., & Bal Thip, K. (2018). Quality of work life among public health nurses: A survey comparison between Thailand and Japan. *Walailak Journal of Science and Technology*, 17(5), 430-436.
<https://doi.org/10.48048/wjst.2020.4315>
- Malki, S., Hamouda, G., & Felemban, O. (2020). Relationship between perceived organizational support and quality of nurses' work life at King Fahad Hospital-Saudi Arabia. *Innovative Journal of Medical and Health Science*, 10(10), 1349-1360.
<https://doi.org/10.15520/ijmhs.v10i10.3136>
- Nikeghbal, K., Kouhnavard, B., Shabani, A., & Zamanian, Z. (2021). Covid-19 effects on the mental workload and quality of work life in Iranian nurses. *Annals of Global Health*, 87(1), 79. <https://doi.org/10.5334/aogh.3386>
- Phanmalee, R., & Limpsurapong, C. (2019). Perceived organizational support and organizational culture affect to firms performance: Evidence from Day Spa Business's Employees in Thailand. *Journal of Liberal Arts and Management Science Kasetsart University*, 1(1), 1-11. (in Thai)
- Phimchaisai, P., Taewaphokinkul, M., & Srisupornkornkul, A. (2022). The influences of personal factors and quality of work-life on quality of life among professional nurses during the pandemic of coronavirus disease 2019 in hospitals under the Church of Christ in Thailand. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 30(2), 13-24. (in Thai)
- Phonsung, T., Sodata, R., Butta-in, N., Kranpromma, Y., Nuaengchomphu, R., Junbutrat, K., Sarasuk, S., Rachmuntree, N., & Khoyun, S. (2022). Factors related to the work stress of registered nurses among the pandemic situation coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of Research Innovation and Evidence Based in Healthcare*, 1(1), 13-28. (in Thai)
- Pitsachart, N., Saenprasarn, P., & Yonchoho, N. (2021). Nursing administration in new normal Era. *Journal of Nursing Division*, 48(3), 202-211. (in Thai)
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Pearson.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.698>
- Sakamane, S. (2013). *Factors affecting quality of work life of anesthetic nurse in general hospitals under the jurisdiction of the ministry of public health*.
<https://webopac.lib.buu.ac.th/catalog/BibItem.aspx?BibID=b00225284>
- Sanghon, K., Thungjaroenkul, P., & Nantsuupawat, A. (2017). Perceived organizational support and proactive work behavior among registered nurses. *Nursing Journal*, 44(4), 134-144. (in Thai)
- Srijanpal, W., Thatan, S., Sajai, K., & Pinsakul, C. (2022). Nurse's lived experiences in caring for COVID-19 patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(1), 111-120. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *Research methods in nursing science*. U&I Inter Media.



Perceived Organizational Support and Quality of Work Life of Nurses
in Tertiary Hospitals in the Northern Part of Thailand
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตภาคเหนือ

- Takaew, M. (2018). *A Structural equation model of the quality of work life, perceived organizational support, perceived organizational justice and transformational leadership: The case study of office of highway 18*. <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/12550>
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2017). *The Nursing Council's announcement regarding the policy regarding the working hours of nurses to ensure patient safety*. <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H002.pdf>



Quality Improvement of Preoperative Nursing Visit for Patients Receiving Total Knee Replacement, Phrae Hospital*

การพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่*

ลักษณะ	จันทร์ยาโยธากร**	Laksana	Juntrayotragron**
จิตินันท์	อัคคะเดชอนันต์***	Thitinut	Akkadechanunt***
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี****	Bunpitcha	Chitpakdee****

Abstract

A preoperative nursing visit by an operating room nurse is the process of assessing the patients, providing information, giving advice on surgery and postoperative practices, and answering patients' questions. This developmental study aimed to examine the quality of preoperative nursing visits for patients receiving total knee replacement at Phrae Hospital after improvement using the concept of continuous quality improvement, FOCUS PDCA. The population in this study included the head and assistant head of the operating room, and 15 registered nurses working in the orthopedic department of the operating room. The subjects included 34 orthopedic patients receiving total knee replacement between November to December 2021. The research instruments included the nurses' satisfaction scale toward the perioperative visit guidelines for patients receiving total knee replacement, the patient's anxiety assessment form, and the record form of canceled or postponed operation incidence. The three instruments were validated by three experts. The content validity indices were 1.00, .97, and 1.00, respectively. The Cronbach's alpha coefficient of the nurses' satisfaction scale and the patient's anxiety assessment form were .90 and .88. Data were analyzed by descriptive statistics.

The quality of preoperative nursing visits after improvement includes:

1. The overall mean score of nurses' satisfaction with the preoperative visit guidelines for patients receiving total knee replacement was at a high level ($M = 4.49$, $SD = 0.41$).
2. The overall mean score of the anxiety of patients receiving the perioperative visit of the total knee replacement was at a low level ($M = 30.71$, $SD = 5.36$).
3. The incidence of cancellation or postponement of total knee replacement at Phrae Hospital was 0.

The results of this research increase the awareness of operating room nurses towards visiting patients before surgery, and they can use the preoperative visit guidelines for total knee replacement to develop preoperative visit guidelines for other groups of patients receiving surgery. Nursing administrators can establish policies and strategies to encourage operating room nurses to adhere to the preoperative visit guidelines and continuously monitor the outcomes of perioperative visits.

Keywords: Quality improvement; Preoperative nursing visit; Total knee replacement; Operating room nurses

* 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

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

Received 27 January 2023; Revised 20 May 2023; Accepted 22 May 2023



บทคัดย่อ

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นกระบวนการประเมินผู้ป่วย ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งการตอบข้อซักถามของผู้ป่วย การศึกษาเชิงพัฒนานี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เทียม โรงพยาบาลแพร่ ภายหลังการพัฒนาโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS PDCA ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างานและผู้ช่วยหัวหน้างานห้อง ผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมกระดูก จำนวน 15 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 34 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติในการเยี่ยม ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย และแบบบันทึกพฤติกรรมการงดหรือเลื่อน ผ่าตัด เครื่องมือทั้งสามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความ ตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00, .97 และ 1.00 ตามลำดับ ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมิน ความพึงพอใจของพยาบาล และแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย เท่ากับ .90 และ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้สถิติเชิงพรรณนา

คุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลหลังการพัฒนามีดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.49$, $SD = 0.41$)
2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอยู่ในระดับ เล็กน้อย ($M = 30.71$, $SD = 5.36$)
3. พฤติกรรมการงดหรือเลื่อนผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่เท่ากับ 0

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้สร้างความตระหนักให้แก่พยาบาลห้องผ่าตัดในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และสามารถนำแนวปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมนี้ ไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการเยี่ยม ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประเภทอื่น ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการกระตุ้นให้ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมก่อนผ่าตัด และติดตามประเมินผลลัพธ์ของการเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ การเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาล การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พยาบาลห้อง ผ่าตัด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 27 มกราคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 20 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 22 พฤษภาคม 2566



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ทำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า มีการเคลื่อนไหวของข้อที่ผิดปกติ ผ่านการรักษาด้วยวิธีอื่นมาแล้วได้ผลไม่ดี หรืออุปกรณ์ที่ใส่มาแล้วสึกหรอตามกาลเวลา ผู้ป่วยที่จะผ่าตัดต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีคุณภาพจึงจะทำ ไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดที่ครบถ้วน อาจส่งผลให้การดำเนินการผ่าตัดถูกเลื่อนออกไปได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นกิจกรรมสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่จะผ่าตัด และสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อที่เข่า ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน ข้อไม่มั่นคง ข้อยึดติด อีกทั้งยังสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล (Sattayaviwat, 2010) หากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดี หรือไม่ได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัด จะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียดและความวิตกกังวล (Maranets & Kain, 1999; Valenzuela-Millan et al., 2010) รวมทั้งอาจส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถนะหลังผ่าตัดหรือทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (Narrutto et al., 2017) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีคุณภาพและมีแบบแผนจะช่วยให้กระบวนการผ่าตัดเป็นไปตามแผนที่วางไว้ (Tubkerd et al., 2012) และยังช่วยให้อัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลง (Sathitkammanee et al., 2012) ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีบทบาทในการเยี่ยมผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด (Association of Operating Room Nurses [AORN], 2006)

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Nursing Division, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2008) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยการเยี่ยมผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องดำเนินการในวันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัด กิจกรรมที่จำเป็นในการเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพพร้อมทำความเข้าใจกับผู้ป่วย 2) ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร 3) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 4) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ อภิปรายและวางแผนการพยาบาล 5) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัด พร้อมทบทวนการปฏิบัติตัว 6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถาม หรือระบายความรู้สึก และ 7) แจ้งข้อมูลให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยเมื่อมีสิ่งผิดปกติ ซึ่งข้อมูลที่ได้โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อถือเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่รู้เห็นเหตุการณ์จริงในห้องผ่าตัด (Tungirakandee, 2018) ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยม ให้สอดคล้องกับตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

การเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีคุณภาพนั้น จะต้องประกอบด้วยการประเมินปัญหา และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด ต้องมีการติดตาม และพัฒนาการดำเนินการเยี่ยมก่อนผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาคุณภาพงาน หมายถึง ความพยายามอย่างมีแผนและต่อเนื่อง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งระบบ โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน (Suharitdamrong, 2007) แนวคิดในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่ช่วยกำหนดแนวทางที่เรียบง่ายในการแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวิเคราะห์ วัดผล ปรับปรุง และควบคุมได้ ตลอดจนเป็นการก่อให้เกิดความพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร และเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางด้านสุขภาพคือ FOCUS-PDCA ที่มีขั้นตอนดังนี้ F คือ แสวงหากระบวนการมาใช้ในการปรับปรุง (Find a process to improve) O คือ จัดการปรับปรุงกระบวนการที่จะนำมาใช้ (Organize to Improve the Process) C คือ มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการที่จะนำมาใช้อย่างชัดเจน (Classify Current Knowledge of the Process) U คือ มีความเข้าใจถึงที่มาของตัวแปรในกระบวนการ (Understand the sources of process variation) S คือ เลือกกระบวนการเพื่อการปรับปรุง (Select the Process Improvement) P คือ การวางแผนการปรับปรุง (Plan the improvement) ได้แก่ การวางแผน



ปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงแต่ละเรื่องและวางแผนรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง D คือ การจัดกระทำหรือลงมือทำตามกระบวนการที่วางแผนไว้แล้วนั้น (Do the improvement to the process) C คือ การตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Check the Results) และ A คือ การปฏิบัติ (Act on results (Deming, 1993 as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999)

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในต่างประเทศของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยตรงมีน้อย ส่วนใหญ่งานวิจัยได้ศึกษาผลของการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การวิจัยในประเทศตุรกี (Erci et al., 2008) พบว่า การสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลข่าวสารเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายได้ ในขณะการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญและต้องการรับทราบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการปรับตัวและเผชิญกับความเครียดในระยะก่อนผ่าตัด (Bruggink, 2010) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้องการข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดและข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด เพราะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะหลังผ่าตัด (Sayin & Aksoy, 2012) การวิจัยในประเทศจีนที่ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลของการวิจัยพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างมีแบบแผนในกลุ่มทดลอง ช่วยลดความวิตกกังวลและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ช่วยลดการเจ็บปวดหลังผ่าตัด และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Fu et al., 2020)

สำหรับการวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด พบจำนวนไม่มากนัก เช่น ในปี พ.ศ. 2551 ยุวดี วัดแก้ว และ อาภา เต็มเกาะ (Watkaew & Termkoa, 2008) ได้ศึกษาผลของการเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ผลการศึกษา พบว่า การเยี่ยมแบบมีแบบแผนประกอบด้วย คู่มือการเยี่ยม อุปกรณ์การเยี่ยม เช่น รูปภาพเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องพบเจอ ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมแบบมีแบบแผนโดยพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวลได้มากกว่า และมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมแบบปกติ นอกจากนี้ พุดิพร ทับเกิด และคณะ (Tubkerd et al., 2012) ได้ทำการศึกษาผลการเยี่ยมการก่อนได้รับการผ่าตัด พบว่า การเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่วยให้กระบวนการผ่าตัดเป็นไปตามแผนที่วางไว้ ลดความไม่พร้อมทางด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ป่วย ช่วยลดการเลื่อนหรือการยกเลิกการผ่าตัด จากผลการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศจะเห็นได้ว่า การเยี่ยมผู้ป่วยที่มีคุณภาพโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดทำให้ระดับความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อการเยี่ยมและข้อมูลที่ได้รับ ความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวลลดลง อัตราการเลื่อนการผ่าตัดลดลง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดความไม่พร้อมทางด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ป่วยลงได้

งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่ ได้กำหนดแนวปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนกว้าง ๆ ที่ใช้สำหรับการให้ข้อมูลและประเมินผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดทุกราย จำนวน 10 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) แนะนำตัวกับหัวหน้าหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย 2) แจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3) ขอความร่วมมือ ให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยร่วมในการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อการรับรู้และเข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน 4) แนะนำตัวกับผู้ป่วย แจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 5) ให้ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดโดยอธิบายโรคที่ผู้ป่วยเป็นและอธิบายการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ อธิบายขั้นตอนการผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามตามสมควร 7) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลการพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ตลอดจนให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพิ่มเติม และบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในระยะหลังผ่าตัด 8) แจกแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของ



ผู้ป่วยต่อการผ่าตัด 9) เก็บรวบรวมแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และ 10) นำข้อมูลและปัญหาที่ได้จากการเยี่ยมผู้ป่วยมาเสนอในที่ประชุม (pre-conference) เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (Phrae Hospital, 2013) ซึ่งแนวปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดสำหรับพยาบาลนี้เป็นขั้นตอนกว้าง ๆ สำหรับใช้เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในหน่วยงานทุกหัตถการ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลจึงให้ข้อมูลโดยทั่วไป ไม่ได้มีความละเอียดและเฉพาะเจาะจงสำหรับหัตถการผ่าตัดใด ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการงอหรือเลื่อนการผ่าตัดออกไป จำนวน 2 ราย ในปีงบประมาณ 2563 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดได้รับทราบข้อมูลการผ่าตัดจากพยาบาลในห้องผ่าตัดก่อนวางยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เทียม และผู้ป่วยไม่ได้งดน้ำและอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการผ่าตัด จำนวน 5 ราย ศัลยแพทย์จึงยกเลิกการผ่าตัดทั้งหมดออกไป (Group of Perioperative Nursing Care, 2020)

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานประจำห้องผ่าตัดที่ดูแลรับผิดชอบในด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการผ่าตัด จึงสนใจพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดข้อเข่าเทียม โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ของ เดมมิง (Deming, 1993 as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) ซึ่งผลการพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดข้อเข่าเทียมครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพที่เน้นคุณค่า (Value-based healthcare) ของโรงพยาบาลแพร่ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยคาดหวังว่าการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างมีคุณภาพจะ ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และลดอัตราการเลื่อนหรืองดผ่าตัด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ ภายหลังการพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ประเมินดังนี้

1. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ภายหลังการพัฒนา
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ภายหลังการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาล
3. อุบัติการณ์การการงอหรือเลื่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ ภายหลังการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในระยะก่อนได้รับการผ่าตัด ในขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของ เดมมิง (Deming, 1993 as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการ ที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุง กระบวนการ 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ 9) ยืนยันการดำเนินงาน และปรับปรุง ผู้วิจัยนำแนวคิดของเดมมิง มาพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดตามมาตรฐานกิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของ สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Nursing Division, Department of Medical Services, Ministry of Public



Health, 2008) ที่ประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทำความรู้จักตัวผู้ป่วย 2) ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร 3) ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย 4) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ อภิปรายและวางแผนการพยาบาล 5) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัด พร้อมทบทวนปฏิบัติตัว 6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวซักถาม หรือระบายความรู้สึก และ 7) แจกข้อมูลให้กับพยาบาลหรือผู้ป่วยเมื่อมีสิ่งผิดปกติ โดยติดตามคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดได้แก่ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้มี 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มพยาบาล ที่เป็นผู้ร่วมพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และผู้ปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยใช้แนวปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่พัฒนา จำนวน 15 คน
2. กลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบนัดล่วงหน้า (Elective case) ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2564 รวมระยะเวลา 1 เดือน จำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุดดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่

1. แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และข้อเสนอแนะในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นใช้ในการประชุมกลุ่มที่พัฒนาคุณภาพ และกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน
2. แนวปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของ สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Nursing Division, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2008) ประกอบด้วยรายละเอียดตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพพร้อมทำความรู้จักตัวผู้ป่วย 2) ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร 3) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย 4) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ อภิปรายและวางแผนการพยาบาล 5) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด 6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวซักถามหรือระบายความรู้สึก 7) แจกข้อมูลให้กับพยาบาลหรือผู้ป่วยเมื่อมีสิ่งผิดปกติ

3. แฟ้มรูปภาพ แผ่นพับ/คิวอาร์โค้ด แสดงคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะและ หลังผ่าตัด

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิดให้เลือกตอบ
2. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการใช้นโยบายการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลชลบุรีของ ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา และคณะ (Saksriwatana et al., 2020) จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด (5) ถึงพึงพอใจน้อย



ที่สุด (1)

การแปลค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจมีดังนี้ คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติมากที่สุด คะแนน 3.50-4.49 หมายถึงมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติมาก คะแนน 2.50-3.49 หมายถึงมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติปานกลาง คะแนน 1.50-2.49 หมายถึงมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติน้อย และคะแนน 1.00-1.49 หมายถึงมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติน้อยที่สุด (Srisaard, 2013)

3. แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโรงพยาบาลแพร่ ซึ่งผู้ศึกษาดัดแปลงจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form X-I) ของ สปีลเบิร์กเกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1970) และแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (Kotchabhakdi et al., 1983) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถาม ความรู้สึกทางบวก และทางลบอย่างละ 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 อันดับ ตั้งแต่ไม่รู้สึกละเลย = 1, รู้สึกบ้าง = 2, รู้สึกค่อนข้างมาก = 3, และรู้สึกมากที่สุด = 4

การแปลผลตามคะแนนรวมโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 20-39 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ คะแนน 40-59 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และคะแนน 60-80 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง

4. แบบบันทึกปฏิบัติการการงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบบันทึกปฏิบัติการการงดและเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลแพร่ของ ยุวเรศ เสนาธรรม (Sanathum, 2012)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และข้อเสนอแนะในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แพ้มรูปภาพ แผ่นพับ/คิวอาร์โค้ด แสดงคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด และแบบบันทึกปฏิบัติการการงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม ได้รับการตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) สำหรับแนวปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลแพร่ 1 ท่าน หัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .88, 1.00, และ .97 ตามลำดับ

การหาค่าความเชื่อมั่น แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลได้นำไปทดสอบกับพยาบาลห้องผ่าตัด แผนก ตา สูติกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 17 คน สำหรับแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย นำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .90 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากร

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 119/2564 และโรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 71/2564 โดยผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ศึกษากับพยาบาลวิชาชีพในแผนกผ่าตัดจำนวน 17 คนและขอเชิญเข้าร่วมการศึกษา สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบนัดล่วงหน้า (Elective case) ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลา 1 เดือน จำนวน 34 คน ผู้ศึกษาได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการศึกษา รวมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเข้าใจว่า การเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จาก



การศึกษาจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาออกมาในลักษณะของภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางการพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมในการศึกษามีสิทธิขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยที่การถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะไม่กระทบการทำงาน หรือการรักษาแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำศึกษา จึงมีการลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน FOCUS-PDCA ดังนี้

1. ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ (F) ผู้ศึกษาได้ค้นหาปัญหาการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากรายงานอุบัติการณ์ของการเลื่อน หรืองดผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และจากการสัมภาษณ์พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่
2. สร้างทีมพัฒนาคุณภาพที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (O) โดยแบ่งเป็น 2 ทีมคือทีมพัฒนาและทีมผู้ปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
3. ทำความเข้าใจกระบวนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (C) ที่จะต้องปรับปรุงเพื่อทบทวน และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเยี่ยมแบบเดิมจัดทำออกมาในรูปของผังการไหลของงาน (flow chart)
4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (U) ผู้ศึกษาร่วมกับทีมพัฒนาและทีมผู้ปฏิบัติประชุมค้นหาปัญหาและสาเหตุของการเยี่ยมที่ปฏิบัติและสรุปในรูปแผนผังก้างปลา (fish bone diagram)
5. เลือกกระบวนการที่ต้องปรับปรุง (S) ผู้ศึกษานัดทีมพัฒนาระดมสมองเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขตามสาเหตุปัญหาการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ไม่มีคุณภาพ
6. วางแผนปรับปรุงการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (P) โดยทีมพัฒนาคุณภาพจัดทำ
1) แนวปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 10 คน 2) แผนรูปภาพที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด และ 3) แผนพับ/คิวอาร์-โค้ด แสดงคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด
7. นำแนวปฏิบัติที่ร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของที่ประชุมลงสู่การปฏิบัติ (D) โดยผู้ศึกษาบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดทั้งขั้นตอนและกระบวนการเยี่ยม ฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์สมมติในการเยี่ยมผู้ป่วยเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จนมั่นใจว่าพยาบาลทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถทำได้ถูกต้อง โดยในช่วงทดลองทีมพัฒนาคุณภาพคอยให้คำปรึกษาสะท้อนข้อมูลกลับและกำกับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและทำการเยี่ยมจริง 34 ราย โดยใช้ระยะเวลาในการเยี่ยม 1 เดือน และประเมินความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร่วมไปด้วย
8. ตรวจสอบการปฏิบัติ (C) โดยทีมพัฒนาคุณภาพทำการติดตามผลการปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทุก 1 สัปดาห์
9. ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A) โดยทีมพัฒนา นำเสนอผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คณะกรรมการพึงพอใจต่อการใช้นโยบายของพยาบาลในการเยี่ยมผู้ป่วย คณะกรรมการวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหลังได้รับการเยี่ยมแล้ว อุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดรวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการใช้นโยบาย ต่อผู้บริหารทางการพยาบาล



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมกลุ่มในระยะค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการสังเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มและกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ นำมาวิเคราะห์ด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย และข้อมูลอุบัติการณ์การงัดหรือเลื่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นทีมปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโรงพยาบาลแพร่ จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 86.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.67 ปี (SD = 9.759) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ทุกคนสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 21.13 ปี (SD = 10.077) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 34 คน เป็นเพศหญิงเป็นร้อยละ 58.83 และเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 41.17 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 65.88 ปี (SD = 6.918) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 47.05 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 73.53 กลุ่มตัวอย่างทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100.00 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.24 และร้อยละ 47.00 มีอาชีพเกษตรกร สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรทอง หรือ 30 บาท รักษาทุกโรค จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 73.53 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 ปี (SD = 2.044) ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1-5 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35 ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.47 เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัด

2. คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดโดยรวมเท่ากับ 30.71 ซึ่งจัดอยู่ในระดับวิตกกังวลเล็กน้อย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 94.12 รองลงมาคือมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 และไม่พบผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความวิตกกังวลโดยรวมของผู้ป่วยหลังได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่

ความกังวล	M	SD	ระดับความกังวล					
			เล็กน้อย		ปานกลาง		สูง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	30.71	5.36	32	94.12	2	5.88	0	0.00

3. อุตบัติการณ์การงัดหรือเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ เท่ากับ ศูนย์

4. คะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาคะแนนความพึงพอใจ



รายชื่อ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดฉบับนี้ และนโยบายปฏิบัติช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ในระดับมากที่สุด และพึงพอใจที่นโยบายปฏิบัติ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน มีความสะดวกในการนำไปใช้ และพึงพอใจต่อประโยชน์ของนโยบายปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทุกข้อในระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อนโยบายปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่

นโยบายปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่	M	SD	ระดับความ พึงพอใจ
ระดับความพึงพอใจในนโยบายปฏิบัติ โดยรวม	4.49	0.41	มาก
1. นโยบายปฏิบัติ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน	4.47	0.52	มาก
2. นโยบายปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน	4.33	0.49	มาก
3. นโยบายปฏิบัติ มีความสะดวกในการนำไปใช้	4.33	0.49	มาก
4. นโยบายปฏิบัติ ช่วยในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้ถูกต้องครบถ้วน	4.67	0.49	มากที่สุด
5. นโยบายปฏิบัติ ช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน	4.67	0.49	มากที่สุด
6. ในภาพรวมท่านพึงพอใจต่อประโยชน์ของนโยบายปฏิบัติใน การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทุกข้อ	4.47	0.52	มาก

การอภิปรายผล

คุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
โรงพยาบาลแพร่ภายหลังการพัฒนาคุณภาพ

1. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อนโยบายปฏิบัติในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังการพัฒนา อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่านโยบายปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษารั้งนี้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดในการประเมิน และการเตรียมผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครอบคลุมทั้งสามระยะ ได้แก่ ระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้จริง และมีความสะดวกในการนำไปใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตนธิดา สันติสภาพร และคณะ (Santisathaporn et al., 2020) ที่ทำการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลเลย พบว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยหน่วยงานมีแนวทางการพยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย เกิดระบบการมอบหมายงาน การนิเทศติดตาม และคู่มือสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้จริง และพยาบาลพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติใหม่

เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติของการเยี่ยมผู้ป่วย โดย จากข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ปฏิบัติทั้ง 15 คน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 46.67) และมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 21.30 ปี (SD = 10.08) ซึ่งนับว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ในการทำงาน จากการที่ผู้ศึกษาให้โอกาสผู้ปฏิบัติทุกคนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพทุกขั้นตอน ตั้งแต่การระบุปัญหา ค้นหาสาเหตุ และการวางแผน ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคนรู้สึกมีส่วนร่วมในการพัฒนา รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ รู้สึกมีคุณค่า ได้รับโอกาสในการร่วมพัฒนา ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติที่ตนมีส่วนในการพัฒนา และทำให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการ



ปฏิบัติงานในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.67 (SD = 0.49) ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนผลการศึกษาของ ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา และคณะ (Saksriwatana et al., 2020) เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลชลบุรี ที่ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมากเช่นกัน

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ($M = 30.71$, $SD = 5.36$) อาจเนื่องจากการที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการการผ่าตัดที่แตกต่างและมีรายละเอียดมากกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยและญาติสามารถที่จะซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดได้มากกว่าถามจากพยาบาลหอผู้ป่วย ซึ่งผลเกิดจากการพัฒนาคุณภาพ ในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังการพัฒนานั้นเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนจะปลอดภัย ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยตอบว่าตนรู้สึกผ่อนคลาย ในระดับสูง ในด้านตัวของผู้ป่วยเองจะเห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนจำนวน 26 ราย และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 5 ราย ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มีความวิตกกังวลในระดับที่สูงก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจำนวน 6 คน ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมาเป็นเวลา 6-10 ปี อาจจะเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพื่อให้หายจากการป่วย ความวิตกกังวลจึงมีไม่มาก ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุติ วัดแก้ว และ อาภา เต็มเกาะ (Watkaew & Termkoa, 2008) ทำการศึกษาผลการเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมแบบมีแบบแผนโดยพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมแบบปกติ และการที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ประกอบด้วยรายละเอียดของการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ในช่วงการเยี่ยม ยังสนับสนุนผลการศึกษาของ ไผ่ตริ ยอดแก้ว และคณะ (Yodkaew et al., 2010) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลขณะได้รับการผ่าตัดซึ่งพบว่า การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่ต้องการทราบ ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

3. อุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ หลังจากการพัฒนาพบว่าอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ผลการศึกษาระยะเวลาที่ศึกษาเท่ากับศูนย์ หรือไม่มีอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ ในจำนวนผู้ป่วย 34 คน อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล ทั้งในหอผู้ป่วยและพยาบาลห้องผ่าตัด เนื่องจากแนวทางพัฒนาคุณภาพครั้งนี้ ได้ครอบคลุมถึงการให้ข้อมูลของพยาบาลในหอผู้ป่วยด้วย ส่งผลคือมีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลหรือกลัวการผ่าตัด จึงยินยอมที่จะเข้ารับการผ่าตัดตามกำหนดเวลาที่นัดหมาย ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงที่ได้เกิดจากการพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมก่อนผ่าตัดข้อเข่าเทียม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรนำแนวคิด FOCUS-PDCA ไปใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและต้องมีการเตรียมผู้ป่วยหลายขั้นตอน ซึ่งผลของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเฉพาะโรคจะมีรายละเอียดในการที่จะให้ข้อมูลการเตรียมตัวผ่าตัดที่ครอบคลุมมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค ส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดมากขึ้น สามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง และพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยัง



ช่วยลดอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดออกไป ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายโรงพยาบาล ช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ช่วยลดการทำงานซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมก่อนผ่าตัด และติดตามประเมินผลลัพธ์ของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพื่อให้มั่นใจว่าคะแนนความวิตกกังวลที่ลดลงเกิดจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด

2. ควรมีการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของการปฏิบัติตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

3. ควรศึกษาผลลัพธ์ของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยอื่น

References

Association of Operating Room Nurses. (2006). *Standard, recommended practices & guidelines*.

Association of Operating Room Nurses.

Bruggink, L. (2010). *Improving preoperative education in breast cancer patients: The influence of monitoring and blunting coping styles* [Unpublished master's thesis]. University of Twente.

Erci, B., Sezgin, S., & Kacmaz, Z. (2008). The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 59-66.

Fu, S., Wang, Q., Fan, C., & Jiang, Y. (2020). The efficacy of nursing intervention to reduce preoperative anxiety in patients with total knee arthroplasty. *Medicine*, 99(38), e22213.

Group of Perioperative Nursing Care. (2020). *Provision of total knee replacement surgery, fiscal year 2020*. Phrae Hospital. (in Thai)

Kotchabhakdi, N., Vorakitphokatorn, S., & Nissaisook, M. (1983). *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI form X)* [Unpublished manuscript]. (in Thai)

Maranets, I., & Kain, Z. N. (1999). Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia and Analgesia*, 89(6), 1346-1351.

McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). *Continuous quality improvement in health care: Theory, implementation, and application*. Aspen.

Narautto, P., Boonmak, P., Boonmak, S., Martsud, W., Chinnapan, W., Bulanleamwong, S., Malasai, P., & Boondech, P. (2017). Management time of operating room for emergency patients in office hour at Srinagarind Hospital. *Srinagarind Medical Journal*, 32(3), 252-257. (in Thai)



Quality Improvement of Preoperative Nursing Visit for Patients
Receiving Total Knee Replacement, Phrae Hospital
การพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่

- Nursing Division, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2008). *Safety & quality of patient care, hospital accreditation (HA)* (2nd ed.). Ministry of Public Health. (in Thai)
- Phrae Hospital. (2013). *Pre-operative visiting practice guideline*. Phrae Hospital. (in Thai)
- Saksriwatana, K., Ratanamaitrekeart, R., Anannaweenusorn, J., & Chongjarearn, A. (2020). Development of nursing practice guideline among spine surgery patients in Chonburi Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 376-384. (in Thai)
- Sanathum, Y. (2012). *Quality improvement of information provision process for preoperative patients, Phare Hospital* [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Santisathaporn, R., Thamteerasit, W., Pakrajang, P., & Suntron, A. (2020). The development model of nursing care in patients with reconstructive surgery of the total knee replacement, Loei Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(3), 157-166. (in Thai)
- Sathitkarnmanee, T., Arunyavas, D., Tribuddharat, S., & Palachewa, K. (2012). The effect of systematic anesthetic informed consent on anxiety level in patients undergoing general anesthesia. *Thai Journal of Anesthesiology*, 38(2), 102-108. (in Thai)
- Sattayaviwat, W. (2010). *Orthopedic Nursing* (7th ed.). NPS. (in Thai)
- Sayin, Y., & Aksoy, G. (2012). The nurse's role in providing information to surgical patients and family members in Turkey: A descriptive study. *AORN Journal*, 95(6), 772-787.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. <https://ubir.buffalo.edu/xmlui/handle/10477/2895>
- Srisaard, B. (2013). *Basic research* (10th ed.). Suweeriyasan. (in Thai)
- Suharitdamrong, W. (2007). *Kaizen for the shop floor*. E.I Square. (in Thai)
- Tubkerd, P., Subsin, S., & Munkaew, T. (2012). *Preoperative preparation and examination of the patient's readiness by the surgical team to reduce the rate of postponement or cessation of surgery*. King Taksin Hospital. (in Thai)
- Tungirakandee, J. (2018). The development of preoperative visitation guidelines of the operating room nurse at Hua Hin Hospital. *Hua Hin Medical Journal*, 3(1), 1-6. (in Thai)
- Valenzuela-millan, J., Barrera-Serrano, J. R., & Ornelas-Aguirre, J. M. (2010). Anxiety in preoperative anesthetic procedures. *Mexico*, 78(2), 147-151.
- Watkaew, Y., & Termkoa, A. (2008). *Effects of visitation of operating room nurses on knowledge of practice and anxiety of patients undergoing major surgery at Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province*. Phrachomklao Hospital. (in Thai)
- Yodkaew, M., Kongsuwan, V., & Vanaleesin, S. (2010). Nursing practical guideline for reducing anxiety during operation with spinal block: A review of the literature. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 2(3), 50-70. (in Thai)



Knowledge, Attitude, Social Support, and Caring Ability of Family Caregivers of Chronic Illness Patients in a Community

ความรู้ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแล
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ศิริลักษณ์	แก้วศรีวงศ์*	Siriluck	Kaewsriwong*
ณัฐพัชร์	บัวบุญ**	Natthapat	Buaboon**
จิราภรณ์	กรรมบุตร**	Jeeraporn	Kummabutr**
สุกัญญา	พูลโพธิ์กลาง***	Sukanya	Phoolphoklang***

Abstract

Caregivers are important persons in providing quality of care for chronic illness patients in communities. This descriptive correlational study aimed to explore the relationship between family caregivers' knowledge, attitude, social support, and caring ability for chronic illness patients in a community in Health Region 4. The sample consisted of 181 family caregivers of chronic illness patients in this community. Instruments used were a demographic questionnaire, a caregivers' knowledge scale, a caregiver's attitude scale, a caregivers' social support scale, and a caregivers' caring ability scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

The results showed that caregivers' knowledge, attitude, social support, and caring ability scored at a high level. There were significant relationships between knowledge, attitude, social support, and family caregivers' caring ability ($r = .197, p < .01$; $r = .229, p < .01$; and $r = .217, p < .01$, respectively).

The results of this study could be applied as basic information for promoting knowledge, attitude, and social support so that family caregivers can improve quality of care for chronic illness patients in their communities.

Key word: Family caregiver; Knowledge; Attitude; Social support; Caring ability

* Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University;

e-mail: siriluck.k@nurse.tu.ac.th

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University



บทคัดย่อ

ญาติผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชนจำนวน 181 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินทัศนคติในการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product moment correlation

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูง และความรู้ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .197, p < .01$; $r = .229, p < .01$ และ $r = .217, p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อที่ญาติผู้ดูแลจะสามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล ความรู้ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแล

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

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ดังเช่นในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจำนวน 41 ล้านคน และผู้เสียชีวิตจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (World Health Organization [WHO], 2023) สาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม สรีรวิทยา สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (WHO, 2023) สถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงในคนที่มียาอายุ 30-60 ปี และจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากขึ้นในปี พ.ศ. 2562 โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น บริโภคเกลือและน้ำตาลมาก ขาดกิจกรรมทางกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและรุนแรงจนเสียชีวิต (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020)

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ด้านการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การรักษาด้วยยา การตรวจวินิจฉัยและการตรวจติดตามผลการรักษา ประกอบกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จะสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดความรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตาบอด ไตวาย หรือแผลเรื้อรัง ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Cooney et al., 2014) แม้บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากพ้นระยะวิกฤติและอาการเจ็บป่วยคงที่ จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านโดยเร็วที่สุด ตามนโยบายด้านสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Harnsomboon et al., 2022) ดังนั้นการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ จึงมีความสำคัญเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ญาติผู้ดูแล เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านหรือในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค กระตุ้นให้มีกิจกรรมทางกาย พาไปพบแพทย์ตามนัด เตือนให้รับประทานยา สนับสนุนทางด้านอารมณ์และกระบวนการคิด สำหรับการดูแลโดยอ้อม ได้แก่ การบริหารจัดการดูแลสุขภาพ เช่น ประสานงานกับบุคลากรหรือหน่วยงานทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น (Fields et al., 2022; Jika et al., 2021; Surakan & Jongudomkarn, 2019; World Health Organization, 2015) นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจยังต้องช่วยเหลือกิจกรรมทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดและมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ เช่น การทำแผลกดทับ เป็นต้น (Wannasiri, 2019) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางในการดูแล และทักษะในการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และสังคม (Goldberg & Rickler, 2011) ตลอดจนได้รับแรงสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตัวผู้ดูแลเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ แชพพาร์โร ดิแอส และคณะ (Chaparro Díaz et al., 2016) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 2,551 ราย ในประเทศโคลอมเบีย พบว่าญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลในระดับต่ำและปานกลาง โดยปัจจัยด้านความรู้ ด้านความมีคุณค่า และด้านความอดทนมีผลต่อความสามารถในการดูแล ในประเทศไทย พบการศึกษาของ กรุณา ประมูล-



สินทรัพย์ และคณะ (Pramoolsinsup et al., 2022) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด การจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสมาชิกเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 209 ราย พบว่า ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.21, p = 0.01$ และ $r = 0.44, p = 0.01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบการศึกษาของ ฮาสะฟ และคณะ (Hasap et al., 2014) ที่ศึกษาความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75) และระดับความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.63) สำหรับการศึกษาของ นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ และคณะ (Turnbull et al., 2020) ศึกษาความสัมพันธ์ด้านความรู้และทัศนคติต่อการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของผู้ดูแลสูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระดับไม่ต่ำ มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติในการดูแลอยู่ในระดับดีมาก ความรู้และทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ($r = .215, r = .213, p < .05$) ตามลำดับ และการศึกษาของ เกตุแก้ว เสี่ยงเพราะ และ ปาริฉัตร ่องอาจ บริรักษ์ (Seangpraw & Ong-Artborirak, 2020) ศึกษาความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับพอใช้ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาของ วริศา จันทรังสีวรกุล และ จิราจันท์ คณหา (Juntarangsriworakul & Kontha, 2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ภาระในการดูแลและความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.334, p < .01$) และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดย ลี และคณะ (Li et al., 2020) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงทางบวกกับความสามารถในการดูแล (path coefficient = 0.293 และ 0.561 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยอ้อมกับความสามารถในการดูแลผ่านการสนับสนุนทางสังคม (path coefficient = 0.133) และพบการศึกษาของ สรวิศ บุญญฐี และคณะ (Boonyathee et al., 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ในชุมชนภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า ญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านทักษะการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน การเป็นแบบอย่าง การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกาย และพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น ความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะคิด และความสามารถในการดูแล และความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Bloom, 1956) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรง
สนับสนุนทางสังคม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษารั้งนี้ โดยบลูมกล่าวว่าคนที่ปฏิบัติหรือมีการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมได้ดีจะต้องมีความรู้และทัศนคติที่ดีเป็นพื้นฐาน ประกอบกับประสบการณ์ที่มาจากฝึกฝนและจะเกิด
เป็นความรู้หรือทักษะที่ถาวร และหากผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล
ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน จะส่งผล
ให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ดังนั้น หากญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรค
เรื้อรัง มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน และมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีและเพียงพอต่อ
ความต้องการ ญาติผู้ดูแลก็จะมีสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ที่ดี สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชนได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ญาติหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพศหญิงและเพศชาย อายุ 20-60 ปี ที่พักอาศัย
ในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระบุรี อุทัยธานี นครนายก ปทุมธานี นนทบุรี อ่างทอง
สิงห์บุรี และลพบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพศหญิงและเพศชาย อายุ 20-60 ปี กำหนด
ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G * Power Version 3.1 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis)
เท่ากับ 0.80 และความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่าน
มา ไม่พบการศึกษาความรู้ ทักษะทัศนคติ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
เรื้อรังในชุมชนมาก่อน และพบว่าการศึกษาวางการวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง
ระหว่าง 0.2-0.4 (Srisatitnarakul, 2020) ผู้วิจัยจึงใช้ค่าอิทธิพล 0.2 แทนค่าในโปรแกรม G * Power version
3.1 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 153 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 20 ของที่
คำนวณได้ จึงได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณรวม 184 ราย

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ตามลำดับ ดังนี้ 1) สุ่มตัวอย่าง
แบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากได้ 3 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี นนทบุรี และลพบุรี 2) สุ่ม
กลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยในแต่ละจังหวัดสุ่มได้จังหวัดละ 1 อำเภอ 3) สุ่ม
กลุ่มตัวอย่างแบบง่ายจาก 1 อำเภอได้ 1 ตำบล 4) สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายให้ได้ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ประจำตำบล (รพ.สต.) จากนั้นผู้วิจัยค้นหากกลุ่มตัวอย่างจาก รพ.สต. ที่ได้ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังไว้
จากนั้นจับฉลากเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 184 ราย ตามสัดส่วนของประชากร ภายหลัง
จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 181 ราย โดยมี
เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมาแล้ว
ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน เป็นผู้ที่มีความเข้าใจความหมายภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

2. แบบประเมินความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วย ความรู้ 3 ส่วนได้แก่ ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารและการจัดอาหารให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 10 ข้อ ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านการออกกำลังกายและ กิจกรรมทางกาย 5 ข้อ และความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 10 ข้อ รวม 25 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ ตอบใช่ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน รวมสูงสุด 25 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน

แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ บลูม (Bloom) ได้แก่ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79 มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .71

3. แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) และมากที่สุด (5) คะแนน รวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน

แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ บลูม (Bloom) ได้แก่ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79 มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .95

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่ได้รับการพัฒนา และดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามของ เซเฟอร์ (Schaefer, 1981) โดย พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006) โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และด้านทรัพยากรและวัตถุ 5 ข้อ รวม 16 ข้อ 80 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) และมากที่สุด (5)

แปลผลคะแนนโดยแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่า ร้อยละ 60 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .91

5. แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จาก แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2017) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทำไม่ได้ (0) ไม่แน่ใจ (1) และทำได้ (2) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน



แปลผลคะแนน จากเกณฑ์ที่กำหนดตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80 มีระดับความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79 มีระดับความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 มีระดับความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยได้ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ตามเอกสารรหัสโครงการ 144/2561 การรับรองเลขที่ COA No. 005/2562 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการ เข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงให้ทราบว่า การให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของ กลุ่มตัวอย่าง สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย ข้อมูลถูกเก็บเป็น ความลับ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในเชิงวิชาการ และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนเข้าถึงแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างได้อ่านเอกสาร ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามเรียงลำดับจากข้อมูล ส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแล และแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ตามลำดับ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการกระจายของข้อมูล ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Pearson's product-moment correlation

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.70) อายุระหว่าง 36-59 ปี (ร้อยละ 62.98) มี ระยะเวลาในการดูแล 1-5 ปี (ร้อยละ 62.98) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา-มารดาของผู้ดูแล (ร้อยละ 33.70) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 65.70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.00) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 48.06) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 32.04) รายได้ 10,000-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.04) และรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 64.10) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 27.62) รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 27.07) และโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง



(ร้อยละ 18.79) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 181)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	146	80.70
ชาย	35	19.30
อายุ (ปี)		
22-35	18	9.94
36-59	114	62.98
60-69	49	27.08
อายุเฉลี่ย	51.50	
อายุต่ำสุด (สูงสุด)	22 (69)	
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
1-5	114	62.98
6-10	55	30.39
11-15	12	6.63
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา-มารดา	61	33.70
ญาติ	51	28.20
คู่สมรส	36	19.90
บุตร	33	18.20
ศาสนาที่นับถือ		
พุทธ	172	95.00
อิสลาม	9	5.00
สถานภาพสมรส		
คู่	119	65.75
โสด	31	17.13
หม้าย	21	11.60
หย่า/แยก	10	5.52
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	87	48.06
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	18.79
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	36	19.89
เทคนิค/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง		
ปริญญาตรี	24	13.26
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	58	32.04



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 181) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน	30	16.58
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	28	15.47
เกษตรกรกรรม	27	14.92
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	13.81
บริษัทเอกชน	9	4.97
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	2.21
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
≤10,000	54	29.83
10,001-20,000	96	53.04
>20,000	31	17.13
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	116	64.10
เพียงพอ	65	35.90
โรคของผู้ป่วยที่ให้การดูแล		
ไตเรื้อรัง	3	1.66
หัวใจ	3	1.66
เบาหวาน	8	4.42
หลอดเลือดสมอง	24	13.26
ความดันโลหิตสูง	49	27.07
เบาหวาน และความดันโลหิตสูง	50	27.62
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตเรื้อรัง	10	5.52
หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	34	18.79

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉลี่ย 22.91 (SD = 1.64) ส่วนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 51.81 (SD = 5.63) คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม 61.17 (SD = 10.75) และคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 27.12 (SD = 2.39) โดยทุกตัวแปรมีความอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และ
ความสามารถในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 181)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้	Mean (SD)	ระดับ
ความรู้	0-25	19-25	22.91 (1.64)	สูง
ทัศนคติ	12-60	39-60	51.81 (5.63)	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	16-80	36-60	61.17 (10.75)	สูง
ความสามารถในการดูแล	0-30	22-30	27.12 (2.39)	สูง



ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของ ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของญาติ ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถใน
การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแล

ตัวแปรที่ศึกษา	ความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการดูแล	
	r	p-value
ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของญาติ	.197	.008
ทศนคติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของญาติ	.229	.002
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของญาติ	.217	.003

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถ
ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ความรู้ ทศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังในชุมชน

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแล
สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้ดี และมีข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้
ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ อาจเนื่องจากปัจจัยด้านอายุ สัมพันธภาพ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย
โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ย 51.50 ปี เป็นวัยที่มีความสมบูรณ์
ทางด้านสติปัญญา ความคิดเป็นระบบและมีคุณภาพ จดจำได้ดี ทำให้สามารถปรับใช้ข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งข้อมูล
ต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ ประกอบกับช่วงระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งเป็นช่วงต้นของ
การให้การดูแล การได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากบุคลากรทางการแพทย์ในระยะต่าง ๆ เช่น ระยะการเตรียม
ความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะการมาตรวจติดตามผลการรักษาหรือระยะการติดตาม
เยี่ยมบ้าน จะทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญ-
นภา มะหะหมัด (Mahamad, 2018) ที่ศึกษาความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน
ภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตาม
หลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ บุษยา วงษ์สวัสดิกุล และคณะ
(Vongchavalitkul et al., 2016) เกี่ยวกับความรู้และทศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เพศหญิง อายุ 31-40 ปี ให้การดูแลผู้สูงอายุมานานกว่า 20 ปี มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
ผู้สูงอายุในระดับปานกลางและมีทศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับสูง



2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ความรู้และความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .197, p < .01$) อธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาแล้ว 1-5 ปี ทักษะในการปฏิบัติกรดูแลจะสูงขึ้นตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Bloom, 1956) ที่กล่าวว่าบุคคลจะเกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติสิ่งนั้น ๆ ได้อย่างชำนาญจะเกิดจากการรับรู้เลียนแบบกระทำได้ตามแบบ หาความถูกต้อง ทำเองอย่างต่อเนื่อง และทำจนเกิดเป็นความชำนาญ ดังนั้น การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย และด้านอื่น ๆ เช่น การผ่อนคลายความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะหรือความสามารถในการดูแลที่ดีและเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านหรือในชุมชน เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรณพ แพนคง และคณะ (Pankong et al., 2021) ที่พบว่าภายหลังได้รับความรู้และฝึกทักษะการดูแลและปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ และคณะ (Prateepwattanaphan et al., 2021) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสูงขึ้น และการศึกษาความรู้ ทศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่พบว่าความรู้ในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถของญาติผู้ดูแลในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Inkaew et al., 2018)

ทัศนคติและความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .229, p < .01$) อธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา มารดา ญาติ และคู่สมรส ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย มีแสดงออกซึ่งความรัก และความห่วงใยต่อกัน ไม่ต้องการสูญเสียบุคคลที่รักไปก่อนเวลาอันควร เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลเหล่านี้ก็จะตระหนักถึงอันตรายของการเกิดโรค มีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Bloom, 1956) ที่กล่าวว่าทัศนคติเป็นพฤติกรรมด้านจิตใจ บุคคลจะพัฒนาได้จาก 5 ขั้น ได้แก่ การรับรู้ การตอบสนอง การเห็นคุณค่า การจัดระบบ และการสร้างนิสัย ดังนั้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนั้นสามารถควบคุมไม่ให้เกิดอาการรุนแรงได้ เห็นคุณค่าของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ก็จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ และจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นการมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแล ทำให้ความสามารถในการดูแลดีตามไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัชรญา จิตรบรรทัด และคณะ (Jitbantad et al., 2017) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุสูง และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุสูง และการศึกษาของ เพ็ญภา มะหะหมัด (Mahamad, 2018) ที่ศึกษาพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทยูตา อินทร์แก้ว และคณะ (Inkaew et al., 2018) ที่ศึกษาความรู้ ทศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าทัศนคติในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถของญาติผู้ดูแลในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน



แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .217$ $p < .01$) อธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลที่มีหรือได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเป็นบิดา มารดา บุตร คู่สมรส และญาติ ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กัน ตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ แคปแพลน (Caplan, 1974) กล่าวว่าบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ต้องมีการสนับสนุนช่วยเหลือกันทั้งทางด้านอารมณ์ การให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ให้คำแนะนำ ชี้แนะ หรือให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ และป้อนกลับข้อมูลเพื่อให้บุคคลนั้น ๆ รู้สึกมั่นคงและปลอดภัย ดังนั้นเมื่อบุคคลหนึ่งในครอบครัว เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นในครอบครัว จะช่วยให้บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อีกทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรและหน่วยงาน ทางด้านสุขภาพผ่านกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรัง และการติดตามเยี่ยมบ้านอาจทำให้ความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวณัฐ รัตโนสถ (Rattanosat, 2016) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับ ข่าวสาร การได้รับความรู้และบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และการได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา จากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถนำข้อมูลที่ได้ไป เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ด้วยการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแล ตลอดจนพัฒนาทักษะใน การดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อ เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยต่อยอดโดยศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการดูแลและความสามารถในการดูแลของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

References

- Bloom, B. S. (Ed.). (1956). *Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain*. David McKay.
- Boonyathe, S., Seangpraw, K., Ong-Artborirak, P., Auttama, N., Tonchay, P., Kantow, S., Bootsikeaw, S., Choowanthanapakorn, M., Panta, P., & Dokpuang, D. (2021). Effects of a social support family caregiver training program on changing blood pressure and lipid levels among elderly at risk of hypertension in a Northern Thai community. *PLOS ONE*, 16(11), e0259697.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. Behavioral Publication.
- Chaparro Díaz, L., Carreño, S. P., Campos-de-Aldana, M. S., Benavides, F., Niño-Cardozo, C. L., Cardona, R. M., Pinzón, M. L., Vega, O.M., & Criado, M. L. (2016). Caring ability of family caregiver in different Colombian regions. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 19(2), 275-284.



- Cooney, N., Potisat, S., Udomchairat, R., Preechachaiyawit, P., Konlaeid, S., Miratanaprai, S., & Sainamyen, K. (2014). *Literature review: The current situation and care model of non-communicable diseases*. Institute of Medical Research and Technology Assessment. <https://www.dms.moph.go.th/imrta>
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *Situation on NCDs: Diabetes hypertension and related factors 2019*. Aksorn graphic and design.
- Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2017). *Manual of family health volunteer: Caregiver of person with non-communicable disease*. The Agriculture Co-operative Federation of Thailand.
- Fields, B., Makaroun, L., Rodriguez, K. L., Robinson, C., Forman, J., & Rosland, A. M. (2022). Caregiver role development in chronic disease: A qualitative study of informal caregiving for veterans with diabetes. *Chronic Illness*, 18(1), 193-205.
- Goldberg, A., & Rickler, K. S. (2011). The role of family caregivers for people with chronic illness. *Rhode Island Medical Journal*, 94(2), 41.
- Harnsomboon, P., Sarinnapakorn, V., Sangsayan, P., Sirabumrungwong, M., Panthabordeekorn, W., Nimmarnwutthipong, T., Chinsawangwatanakul, W., Likitlertlum, W., Kraisorakul, T., & Lertlum, A. (2022). *Guideline and standard of care for home ward patients*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. <https://www.dms.go.th>
- Hasap, M., Hasap, M., & Nasae, T. (2014). Knowledge and capabilities of primary caregivers in providing quality care for elderly patients with post-operative hip fracture, Songklanagarind Hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 34(2), 53-66.
- Inkaew, T., Paorod, P., & Chairat, D. (2018). Relationships between knowledge, attitude, perceived self-efficacy and capabilities for basic life support among cardiovascular disease caregivers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Special issue), 139-148.
- Jika, B. M., Khan, H. T., & Lawal, M. (2021). Exploring experiences of family caregivers for older adults with chronic illness: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42(6), 1525-1532.
- Jitbantad, W., Kawkrajok, T., & Ruengphut, P. (2017). Knowledge, attitude and ability to care for the elderly of village health volunteers and the satisfaction of the elderly in Na Khian District, Muang District, Nakhon Si Thammarat Province. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 23(1), 5-16.
- Juntarangsriworakul, W., & Kontha, J. (2021). Relationships between personal factors, burden of care, social support and stress of caregiver the patient with chronic diseases in community. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 44(1), 89-101.
- Li, Y., Hu, L., Shen, Y., Xue, H., Hou, P., & Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*, 41(5), 600-607. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.014>



- Lueboonthavatchai, P., & Lueboonthavatchai, O. (2006). Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 89(Suppl. 3), S13-S19.
- Mahamad, P. (2018). Knowledge, attitude and principle of caregiver in elderly disability care in Sungaikolok, Narathiwat. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 17(1-2), 1-9.
- Pankong, O., Khampeng, S., Suwanno, P., & Soodsuk, K. (2021). The effects of program strengthening caregiving ability for dependence chronic diseases older adults of community health workers. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(4), 29-41.
- Pramoolsinsup, K., Wattananonsatien, W., & Patcharakaetanont, N. (2022). Relationship between knowledge, attitude and management patient care problems with behavior care for patients hypertension. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 34(2), 49-61.
- Prateepwattanaphan, W., Jittanoon, P., & Buapetch, A. (2021). Effects of an supportive-educative nursing program on caregivers' caring capabilities and abilities to perform activities of daily living of Muslim patients with stroke. *Ramathibodi Nursing Journal*, 27(3), 343-359.
- Rattanosat, C. (2016). *Factors relating to elderly care of families in Suphanburi Province* [Master Thesis, Sukhothai Thammathirat Open University].
<https://opac01.stou.ac.th/multim/thesis/2559/156057/Fulltext.pdf>
- Seangpraw, K., & Ong-Artborirak, P. (2020). Knowledge and behaviors toward health care for elderly patients with hypertension, and quality of life among informal caregivers in Northern Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1771-1780.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S284886>
- Srisatitnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*POWER software*. Chulalongkorn University.
- Surakan, P., & Jongudomkarn, D. (2019). The family caregiver's roles in providing care for chronically the ill family members: A synthesis of qualitative research theses. *Journal of the Office of DCP7 Khon Kaen*, 26(2), 83-92.
- Turnbull, N., Chada, W., Chuppawa, W., Seedaket, S., Chanaboon, S., Sangswai, B., Chaichanwattana, S., & Tangpratchayakun, N. (2020). The relationship of knowledge and attitude towards elderly care practice of elderly caregivers. *Journal of Health Science Research*, 14(3), 83-94.
- Vongchavalitkul, B., Sanguanwongwan, W., Chatchaisucha, S., Limsarun, T., Thaisamak, S., & Ruengkajhon, K. (2016). Knowledge and attitude of the elderly caregivers: A case study of Thammapakorn Phoklang and Watmuang elderly care center Nakhonratchasima Province. *Journal of Business Administration the Association of Private Education Institutions of Thailand*, 5(2), 74-92.
- Wannasiri, T. (2019). Caregiving behaviors of family caregivers for diabetes mellitus patients. *Journal of Public Health Nursing*, 33(2), 77-95. (in Thai)



World Health Organization. (2015, March 16-17). *First WHO ministerial conference on global action against dementia*. [Meeting report]. Geneva, Switzerland.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179537/9789241509114_eng.pdf

World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.

<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community*

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน*

กรวิชัย	ศรีประเสริฐ**	Korawit	Sriprasert**
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***
เดชา	ทำดี***	Decha	Tamdee***

Abstract

Self-management encourages people to adopt appropriate health behaviors. This quasi-experimental study aimed to compare health behavior averages, before and after receiving a program, and between groups of participants who received either a tele-nursing-based self-management program or normal care for 8 weeks. The sample group of 50 uncontrolled diabetic people from a community was divided into 2 groups, an experimental group and a control group, with 25 participants per group. This study took place in Nathom and Banpeang Districts, Nakhonphanom Province. The research tools used included 1) the tele-nursing-based self-management program, developed from self-management theory by Kanfer and Garlick-Buys, and the tele-nursing protocol; 2) the official Line application including a handbook on self-management for diabetic persons available on the Google platform, a video for diabetic health promotion, and a health behavior record; and 3) a graphic info presentation for health behavior promotion in diabetic persons. The research tools used for data collection included a questionnaire on demographic data and a questionnaire on health behavior for diabetic persons, with a content validity index of .98 and reliability of .80, using Cronbach's alpha coefficient. The data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The study results showed that the group who received the tele-nursing-based self-management program had significantly higher average health behavior scores ($M = 134.04$, $SD = 10.70$) than before receiving the program ($M = 103.88$, $SD = 8.25$) and higher than the control group who received normal care ($M = 104.96$, $SD = 8.00$) with statistical significance ($p < 0.001$).

The outcomes of this study showed that a tele-nursing-based self-management program is recommended for health behavior modification. In addition, it can be used by people with uncontrolled diabetes to encourage appropriate health behaviors.

Keywords: Tele-nursing; Self-management; Uncontrolled diabetes mellitus; The community

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

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: korawit_sr@cmu.ac.th

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

Received 20 April 2023; Revised 20 May 2023; Accepted 29 May 2023



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

บทคัดย่อ

การจัดการตนเอง ส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย ศึกษาในพื้นที่อำเภอนาทม และอำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์ และแนวทางการพยาบาลทางไกล 2) Line Official Account ประกอบด้วย คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวาน ในรูปแบบของ Google Site สื่อวีดิทัศน์การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวาน และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) สื่อนำเสนอภาพนิ่งคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวาน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .98 และค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 134.04$, $SD = 10.70$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 103.88$, $SD = 8.25$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 104.96$, $SD = 8.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถใช้ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

คำสำคัญ: การพยาบาลทางไกล การจัดการตนเอง ผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ ชุมชน

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: korawit_sr@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 20 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 20 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 29 พฤษภาคม 2566



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของในหลายประเทศ มีอุบัติการณ์ ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ความชุกของโรคเบาหวานจากข้อมูลของ สมาพันธ์ เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, 2021) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ที่มี ภาวะเบาหวานทั่วโลกกว่า 537 ล้านคน คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2030 ถึง พ.ศ. 2045 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะ เบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และ 783 ล้านคนตามลำดับ จากรายงานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 พบผู้ที่มีภาวะเบาหวานทั้งหมด 840,489 ต่อแสนประชากร และใน ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ที่มีภาวะเบาหวานทั้งประเทศเพิ่มขึ้นถึง 1,002,310 คน ต่อแสน ประชากร ซึ่งจากอัตราผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นกว่าล้านรายใน ปี พ.ศ. 2562 แต่พบผู้ที่ไม่สามารถ ควบคุมโรคได้ สูงถึงร้อยละ 70.58 จากจำนวนผู้ที่มีภาวะเบาหวานทั้งหมด (Ministry of Public Health, 2019)

ผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ หมายถึง ผู้ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c) มากกว่า ร้อยละ 7 ซึ่งในรายที่ควบคุมไม่ได้พบในวัยทำงานที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ค่อนข้างมาก (Khanthacha & Muktabhant, 2021) ซึ่งเป็นผู้มีวิถีชีวิตและบทบาททำงานหาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัวเป็นหลัก จึงไม่ได้ใส่ใจ ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากนัก อีกทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความไม่แน่นอนของพยาธิ- สภาพโรค ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล (Pethchit, 2015) การที่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้นั้น จะส่งผลกระทบและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจน สิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท การเสื่อมของจอตา และการเสื่อมของไต ที่อาจจะส่งผลให้เกิดความพิการได้ (Siangdung, 2017) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และ สังคม ทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งในรายที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นหรือมีภาระหน้าที่การงานทำให้ต้อง เสียเวลาที่จะต้องหยุดงานเพื่อมาพบแพทย์อีกด้วย นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการหารายได้มา ทดแทนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วย ทำให้เกิดความเครียดกับข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว (Rueangram et al., 2016) ดังนั้นการที่ผู้ที่มีภาวะเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะช่วยลดการเกิดผล กระทบและภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ที่มีภาวะเบาหวานในวัยทำงานนั้นต้องปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองอย่าง เคร่งครัด เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ปัจจุบันหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ มีการให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ในการติดตามอาการ ทุกเดือนที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ยังพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในเรื่องการบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ดัง การศึกษาของ จิตราวดี สอนวงศา (Sornwongsa, 2020) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ ขาดความ ตระหนักในการจัดการอาหารให้เหมาะสมกับโรค เนื่องจากอยู่ในวัยทำงาน และจากอีกการศึกษาที่พบว่า อาชีพที่ ใช้แรงงานต้องบริโภคอาหารเพื่อให้มีกำลัง โดยเฉพาะข้าวเหนียวที่เป็นอาหารประกอบด้วยน้ำตาลสูง ประกอบกับ ไม่มีเวลาจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้มากนัก จึงส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานมีความคิดว่าการ รับประทานยาก็สามารถควบคุมโรคได้แล้ว และยังไม่มีการผิดปกติแสดงให้เห็น จึงขาดความตระหนักในการ ปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเอง (Manglakeeree et al., 2021) สำหรับการออกกำลังกาย ก็เช่นเดียวกัน พบว่าไม่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทั้งจากอาชีพที่ทำให้เหนื่อยล้าจึงไม่ได้ออกกำลังกาย เป็นประจำ (Sornwongsa, 2020) รวมถึงการลิ้มการรับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดยาเองก็ ส่งผลกระทบกับโรคเช่นเดียวกัน อีกทั้งการเกิดความเครียด วิตกกังวลกับโรคที่เป็น ภาวะแทรกซ้อนที่มีอาจคาด เดาได้ ปัญหาส่วนบุคคล และรายได้ ทำให้เกิดความเครียดสะสม นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย มีการจัดการอารมณ์ ไม่เหมาะสม ขาดแรงสนับสนุนในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ (Jamjitthrong & Somrongtong,



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

2019)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่นำแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้อย่างหลากหลาย หนึ่งในแนวคิดทฤษฎีที่นำมาศึกษาวิจัย โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะเบาหวาน คือ แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง ซึ่งจะเน้นให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวาน ศึกษายภาพของตนเองในการคิด วิเคราะห์ วางแผน เพื่อจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมและยั่งยืน นอกจากนี้การระบาดของโรค COVID19 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการให้บริการทางสุขภาพซึ่งระบบบริการสุขภาพทางไกลได้ถูกนำมาใช้มากขึ้นในประเทศไทย (Wiriyapong et al., 2021) รวมทั้งสภาการพยาบาลได้ประกาศนโยบายและยุทธศาสตร์การพยาบาลและการพัฒนาระบบการให้บริการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) เป็นแนวทางในการพยาบาลผ่านทางเทคโนโลยีทางการสื่อสาร โดยใช้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) ซึ่งทำให้สามารถให้บริการทางสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

การศึกษานี้ได้นำทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management theory) ของ แคนเฟอร์ และ กาลิค-บายส์ (Kanfer & Garlick-Buys, 1991) ที่เน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ วางแผน นำไปสู่การจัดการตนเอง เห็นคุณค่าและตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่พบในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถทางสติปัญญาในการเรียนรู้ คิด วิเคราะห์ พัฒนาศักยภาพของตนเองทางด้านร่างกาย และสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kasemsuk & Ritudon, 2023) ร่วมกับแนวทางการให้การพยาบาลทางไกล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการนำการจัดการตนเอง ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมในรูปแบบของการพยาบาลทางไกล ผู้วิจัยจึงสนใจนำมาจัดรูปแบบบริการสุขภาพแนวใหม่ผ่านการพยาบาลทางไกล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโดยเฉพาะวัยทำงาน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะเบาหวานในวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานเป็นวัยที่มีภาระและหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ อาจจะทำให้ไม่มีเวลาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การนำเทคโนโลยีทางการสื่อสารไร้สายเข้ามามีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเอง จึงเป็นกลวิธีที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น โดยไม่กระทบกับการดำเนินชีวิตในวัยทำงาน การให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพตามขอบเขตวิชาชีพและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยในชุมชน ให้สามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองได้ มีการประเมินและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อวางแผนวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ อีกทั้งเป็นการพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพ ให้ใช้ความรู้ทั้งทางการพยาบาล และเทคโนโลยีสารสนเทศ (Akkadechanunt, 2019) เพื่อทำให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังได้รับการรับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การจัดการตนเอง เป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยใช้ทักษะและความสามารถของตนเองในการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนในการจัดการตนเอง การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิค-บายส์ (Kanfer & Garlick-Buys, 1991) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางการพยาบาลทางไกล ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้มีการจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีกระบวนการในการจัดการตนเอง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) เป็นการประเมินผู้รับบริการการพยาบาลทางไกลและติดตามพฤติกรรมสุขภาพ จากการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ผ่าน Google Form ใน Line Official Account 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ จากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลทางไกลผ่าน Line Video Call โดยให้คำปรึกษาและร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการจัดการตนเองผ่านสื่อแนะนำเสนอในการปฏิบัติการจัดการตนเอง นำไปสู่การตัดสินใจเพื่อลงมือปฏิบัติการจัดการตนเอง 3) การเสริมแรงด้วยตนเอง (Self-Reinforcement) และจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เมื่อผู้ที่มีภาวะเบาหวานสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยประเมินจากติดตามผ่านการตอบโต้อัตโนมัติผ่าน Line Official Account อย่างต่อเนื่อง และบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ให้การพยาบาลทางไกล และการตอบโต้อัตโนมัติใน Line Official Account เพื่อนำไปสู่การจัดการตนเองและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มและวัดผลก่อนหลังการทดลอง (two group pre test – post test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการในพื้นที่อำเภอนาหม และอำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ได้สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนวมินทร์ธานี บ้านนาหม เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านโคกพะชัย เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าการวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ที่มีภาวะเบาหวาน อายุตั้งแต่ 18-59 ปี 2) มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c) ครั้งสุดท้ายมากกว่าร้อยละ 7.00 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากการประเมินโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุก 6 เดือน 4) มีสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้ไลน์หรือบริการอินเทอร์เน็ตไร้สายได้

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) เข้าร่วมโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80.00 2) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการดำเนินการวิจัย



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรม ที่มีการศึกษาวิจัยในลักษณะที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ โดยอ้างอิงจากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอมะสอย จังหวัดเชียงราย (Buathongkhamwisat et al., 2017) ซึ่งคำนวณ ค่า Effect Size ได้เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 ($\alpha = .05$) และอำนาจการทดสอบ (Power of Analysis) เท่ากับ 0.80 ใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G * Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหาย (Attrition Rate) ร้อยละ 20 (Burns & Grove, 2009) หลังจากได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายแล้ว เพื่อให้ง่ายต่อการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิก-บายส์ (Kanfer & Garlick-Buys, 1991) 3 องค์ประกอบ และแนวทางปฏิบัติการให้การพยาบาลทางไกล ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง เป็นการประเมินผู้รับบริการการพยาบาลทางไกลและติดตามพฤติกรรมสุขภาพจากการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ 2) การประเมินตนเอง โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพจากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลแต่ละบุคคล และให้การพยาบาลทางไกลผ่าน Line Video Call ให้คำปรึกษา ร่วมกำหนดเป้าหมาย วางแผน โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่งในการจัดการตนเอง นำไปสู่การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ 3) การเสริมแรงตนเอง โดยการประเมินการให้การพยาบาลทางไกล โดยการติดตามแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การตอบโต้ข้อความอัตโนมัติในการกระตุ้น และให้ความรู้ในการจัดการตนเอง ร่วมกับการเสริมแรงเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ทั้งจากตัวบุคคลและจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปสู่การจัดการตนเองและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. Line Official Account ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนในการจัดการตนเองและให้การพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย

- 2.1. ข้อมูลความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน ในรูปแบบของ Google Site ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

- 2.1.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคเบาหวานคืออะไร อาการและอาการแสดง เป้าหมายในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเฉียบพลันพร้อมแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

- 2.1.2 ด้านการบริโภค ได้แก่ ความสำคัญของการควบคุมการบริโภค สารอาหารชนิดต่าง ๆ และอาหารแลกเปลี่ยน และหลักการบริโภคเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

- 2.1.3 ด้านการรับประทานยา ได้แก่ ความสำคัญของการรับประทานยา ยารักษาเบาหวานในชุมชน ผลข้างเคียงจากยารักษาเบาหวาน และข้อปฏิบัติในการบริหารยาด้วยตนเอง

- 2.1.4 ด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ ความสำคัญของการออกกำลังกาย การเตรียมตัวและข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวาน และหลักในการออกกำลังกาย

- 2.1.5 ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด ได้แก่ ความสำคัญของการจัดการอารมณ์และความเครียดกับโรคเบาหวาน การประเมินและระดับของความเครียดและตัวอย่างการจัดการความเครียดด้วยตนเอง



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

2.2. สื่อวีดิทัศน์ขนาดสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชนของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

2.2.1 ความรู้โรคเบาหวานเบื้องต้น

2.2.2 ด้านการบริโภค ได้แก่ วิถีทัศน์โภชนาการกับโรคเบาหวาน และเลือกทานกันสัณนิท พิษิต เบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.2.3 ด้านการรับประทานยา ได้แก่ วิถีทัศน์รู้เรื่องยารักษาเบาหวาน

2.2.4 ด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ วิถีทัศน์, กิจกรรมทางกาย และผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายอย่างไรให้ปลอดภัย

2.2.5 ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด ได้แก่ วิถีทัศน์เคล็ดลับขจัดความเครียด เคลียร์ ความกังวล

2.3. แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบบันทึกแบบเลือกตอบตัวเลือก โดยจัดทำในรูปแบบ Google Form และแบบฟอร์มกระดาษ

3. สื่อนำเสนอภาพนิ่งในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จากข้อมูลความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชนเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพผ่านทาง Line OA

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีความเหมาะสม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรค

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน แบบสอบถามมีข้อคำถาม 34 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยคำตอบมีลักษณะคำตอบแบบความถี่ในการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.98 และผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชนที่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมวิจัย 10 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแสง ตำบลนาแสง อำเภอสว่างวีระกูล จังหวัดบึงกาฬ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 2565-EXP123 เพื่อเคารพและตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ และผลกระทบจากการวิจัยครั้งนี้ และรายละเอียดการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจได้อย่างอิสระ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้นามเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ และผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนจากการวิจัยได้



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ทุกเมื่อ อีกทั้งในการดำเนินการวิจัยได้ดำเนินการตามมาตรการการควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดนครพนม เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดระหว่างการดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมร่วมกับกระบวนการการพยาบาลทางไกล เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำ Pre-Test แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเพื่อน Line Official Account พร้อมทั้งแนะนำฟังก์ชันการใช้งานของ Line Official Account ได้แก่ ข้อมูลการจัดการตนเอง สื่อวิดีโอทัศนคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน การแปลผลระดับน้ำตาล และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ณ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านนาทม

กิจกรรมที่ 1 การติดตามตนเอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านนาทม ประเมินกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการการพยาบาลทางไกล โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายในการจัดการตนเองระยะสั้นที่สามารถปฏิบัติได้ และแนะนำแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพโดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกในสัปดาห์ที่ 1 อย่างน้อย 5 วัน และนำส่งผ่าน Line Official Account ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภค การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การให้การปรึกษารายบุคคลผ่านการพยาบาลทางไกล ให้กลุ่มตัวอย่างลงตารางนัดหมายในวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยผู้วิจัยได้ส่งใบนัดแจ้งเตือนผ่าน Line Official Account

2. เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลตามปัญหาของแต่ละบุคคล รวมทั้งจัดเตรียมสื่อภาพนิ่งและสื่อวิดีโอให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล หลังจากนั้นดำเนินการนัดหมายการให้การพยาบาลทางไกลรายบุคคลผ่าน Line Video Call โดยการแจ้งนัดหมายล่วงหน้า และให้ยืนยันนัดหมายด้วยการตอบกลับในระบบตอบโต้อัตโนมัติ โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลทางไกลอย่างน้อยวันละ 5-6 ราย ระยะเวลา 20-30 นาที

3. สัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมที่ 2 การประเมินตนเอง

ผู้วิจัยให้การพยาบาลทางไกลครั้งที่ 1 โดยให้คำปรึกษารายบุคคลผ่าน Line Video call ตามวันและเวลาที่ได้นัดหมาย โดยเพิ่มเติมความรู้ การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในส่วนที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือขาดความมั่นใจ จากวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพจากแบบบันทึก สอบถามถึงประสบการณ์การจัดการตนเองที่ผ่านมา ค้นหาสาเหตุที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยได้ส่งสื่อภาพนิ่งและวิดีโอส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละรายร่วมกำหนดเป้าหมายวางแผนและในการจัดการตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้การพยาบาลทางไกลรายละ 20-30 นาที วันละอย่างน้อย 5 รายตามวันและเวลาที่ได้นัดหมาย อีกทั้งได้เสริมแรง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย โดยการเสริมแรงตนเองได้เหมาะสม และผู้วิจัยได้ทำการเสริมแรง โดยกล่าวคำชมเชย โดยใช้ Graphic Info เป็นคำพูดในการให้กำลังใจในการจัดการตนเองในวันแรกของสัปดาห์ วันสิ้นสุดสัปดาห์ และทุกครั้งในกลุ่มตัวอย่างตอบโต้ไลน์อัตโนมัติ

ในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยได้กระตุ้นและใช้คำพูดให้กำลังใจในการปฏิบัติตน ร่วมกับการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ที่สื่อความหมายให้กำลังใจ และติดต่อสอบถาม/ขอคำปรึกษา ใน Line Official Account ผู้วิจัยบันทึกการให้การพยาบาลทางไกลและระยะเวลาในการให้บริการแต่ละราย และติดตามแบบบันทึก



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพโดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกอย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ และผู้วิจัยติดตามแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพจากการที่กลุ่มตัวอย่างทุกวันทั้งแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพส่งเข้าไปใน Line Official Account

4. สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 3 การเสริมแรงตนเอง

ผู้วิจัยประเมินผลการให้การพยาบาลทางไกล โดยติดตามแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และการตอบโต้อัตโนมัติใน Line Official Account รายวัน ได้แก่ การเตือนรับประทานยา เข้า เย็น ก่อน และหลังอาหาร ให้ความรู้ และกระตุ้นเตือนในการรับประทานอาหาร โดยส่งตามมื้ออาหาร และให้กลุ่มตัวอย่างส่งรูปอาหารใน Line OA ติดตามการออกกำลังกายเช้าและเย็น พร้อมทั้งการให้ความรู้และคำแนะนำในการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ และการประเมินความเครียด การสังเกตตนเองเมื่อมีความเครียด วิธีการผ่อนคลายความเครียดและแลกเปลี่ยนวิธีการผ่อนคลายความเครียด

ดำเนินการติดตามแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและการตอบโต้อัตโนมัติรายวัน เพื่อประเมินผลการให้การพยาบาลทางไกลของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถปฏิบัติตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ และนัดให้การพยาบาลทางไกลครั้งที่ 2 โดยส่งใบนัดล่วงหน้าทาง Line Official Account ในวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยจัดลำดับจากรายที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ก่อน จากนั้นดำเนินการค้นหาเหตุ ปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไข ปัญหาในรายที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามได้ จากการติดตามแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและให้การพยาบาลทางไกลครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลการให้การพยาบาลทางไกลและเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

5. สัปดาห์ที่ 5-8 ผู้วิจัยดำเนินการติดตามการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ จากบันทึกที่กลุ่มตัวอย่างส่งสัปดาห์ละ 3-4 วัน ทาง Line Official Account และติดตามการตอบโต้อัตโนมัติรายวัน และเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

6. สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง ณ สถานือนามัย เพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม ทำ Post Test แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน และแจ้งสิ้นสุดโครงการวิจัย

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ และนัดหมายในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 2-8

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในการให้บริการ ณ หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ วัดค่าระดับน้ำตาล DTX เพื่อประเมินระดับน้ำตาล หากระดับน้ำตาลปลายนิ้วน้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในการปฏิบัติตัว และลงบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ที่มีภาวะเบาหวาน และหากระดับน้ำตาลสูงกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน

สัปดาห์ที่ 8

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้

2. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมอบ QR Code เพื่อเข้าร่วม Line Official Account ของการวิจัยที่ประกอบด้วย ข้อมูลการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ วิดีทัศน์สั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ และฟังก์ชันในการแปลผลระดับน้ำตาลพร้อมคำแนะนำ พร้อมสาธิตวิธีการใช้งาน Line Official Account และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Fisher's exact test และ Independent t-test วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 88.00 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 84.00 ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี โดยเป็นกลุ่มควบคุม ร้อยละ 64.00 อายุเฉลี่ย 50.68 ปี (SD = 8.71) และกลุ่มทดลองร้อยละ 68.00 อายุเฉลี่ย 52.60 ปี (SD = 4.88) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานในกลุ่มควบคุมพบว่า มีระยะการเป็นโรคในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.00 ระยะเวลาเฉลี่ย 6.36 ปี (SD = 4.32) และในกลุ่มทดลองมีระยะการเป็นโรคอยู่ในช่วง 6-10 ปี ซึ่งระยะเวลาเฉลี่ย 8.8 ปี (SD = 4.61)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์มีดังต่อไปนี้

1. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ($n = 25$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม		หลังการเข้าร่วมโปรแกรม		p-Value
	M	SD	M	SD	
กลุ่มทดลอง	103.88	8.25	134.04	10.70	<.001

2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n = 50$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	103.88	8.25	105.60	11.80	.555
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	134.04	10.70	104.96	8.00	<.001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ในแนวคิด ทฤษฎีการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และ กาลิก-บายส์ (Kanfer & Garlick-Buys, 1991) เป็นกลวิธีที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเอง ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ร่วมกับแนวทางการปฏิบัติการให้การพยาบาลทางไกล ตามแนวปฏิบัติของสภา-การพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021)

ในกิจกรรมการติดตามตนเอง เป็นการประเมินผู้รับบริการตามแนวปฏิบัติการการพยาบาลทางไกล โดยใช้แบบฟอร์มบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การบริโภค การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด โดยให้กลุ่มตัวอย่างถ่ายรูปส่งไลน์เข้าไปใน Line OA โดยบันทึกเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อนำวิเคราะห์ข้อมูลของพฤติกรรมสุขภาพ ค้นหาสาเหตุของปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยของตนเองได้ การติดตามตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งถือเป็นกิจวัตรประจำวันในการปฏิบัติตน โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอธิบายตามแนวคิด ทฤษฎีการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่นำมาใช้ครั้งนี้ ได้ว่า การบันทึกการติดตามตนเองช่วยกระตุ้นทำให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่มีผลกระทบกับตนเองทั้งด้านดีและด้านไม่ดี เช่น การออกกำลังกาย รูปแบบการออกกำลังกาย ความถี่ในการออกกำลังกาย การระบายความเครียดของตนเอง การบริโภคผลไม้หวานในปริมาณที่มากเกินไป การรับประทานข้าวเหนียวทุกมื้อในปริมาณมาก การลืมรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ และสะท้อนสิ่งที่ตนเองปฏิบัติว่ามีผลอย่างไรต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของตนเอง

การที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการให้การพยาบาลทางไกล รวมถึงการนัดหมายรายบุคคล ผ่าน Info Graphic ส่งทาง Line OA มีการใช้สื่อการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพโดยจัดเตรียมสื่อนำเสนอภาพนิ่ง และวิดีโอที่สั้นที่เหมาะสมเฉพาะกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สอดคล้องกับประเด็นที่เป็นปัญหากับกลุ่มตัวอย่างในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งยังมีการเสริมทักษะความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานลงไปด้วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักมากยิ่งขึ้นในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยได้จัดทำสื่อภาพนิ่ง วิดีทัศน์ และข้อมูลในการจัดการตนเองในรูปแบบของ Line Official Account ทำให้กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีความสะดวกในการเรียนรู้ผ่านสมาร์ทโฟนของตนเอง และการใช้สี คำ ที่เข้าใจได้ง่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะเรียนรู้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮวง และคณะ (Huang et al., 2017) ที่ศึกษาผลของการใช้สื่อผสมในการสอนให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การใช้สื่อผสมที่น่าสนใจและหลากหลาย ทำให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานมีความสนใจที่จะเรียนรู้มากขึ้น อีกทั้งสื่อผสมที่เข้าถึงได้ง่ายยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความสะดวกสบายในการเรียนรู้ เข้าถึงสื่อที่นำเสนอเชื่อถือและเข้าถึงง่าย นอกจากนั้นยังช่วยลดระยะเวลาในการมาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประหยัดทรัพยากรและอัตราค่าจ้างคนในการให้บริการอีกด้วย

สำหรับกิจกรรมการประเมินตนเอง ผู้วิจัยได้ค้นหาสาเหตุและระบุประเด็นปัญหาร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการให้การพยาบาลทางไกล ตามข้อวินิจฉัยและแผนการให้การพยาบาลทางไกล โดยใช้เทคโนโลยี Line Video Call รายบุคคล ซึ่งการใช้ Video call เป็นการสื่อสารสองทาง (two way communication) ทำให้สามารถดูแลผู้ที่มีภาวะเบาหวานใกล้ชิดมากขึ้น และยังสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่อง (Eberle & Stichling, 2021)



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

นอกจากนี้ยังทำให้เห็นสิ่งแวดล้อม สภาพความเป็นอยู่ที่อาจจะส่งผลต่อการควบคุมโรคได้อีกด้วย อีกทั้งการกระตุ้นด้วยสื่อภาพนิ่ง ข้อมูลการจัดการตนเอง และเพิ่มเติมสื่อวีดิทัศน์ส่งเข้าไปใน Line Official Account โดยยึดประเด็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละบุคคลให้ได้รับสื่อที่เหมาะสมกับตนเอง (Pai et al., 2021) ทำให้เกิดความตระหนักในการจัดการตนเองและเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง อาการฉุกเฉินและการดูแลเบื้องต้น ภาวะแทรกซ้อน และการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอีกด้วย (Sangsinsorn, 2022) สอดคล้องกับการศึกษา เนตรนภา บุญธนาพิศาน และคณะ (Boontanapisan et al., 2022) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า การให้สื่อที่สอดคล้องกับผลการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในการติดตามตนเองนั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการตนเอง มองเห็นประเด็นปัญหาจากการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และประเมินตนเองนำไปสู่การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้วิจัย ในการเสริมแรงและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังสามารถจัดเวลานัดหมายตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ทำให้เอื้ออำนวยต่อวิถีชีวิตและการทำงานของกลุ่มตัวอย่างเอง

การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาล การวิจัยครั้งนี้มีการให้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการถ่ายรูปอาหารแต่ละมื้อส่งมาทางไลน์ ซึ่งถือเป็นการสื่อสาร 2 ทาง มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง และเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม สำหรับการรับประทานยา หากกลุ่มตัวอย่างลืมรับประทานยา ก็สามารถร่วมกันหาวิธีป้องกันในการลืมรับประทานยาได้ ในส่วนของพฤติกรรมออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการอารมณ์และความเครียด ผู้วิจัยร่วมรับฟังและสอบถามความรู้สึก และร่วมแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล มีการร่วมกันตั้งเป้าหมาย วางแผนรูปแบบการจัดการให้เหมาะสมกับตนเอง การให้การพยาบาลทางไกลทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ ยิ่งยืน และ นางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Yingyaun & Methakanjanasak, 2016) ที่พัฒนานวัตกรรมเพื่อการจัดการตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มาใช้บริการ ณ ห้องตรวจอายุรกรรม 8 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า การให้คำปรึกษาผ่านการให้ความรู้ข้อมูลทางสุขภาพและการติดตามผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลสามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งยังช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอีกด้วย

สำหรับการเสริมแรงตนเองผ่านกระบวนการให้การพยาบาลทางไกล เป็นการประเมินการปฏิบัติการจัดการตนเองหลังจากให้การพยาบาลทางไกล โดยผู้วิจัยได้ติดตามการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งตอบโต้ Line OA Auto-Response และช่วยเสริมแรงโดยการกล่าวชมเชย ให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเสริมแรงทางบวก นอกจากนี้ยังมีการส่งข้อความและสติ๊กเกอร์ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการมี Line OA คอยส่งข้อมูลให้ความรู้และเตือนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องจนเกิดความเคยชินสำหรับรายที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรคจากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินตนเอง และวางแผนในการจัดการตนเองอีกครั้งผ่านการให้การพยาบาลทางไกล โดยเรียงลำดับในรายที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายก่อน นัดหมายในเวลาของกลุ่มตัวอย่างสะดวก รวมทั้งเสริมแรงแก่กลุ่มตัวอย่าง อย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการจัดการตนเอง การให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ กระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และคงไว้ซึ่ง



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

พฤติกรรมในการจัดการตนเองในระยะยาว (Dernkhuntod et al., 2021)

การใช้การพยาบาลทางไกลมาช่วยในการให้บริการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน ที่มีภาระหน้าที่ในการหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น จนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมสุขภาพโดยไม่กระทบกับการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ (Buathongkhamwisat et al., 2017) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกติดตามพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่อง ประเมินตนเอง วางแผนในการจัดการตนเองได้ ทำให้เห็นประโยชน์จากการปฏิบัติการดังกล่าวมีผลในทางที่ดีต่อสุขภาพของตนเอง อีกทั้งมีการเสริมแรงทั้งภายนอกและภายในทำให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างยั่งยืน และการให้ความรู้ซ้ำ ๆ แก่ผู้ป่วยเบาหวานทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองได้เหมาะสม

2. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ผู้ที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้รับการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพและตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 (Diabetes Association of Thailand, 2017) โดยเข้ารับการตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว DTX คัดกรองตามเกณฑ์ กับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในรายที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีหรือระดับน้ำตาลปลายนิ้วน้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับยาเดิมและกลับบ้านได้ หรือในรายที่ระดับน้ำตาลปลายนิ้วมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน โดยหลังการรับการตรวจรักษา พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามสภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล แจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ลงบันทึกสมุดประจำตัวของผู้ที่มีภาวะเบาหวาน และดำเนินการนัดหมายครั้งต่อไป ซึ่งผู้ที่มีภาวะเบาหวานวัยทำงานมักมีความรับผิดชอบด้านอื่นจนไม่ได้ใส่ใจในการดูแลหรือปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพ เนื่องจากไม่เห็นอาการหรืออาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงชัดเจน ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก จากการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในระดับปานกลาง และขาดความตระหนักในการจัดการตนเอง (Wandao et al., 2018) อีกทั้งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมารวมทั้งการทำงานหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวทำให้ขาดการร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมาตรวจ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดการได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองและการสร้างความตระหนักในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง

การนำแนวคิดการจัดการตนเองซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้บุคคลมีทักษะในการจัดการตนเอง วิเคราะห์ ตัดสินใจและวางแผนในการจัดการการเจ็บป่วยของตนเองได้ ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานที่ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพตนเอง จึงได้นำการพยาบาลทางไกลมาช่วยในการส่งเสริมจัดการตนเอง โดยผ่านกระบวนการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นพฤติกรรมสุขภาพของตนเองผ่านการบันทึกอย่างน้อยทุก 3-4 วัน ซึ่งส่วนมากกลุ่มตัวอย่างจะบันทึกทุกวัน และถ่ายรูปส่งทาง Line Official Account ในปัจจุบัน Line เป็นแอปพลิเคชันที่มีอิทธิพลในการสื่อสารและรับส่งข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างมากในประเทศไทย (Huedhun, 2017)

การวิเคราะห์และประเมินความเหมาะสมของพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การตั้งเป้าหมายวางแผนแก้ไขปัญหหรือจัดการพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการเสริมแรงตนเอง เป็นตัวผลักดันสำคัญ



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Khunthong et al., 2013) อีกทั้งการใช้การพยาบาลทางไกลในการให้คำปรึกษาผ่านทางวิดีโอคอลนั้น ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกได้ใกล้ชิด ว่างใจ และได้รับการบริการเสมือนมารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยไม่ต้องเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เซเบซาน และคณะ (Sabesan et al., 2012) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งพึงพอใจในการใช้บริการ Tele Oncology เนื่องจากสามารถได้พูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการติดตามจากบุคคลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และลดระยะการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพอีกด้วย และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพโดย Line OA ส่งข้อความเตือน เสริมแรงจากภายนอก และเสริมสื่อความรู้ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตลอดเวลา จนทำให้เกิดเป็นความเคยชินสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง (Srina, 2021)

การให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอคอล ใช้สื่อความรู้ทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว การส่งข้อความเตือนตอบโต้อัตโนมัติหรือระหว่างผู้วิจัยนั้น ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีความตระหนักในการจัดการตนเองมากขึ้น มีช่องทางในการหาข้อมูลในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลที่เชื่อถือ ร่วมกันในการส่งเสริมการจัดการตนเองได้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อีเบอร์ลี และ สติชลิง (Eberle & Stichling, 2021) ที่ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่อง ผลของการติดตามพฤติกรรมทางไกลในการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าการใช้ระบบสุขภาพทางไกลที่หลากหลายช่องทางทั้งการใช้วิดีโอคอล ข้อความ หรือเสียง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้น และการใช้วิดีโอคอลยังช่วยเสริมแรงแก่กลุ่มตัวอย่างได้ด้วย การใช้สมาร์ตโฟนและเทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการทำให้พยาบาลสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง ติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และประหยัดอัตราค่าจ้างคนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือให้บริการในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ (Jiang et al., 2022)

นอกจากนี้การส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้ทำการพยาบาลทางไกล เข้ามาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้กลุ่มวัยทำงาน สามารถได้รับการส่งเสริมสุขภาพได้ทุกที่ทุกเวลา โดยไม่กระทบการหาเลี้ยงชีพ และวิถีชีวิตในปัจจุบัน ทำให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอีกด้วย (Artsanthia et al., 2022) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐภัสสร เติญทนต์ และคณะ (Dernkhuntod et al., 2021) ที่นำการติดตามสุขภาพทางไกล มาใช้ในการติดตามควบคุมระดับน้ำตาลและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ควบคุมไม่ได้ โดยติดตามสุขภาพทางไกลและการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการโทรศัพท์ ให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง และมีค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาโคตซานีและคณะ (Kotsani et al., 2018) ที่พบว่าการใช้พยาบาลทางไกล สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลได้จากการที่ได้ติดตาม พฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และยังสามารถเสริมแรงจิตใจในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ตามแนวทางปฏิบัติของสภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงด้วยตนเอง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถใช้ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ โดยพิจารณาจากบริบท สภาพเศรษฐกิจและสังคมในชุมชน โดยมีการเตรียมความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีผ่านการพยาบาลทางไกล และกระบวนการการพยาบาลทางไกลเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการให้บริการยิ่งขึ้น
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำไปพัฒนาเป็นนวัตกรรมการให้บริการการพยาบาลทางไกลหรือติดตามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลในระยะยาว โดยการวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) อย่างน้อย 3-6 เดือน และประเมินการคงไว้ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
2. ควรศึกษาผลของการจัดการตนเองร่วมกับการให้การพยาบาลทางไกล ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องตามบริบทของชุมชน
3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ร่วมกับ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำหน้าที่เป็นผู้ให้การพยาบาลทางไกล ณ สถานบริการสุขภาพ ผ่าน อสม. เพื่อให้บริการในรายที่ไม่สามารถใช้สมาร์ทโฟนหรือเทคโนโลยีการสื่อสารที่จำเป็นต่อการสนับสนุนการพยาบาลทางไกล

References

- Akkadechanunt, T. (2019). Nurses' competency and public healthcare innovations in Thailand 4.0 Era. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(1), 5-13. (in Thai)
- Artsanthia, J., Pitplearn, N., & Prachakoon, N. (2022). Direction of health care in pandemic of Corona virus 2019 in new normal of community nurses. *Journal of The Royal Army Nurses*, 23(1), 57-64. (in Thai)
- Boontanapisan, N., Naewbood, S., & Tipwareerom, W. (2022). Effect of self-management promotion program using line application on health behavior and A1c levels among uncontrolled diabetes patients. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 16(3), 47-59. (in Thai)
- Buathongkhamwisat, P., Pinchaleaw, D., & Moolsart, S. (2017). The effectiveness of self-management program on type 2 diabetic patients in Thakor, Maesuai District, Chiangrai Province. *Journal of The Police Nurses*, 9(1), 105-116. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Dernkhuntod, N., Kwancharoen, R., Chauntantikamol, C., Paholpal, P., & Suraamornkul, S. (2021). Effect of telehealth monitoring on glycemic control and medication adhere in patients with poorly controlled type 2 diabetes. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 65, 77-90. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes*. <https://www.dmthai.org/attachments/article/443/guideline-diabetes-care-2017.pdf> (in Thai)



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

- Eberle, C., & Stichling, S. (2021). Effect of telemetric interventions on glycated hemoglobin A1c and management of type 2 diabetes mellitus: Systematic meta-review. *Journal Medical Internet Research*, 23(2), 23252.
- Huang, M. C., Hung, C. H., Yu, C. Y., Berry, D. C., Shin, S. J., & Hsu, Y. Y. (2017). The effectiveness of multimedia education for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 943–954.
- Huedhun, K. (2017). The influence of line application in the present communication. *Journal of Arts Management*, 1(2), 75-88. (in Thai)
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.).
https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Jamjitthrong, C., & Somrongtong, R. (2019). Factors associated with stress among type 2 diabetic patients in Rural Thai community. *Journal of Allies Health Science Suan Sunandha Rajabhat University*, 4(1), 54-66. (in Thai)
- Jiang, Y., Ramachandran, H. J., Teo, J. Y. C., Leong, F. L., Lim, S. T., Nguyen, H. D., & Wang, W. (2022). Effectiveness of a nurse-led smartphone-based self-management programme for people with poorly controlled type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), 1154–1165.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*. Pergamon Press.
- Kasemsuk, K., & Ritudom, B. (2023). Health promotion of middle adulthood development: Nurses' roles. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(1), 368–380. (in Thai)
- Khanthacha, S., & Muktabhant, B. (2021). Association of self-care behavior and beliefs about diabetes with glycemic control of type 2 diabetic patients in a multiethnicity area, Nakae District, Nakhonphanom Province. *Srinagarind Medical Journal*, 36(1), 97-104. (in Thai)
- Khunthong, T., Isaramalai, S., & Komjakraphan, P. (2013). Impact of a self-managed supporting programme on self-management behaviour and sugar levels in category 2 insulin-dependent diabetes patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 28(1), 85-99. (in Thai)
- Kotsani, K., Antonopoulou, V., Kountouri, A., Grammatiki, M., Rapti, E., Karras, S., Trakatelli, C., Tsaklis, P., Kazakos, k., & Kotsa, K. (2018). The role of telenursing in the management of Diabetes Type 1: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 29–35.
- Manglakeeree, N., Senachai, N., & Panput, A. (2021). Diabetes management in working age group: The challenging for nurse practitioners. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(3), 19-27. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2019). *Health data center*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11



The Effect of a Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behavior
of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน

- Pai, L. W., Chiu, S. C., Liu, H. L., Chen, L. L., & Peng, T. (2021). Effects of a health education technology program on long-term glycemic control and self-management ability of adults with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 175, 108785.
- Pethchit, R. (2015). Self-care behaviors and blood sugar control among patients with diabetes mellitus at Khiensa Hospital, Surathani Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(2), 15-28. (in Thai)
- Rueangram, S., Sansom, P., & Rattahawimol, C. (2016). Self management in diabetes mellitus type 2 patient with low socioeconomic status. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 10(2), 95-106. (in Thai)
- Sabesan, S., Larkins, S., Evans, R., Varma, S., Andrews, A., Beuttner, P., Brennan, S., & Young, M. (2012). Telemedicine for rural cancer care in North Queensland: Bringing cancer care home. *The Australian Journal of Rural Health*, 20(5), 259-264.
- Sangsinsorn, P. (2022). A study of factors related to health behavior of people at risk of diabetes and hypertension in Phichit Province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal*, 2(2), 43-54. (in Thai)
- Siangdung, S. (2017). Self-care behavior of patients with uncontrolled DM. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 191-204. (in Thai)
- Sornwongsa, J. (2020). Development of a health promoting behavior model for uncontrolled diabetic patients using community participation. *Nursing, Health, and Education Journal*, 3(1), 46-55. (in Thai)
- Srina, S. (2021). Development of care model for diabetic type 2 by line application. *Journal of Research and Health Innovation Development*, 2(1), 123-133. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). Tele-nursing. *Thailand Nursing and Midwifery Gazette*, 138(33), 49-51. (in Thai)
- Wandao, Y., Chinnawong, T., Chalothorn, U., & Tipwong, A. (2018). The experience of self-management in patients with uncontrolled type 2 diabetes, Sadao Hospital, Sadao, Songkhla. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 52-64. (in Thai)
- Wiriyapong, P., Pongsura, S., Fuanchan, A., & Dhipayom, T. (2021). The use of telemedicine to support type 2 diabetes care. *Journal Medicine and Health Sciences*, 28(2), 165-177. (in Thai)
- Yingyaun, K., & Methakanjanasak, N. (2016). Self-management telehealth innovation for patients with diabetes mellitus type 2 with dyslipidemia. *Srinagarind Medical Journal*, 31(6), 365-371. (in Thai)



The Development of an Empowerment Model for the Elderly and Related Persons to Promote Attendance at Health Region 5 Elderly School

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5

ธีรนนท์	วรรณศิริ*	Theranun	Wannasiri*
อุไรรัชต์	บุญแท้**	Urairach	Boontea**
มาลินี	จำเนียร***	Malinee	Jumnian***
อัจฉรา	อ่วมเครือ****	Ajchara	Oumkrua****
มนีรัตน์	เอี่ยมอนันต์*****	Maneerat	Aiamanan*****

Abstract

The government promotes the development of elderly schools for improving the quality of life in elderly people. This research and development studied elderly-school conduction, the roles and participation of related persons in promoting the elderly to attend the school, and create a model for enhancing the community, the elderly person's family, and the elderly to attend the health region 5 school. The research population was composed of the elderly, the school conductors, the community leaders, and the elderly's family members. Nakhonpathom and Phetchaburi provinces were sampled using simple random sampling resulting in 96 representatives for focus group discussion. The data, collected by interviews with the elderly who had finished learning and those who did not attend, their family members, the local administrator, community leaders, and school conductors, were analyzed by content analysis.

The research revealed that the “Not falling-Not forgetting-Not Depressing-Tasty Food” course was driven by the community's social and cultural capital, the local administration, and community leaders. The empowerment model for elderly and related persons for promoting elder attendance in elderly school was as follows: 1) enhance knowledge for community leaders about learning in the elderly school; 2) create pride in the elderly; 3) thoroughly publicize the school for the elderly in the community; 4) facilitate the elderly to learn; 5) have knowledge of the family and were aware of taking care of the health of the elderly; 6) encourage the elderly to persuade friends to study together; and 7) adjust the learning style to suit the elderly group with barriers to attending school.

The research results could be applied for conducting elderly schools, developing the performance of related persons, and enhancing understanding of the elderly way of life in staying with their family.

Keywords: Empowerment; Elderly school; Elderly

* Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Christian University; e-mail: theranun987@gmail.com

** Public Health Technical Officer Professional level of Phetchaburi Provincial Public Health Office

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

**** Independent Scholar

***** Lecturer, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

Received 1 September 2022; Revised 6 June 2023; Accepted 17 July 2023



บทคัดย่อ

รัฐบาลส่งเสริมการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ ศึกษาบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเข้าเรียนของผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจให้ชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ที่เข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ สุ่มเลือกจังหวัดแบบง่าย ได้จังหวัดนครปฐม และเพชรบุรี ได้ตัวแทนเพื่อการสนทนากลุ่ม จำนวน 96 คน เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและผู้แทนครอบครัว ที่เคยเรียนและไม่เคยเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ และแบบสนทนากลุ่มผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้จัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า โรงเรียนผู้สูงอายุใช้หลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” โดยใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีเป็นตัวขับเคลื่อน คือ ผู้บริหารท้องถิ่นและผู้นำชุมชน รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อส่งเสริมการเข้าเรียนของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ส่งเสริมความรู้ในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุให้แก่ผู้นำชุมชน 2) เสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ 3) ประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง 4) อำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมการเรียน 5) ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวต้องมีความเข้าใจเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ 6) ชักชวนเพื่อนมาเรียนด้วยกัน และ 7) ปรับรูปแบบการเรียนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเข้าเรียน

ผลการวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ การปฏิบัติบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง และเสริมสร้างความเข้าใจวิถีชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว

คำสำคัญ: การเสริมพลังอำนาจ โรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน e-mail: theranun987@gmail.com

** นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

**** นักวิชาการอิสระ

***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี

วันที่รับบทความ 1 กันยายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 6 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 17 กรกฎาคม 2566



The Development of an Empowerment Model for the Elderly and Related Persons to Promote Attendance at Health Region 5 Elderly School

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดย ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 18.2 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6 ต่อปี คิดเป็น 400,000 คน ต่อปี และคาดการณ์ประมาณผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนร้อยละ 20.66 และ ปี พ.ศ. 2573 มี ร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งหมด (Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) จากการ สังเคราะห์สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพในระดับต่าง ๆ ที่อาศัยในชุมชนพบว่า ร้อยละ 27 ของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี ร้อยละ 73 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน และ กลุ่ม ที่ 3 กลุ่มติดเตียง (Department of Mental Health, 2015) ทั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมมีจำนวนมากที่สุด ประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 (Sirikhampang & Phosing, 2017)

การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ และอายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นใน อนาคตของสังคมไทยอาจก่อให้เกิดผลกระทบระดับสูงต่อประเทศในหลายด้าน โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อาจทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้ (Vicha et al., 2018) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจและ ร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท รายได้ลดลง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง การจากไปของคู่ สมรสหรือเพื่อนในวัยเดียวกันทำให้รู้สึกท้อแท้ วิตกกังวลและต้องการเพื่อน (Charoenwong et al., 2018) จาก รายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดีจำนวน 9.2 ล้านคน เป็นโรคความ ดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 10 โรคเข่าเสื่อมร้อยละ 9 และผู้พิการร้อยละ 6 (Thai Health Promotion Foundation, 2016)

การพัฒนาประเทศไทยตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) มุ่งเน้นพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในชุมชนให้ เป็นพื้นที่เรียนรู้เชิงสร้างสรรค์และมีชีวิต เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปพัฒนาต่อยอดเพื่อให้ประชาชนดำเนินชีวิตได้ อย่างมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน (Office of the National Economic and Social Development Council, 2018) ทั้งนี้รัฐบาลได้ส่งเสริมให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ เพิ่มพูนความรู้และทักษะชีวิตที่จำเป็น นำไปใช้ได้จริง ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพ เกิดเครือข่ายในชุมชน โรงเรียน ผู้สูงอายุใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีเป็นตัวขับเคลื่อนเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หนุนเสริม อีกทั้งนำแนวทางการเรียนรู้ตลอดชีวิตมาใช้ในการจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะ เพื่อพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ (Department of older person, 2016)

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข สนองตอบคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านกาย ใจ สังคม และปัญญา เกิดการบูรณาการความรู้และกิจกรรมในชุมชน ทำให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา คุณภาพชีวิตโดยการดำเนินการต่อเนื่องในชุมชน (Wongprom et al., 2015) จากการประเมินผลการดำเนินงาน โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 43 แห่ง พบว่ามีมิติด้านผลผลิตได้แก่ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง กระฉับกระเฉง ได้ ผ่อนคลาย มีความสุขทางใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนวัยเดียวกันและคนต่างวัย สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ อย่างเหมาะสม และสามารถนำทักษะวิชาชีพที่ได้เรียนในโรงเรียนไปประกอบอาชีพสร้างงาน สร้างรายได้ (Udanont & Aimimtham, 2019) มีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด (Sarnsang & Rattanapunya, 2019) และสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ (Lukitasari et al., 2021)

การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นการให้พลังอำนาจแก่ชุมชนในการบริหารจัดการทุนในชุมชนเพื่อจัดการ เรียนการสอน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมาเข้าเรียน ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ เมื่อชุมชนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้ได้ใช้ทรัพยากรในชีวิตตนเอง (Gibson, 1991) จัดการสิ่งแวดล้อม และให้ชุมชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (Laschinger et al., 2010) ส่งเสริมคุณค่าในตนเอง และความสามารถแห่งตน (Havens & Mill, 1992) ซึ่งการ



เสริมพลังอำนาจในชุมชนในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในระยะแรกจะเป็นโรงเรียนต้นแบบ ซึ่งให้ผู้นำ และแกนนำในชุมชนเข้าศึกษา เพื่อทดลองหลักสูตร สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม เพชรบุรี และสุพรรณบุรี หลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินอาหารอร่อย” เป็นหลักสูตรของกรมอนามัย โดยเนื้อหาหลักได้แก่กิจกรรมงานอาชีพ นันทนาการ การเกษตร กิจกรรมทางศาสนา การดูแลสุขภาพ และการศึกษาดูงานนอกสถานที่ โดยกิจกรรมอาจแตกต่างกันกับบริบทของพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2560 รัฐบาลมีนโยบายให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุทุกอำเภอ ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าเรียนจำนวนมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความหลากหลายทางอาชีพ เศรษฐกิจและสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเข้าโรงเรียน ทีมวิจัยจึงสนใจศึกษาการเสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุในการเข้าเรียนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าโรงเรียน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจให้ชุมชนและครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เพื่อมีความเข้าใจ มีความสามารถและทักษะในการปฏิบัติ 2) การอำนวยความสะดวกการเข้าถึงข้อมูลหรือการปฏิบัติ 3) การส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเองให้ความสำคัญและยอมรับในศักยภาพของตนเอง เพื่อให้เกิดความสามารถแห่งตน (self efficacy) (Havens & Mills, 1992) การนำทฤษฎีมาใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) การให้ความรู้การเรียนการสอนผู้สูงอายุในโรงเรียนแก่แกนนำชุมชน โดยให้ทดลองเรียนก่อนเพื่อจะได้เข้าใจ และถ่ายทอดกับผู้เรียนและสมาชิกในครอบครัวได้ สำหรับผู้สูงอายุเมื่อได้รับความรู้ในการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ จะมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง 2) การอำนวยความสะดวกต่อการเรียน เช่นการจัดตั้งโรงเรียนในชุมชน หรือการจัดบริการให้ผู้สูงอายุเดินทางมาโรงเรียนได้ และ 3) แกนนำได้รับการส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนมีความเข้าใจและมั่นใจในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนแก่ผู้เรียนได้ ทำให้ตนเองมีศักยภาพ สำหรับผู้สูงอายุเมื่อเข้าโรงเรียนจะมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในศักยภาพในการดูแลตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้สูงอายุเข้าเรียนและไม่เข้าเรียน จะเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจให้ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานกับผู้สูงอายุในชุมชน และนักวิชาการพิจารณาความเหมาะสม และเสนอแก่องค์กรท้องถิ่นนำไปพัฒนาผู้สูงอายุให้เข้าโรงเรียนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา มี 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ประเด็นการเข้าโรงเรียนและไม่เข้าโรงเรียนของผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ และร่างรูปแบบการเสริมพลังอำนาจในชุมชนที่ส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าโรงเรียน

ระยะที่ 2 นำเสนอร่างรูปแบบการเสริมพลังอำนาจ ให้ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานกับผู้สูงอายุในชุมชน โดยนำข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนและไม่เข้าโรงเรียน และบทบาทของผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน วิทยากร นำมาร่วมพิจารณา และให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาเพื่อให้ดียิ่งขึ้น



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1

ประชากร ได้แก่ ผู้จัดการ คือ ผู้บริหารท้องถิ่น หรือผู้แทนโรงพยาบาลถ้าเป็นเขตเมือง ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว พื้นที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 มีทั้งหมด 8 จังหวัด ได้แก่ นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบมี 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม สุพรรณบุรี และเพชรบุรี จับลากได้ 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม และเพชรบุรี โดยศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดละ 2 พื้นที่ ในเขตเทศบาล และอบต. รวมทั้งหมด 4 พื้นที่ คัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียน และไม่ได้เข้าเรียน กลุ่มละ 5 คน ต่อพื้นที่ และตัวแทนครัวเรือนของผู้สูงอายุ มีจำนวนเท่ากับกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม รวมพื้นที่ละ 20 คน จำนวน 4 พื้นที่ รวมทั้งหมดจำนวน 80 คน ผู้ดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้จัดการ ผู้บริหาร อบต. แกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ทีมสุขภาพในท้องถิ่น ผู้จัดการโรงเรียน รวมทั้งหมด 4 คน จำนวน 4 แห่ง รวม 16 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 96 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เรียนและไม่ได้เรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ยินดีให้ข้อมูล และอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี ตัวแทนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุในบ้านที่เข้าเรียนและไม่ได้เข้าเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ ยินดีให้ข้อมูล อยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี ส่วนเกณฑ์การคัดออก ผู้ให้ข้อมูล ขอลถอนตัว มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ กลุ่มตัวอย่างมาให้ข้อมูลครบจำนวน 96 คน

ระยะที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญในท้องถิ่นที่ทำงานกับผู้สูงอายุ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข หัวหน้าสำนักงานปลัด นักพัฒนาชุมชน กำนัน แพทย์ประจำตำบล และประธานสตรีตำบล รวม 7 คน ของจังหวัดเพชรบุรี และนครปฐม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกส่วนบุคคล และแบบสนทนากลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ การศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ เป็นต้น
2. แบบสนทนากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 กลุ่มผู้สูงอายุเข้าโรงเรียน คำถามสาเหตุการสมัครเข้าเรียน สิ่งจูงใจ ภาระงานในครอบครัว การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในโรงเรียน ผลการทำกิจกรรมที่มีผลต่อท่านและครอบครัว เป็นต้น

2.2 กลุ่มผู้สูงอายุไม่เข้าโรงเรียน คำถามการรับรู้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรคในการไม่ได้เข้าโรงเรียน การทำกิจกรรมในครอบครัว เป็นต้น

2.3 สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียน คำถามการทำกิจกรรมในครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าโรงเรียนแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร การส่งเสริมการเข้าโรงเรียน คุณลักษณะของผู้สูงอายุ เป็นต้น

2.4 สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุที่ไม่เข้าโรงเรียน คำถามการรับรู้การมีโรงเรียนผู้สูงอายุความสำคัญในการร่วมกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคของการไม่เข้าโรงเรียน และคุณลักษณะของผู้สูงอายุ

2.5 ผู้ดำเนินงานโรงเรียน ประกอบด้วยผู้จัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยในเขต อบต. ได้แก่ผู้บริหารท้องถิ่น ส่วนในเขตเมือง ผู้แทนโรงพยาบาลเป็นผู้จัด ผู้นำชุมชน คำถามบทบาทในการส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าโรงเรียน ปัญหาและอุปสรรคในการทำบทบาทเหล่านี้ ข้อเสนอแนะในการจัดตั้งโรงเรียน เป็นต้น

เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้ค่าเท่ากับ .95 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 3 ราย และ



แก้ไขปรับปรุงอีกครั้งก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้ค่าเท่ากับ .95 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
ปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 3 ราย และ
แก้ไขปรับปรุงอีกครั้งก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เลขที่ใบรับรอง 008/2562 ขอความยินยอมก่อนการให้ข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์
การวิจัย เหตุผลการเชิญเป็นอาสาสมัคร การขอถอนตัว และการไม่เปิดเผยข้อมูลการบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อ
ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษาเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะ
นำเสนอเป็นภาพรวม เอกสารที่บันทึกจะถูกทำลายหลังจากการเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารท้องถิ่น
2. นัดสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้บริหารท้องถิ่น และผู้แทนโรงพยาบาล ผู้นำชุมชน วิทยากร ใน
ประเด็นสถานการณ์การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ และการส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ และเจาะลึก
(probing) ในประเด็นที่ไม่ชัดเจน
3. นัดสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่เข้าโรงเรียน และเจาะลึก
(probing) ในประเด็นที่ไม่ชัดเจน
4. นัดสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่ไม่เข้าโรงเรียน และเจาะลึก
(probing) ในประเด็นที่ไม่ชัดเจน
5. นัดผู้เชี่ยวชาญในชุมชนที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 7 ท่าน ให้ความคิดเห็นถึงการเสริมพลังอำนาจให้
ผู้สูงอายุเข้าเรียน ในขั้นตอนสุดท้าย ผู้วิจัยร่างรูปแบบการเสริมพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชน
ในการเข้าเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ และเสนอองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เก็บข้อมูลเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content
analysis) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) จัดระเบียบข้อมูล (organizing the data) 2) ทำความเข้าใจข้อมูลอย่าง
ลึกซึ้ง (immersion) โดยการอ่านทบทวนข้อมูลหลายรอบเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน 3) จัดหมวดหมู่ข้อมูล
และเขียนประเด็นที่สำคัญ โดยการนำข้อมูลประเภทเดียวกันมาอยู่ด้วยกัน และตั้งชื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มข้อมูล
4) ใส่รหัสข้อมูล (coding) 5) ตีความข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ โดยการนำข้อมูลที่สัมพันธ์กันมาเชื่อมโยงกัน 6) การ
ค้นหาทางเลือกเพื่อความเข้าใจ โดยการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล และ 7) เขียน
รายงาน (Marshall & Rossman, 2006)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

จังหวัดเพชรบุรี ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่เข้าโรงเรียน (กลุ่ม 1) และไม่เข้าโรงเรียน (กลุ่ม 2) เกือบทุกคน
เป็นเพศหญิงเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 60) เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (80 % และ 40 %) ระดับการศึกษาสูงสุด
ประถมศึกษา (40 % และ 100 %) การประกอบอาชีพหลากหลายเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม รายได้ในครอบครัว กลุ่ม



1 ได้รับมากกว่า 20,000-40,000 บาท/เดือน (60%) กลุ่ม 2 ได้รับน้อยกว่า 5000-10,000 บาท/เดือน (100%) ส่วนผู้สูงอายุในเขต อบต. ผู้สูงอายุเข้าโรงเรียนเพศใกล้เคียงกัน เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น (100% และ 40 %) ระดับการศึกษาสูงสุด กลุ่ม 1 ปริญญาตรี (40%) ส่วนกลุ่ม 2 ประถมศึกษา 80 % อาชีพ เกษตรกรรม (40 % และ 60 %)

จังหวัดนครปฐม ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลกลุ่มเข้าโรงเรียน (กลุ่ม 1) และไม่เข้าโรงเรียน (กลุ่ม 2) ส่วนใหญ่ เพศหญิง (80 %) วัยผู้ใหญ่ตอนต้นทั้ง 2 กลุ่ม (80-100 %) การศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (100 % และ 80 %) อาชีพข้าราชการบำนาญ (100 % และ 40 %) นอกนั้นรับจ้างและค้าขาย ส่วนรายได้ในครัวเรือน มากกว่า 25,000 บาท ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในเขต อบต.กลุ่มเข้าโรงเรียน (กลุ่ม 1) และไม่เข้าโรงเรียน (กลุ่ม 2) ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (60 % และ 80%) วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (80 % และ 40%) ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา (60 % และ 80%) อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างและค้าขายเท่ากัน (80 %)

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ

การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของจังหวัดนครปฐมและเพชรบุรี สามารถสรุปเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

2.1 การใช้หลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ทั้งจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัด นครปฐม พบว่า ใช้หลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” โดยเรียนไม่น้อย กว่า 12 อาทิตย์ ร่วมกับการศึกษาดูงานนอกสถานที่ 3-5 ครั้ง เนื้อหา ประกอบด้วย ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน ฝึกทักษะทางสังคม ทักษะสมอง กิจกรรม 4 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ อนามัย) อนามัยช่องปาก และการส่งเสริม สุขภาพจิต รายวิชาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ และรายวิชาสังคมและ เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

2.2 การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทุนทางสังคมในชุมชน

จากการวิเคราะห์การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดนครปฐม พบว่าทั้ง 2 แห่ง ใช้ทุนทางสังคมในการจัดการเรียนการสอน โดนทุนทางสังคมของจังหวัดเพชรบุรีประกอบด้วยคณะทำงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ การสนับสนุนท้องถิ่น และการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับทุนทางสังคมของจังหวัดนครปฐมประกอบด้วย วัดไผ่ล้อม โรงพยาบาล นครปฐม การสร้างเครือข่ายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 การเชื่อมโยง ครอบครัวและชุมชน ที่สนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือการมีสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 2 จังหวัด พบว่า มีสุขภาวะองค์รวมที่ดีได้แก่ 1) การมีสุขภาพแข็งแรง มีความกระฉับกระเฉง ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย ลดระยะเวลาการพึ่งพิงผู้อื่น 2) การสร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น การช่วยคลายเหงา กระชุ่มกระชวย สดชื่น ภูมิใจ และตระหนักในคุณค่าและความสามารถของตนเอง มีมุมมองเชิงบวกต่อตนเอง 3) การสร้างเสริมสุขภาวะทางสังคม เช่น การได้รับการ ยอมรับ การมีสัมพันธ์ที่ดีกับคนวัยเดียวกันและต่างวัย 4) การสร้างเสริมสุขภาพจิตปัญญา เช่น การรู้เท่าทันเข้าใจ สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การมีความสามารถในการปรับตัวและดำเนินชีวิตได้เหมาะสมตามวัย และ 5) การสร้างเสริม ทักษะอาชีพ การสร้างงานและสร้างรายได้ เป็นต้น



ส่วนที่ 3 บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าโรงเรียน

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าโรงเรียน ประกอบด้วย ผู้บริหาร แกนนำชุมชน และวิทยากร โดยผู้มีส่วนร่วมแต่ละกลุ่มจะมีบทบาทที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ผู้บริหารท้องถิ่น หรือหน่วยงานในโรงพยาบาล ในเขตเมือง ส่วนใหญ่จะให้โรงพยาบาลร่วมกับเทศบาล (ขึ้นอยู่กับหน่วยงานใดจัดสรรงบประมาณ) เป็นผู้รับผิดชอบจัดโรงเรียน ประชาสัมพันธ์โรงเรียน จัดหลักสูตรการเรียนการสอน อำนวยความสะดวกผู้มาเรียน ดังคำกล่าวของอบต. ที่ว่า

“อบต. และเทศบาลจะจัดรถรับส่งคนในพื้นที่ ถ้าผู้สูงอายุขับรถมาไม่ได้หรือไม่มีลูกหลานมาส่ง” (อบต.พ)

3.2 แกนนำชุมชน ได้แก่ ประธานชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่อบต. และอสม. ซึ่งแกนนำเหล่านี้ได้เรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จึงได้รับประสบการณ์ตรงในการเรียนการสอน มีบทบาทประชาสัมพันธ์ผู้เรียนรุ่นต่อไป ให้ข้อมูลในการเรียน และอำนวยความสะดวกแก่ผู้เรียน ดังคำกล่าว “เป็นประธานชุมชนและได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมเพื่อจะได้เป็นตัวอย่างรุ่นต่อไป” (อบต.พ.) “ประธานชมรมผู้สูงอายุได้ประชาสัมพันธ์เรื่องโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมที่หลากหลาย” (ผู้รับผิดชอบโรงเรียน) “ทำงานพัฒนาชุมชนเป็นประธานสตรีในชุมชนและเป็นกรรมการพัฒนาสตรีระดับจังหวัด เป็นคณะกรรมการชุมชนท่องเที่ยว และคณะทำงานพัฒนาที่อยู่อาศัยผู้มีรายได้ต่ำ เมือง ชนบท ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจึงต้องมาเรียน” (อบต.พ.) “เป็น อสม.กลุ่มสตรี ผู้จัดชักชวน” (อบต.นฐ.) อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ “ขับรถไม่ได้จะมีประธานชมรมเอารถมารับส่ง (แฟน เมือง พ.) “ผู้นำชุมชนช่วยประสานแหล่งทุนให้” (อบต.พ.) “ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายด้วยบางคนฟังไม่เข้าใจจะมาถามที่อบต. อีกครั้ง” (อสม.และ อบต.พ.)

3) วิทยากร ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย และจิตอาสา ซึ่งเป็นผู้ส่งเสริมการเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ เช่น การป้องกันการล้ม ฝึกการทรงตัว ออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรง ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย นักโภชนาการ เรื่องอาหารที่ถูกสุขลักษณะ นักกิจกรรมบำบัดฝึกสมอง ป้องกันสมองเสื่อม เป็นต้น นอกจากนั้นแพทย์แผนไทยจะสอนการทำสมุนไพรใช้ในครัวเรือน การนวดพื้นฐานเพื่อบำบัดตนเอง การสอนฝึกอาชีพส่วนใหญ่จะเป็นจิตอาสาร่วมเป็นวิทยากร ได้แก่สอนการทำดอกไม้ จักสาน เพื่อฝึกอาชีพ เป็นต้น

ส่วนที่ 4 เหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าเรียนและไม่เข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้สูงอายุมีเหตุผลของการเข้าเรียนและไม่เข้าเรียนหลายประการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 เหตุผลที่ผู้สูงอายุเข้าเรียน

4.1.1 การได้รับการชักชวนจากผู้จัด หรือผู้ที่เคยอบรมมาก่อน

การศึกษาค้นคว้าพบว่า การชักชวนของผู้จัดเพื่อทดลองการเรียน และการชักชวนของผู้ที่เคยเรียนมาก่อนเป็นปัจจัยสำคัญของการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นตัวอย่างรุ่นต่อไป และช่วยกันปรับปรุงการเรียนการสอน ดังที่ ผู้ให้ข้อมูลเขต อบต. และเทศบาลได้กล่าวไว้ว่า “เป็นประธานชุมชนและได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมเพื่อจะได้เป็นตัวอย่างรุ่นต่อไป...” (อบต. พ.) เป็นสมาชิกชมรมของหน่วยงานที่จัด มีหลายหน่วยงานที่มีชมรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงสื่อสารเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และการเรียน “เป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกายอยู่แล้วทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เมื่อจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบจะชักชวนผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ เข้าร่วม” (เมือง นฐ.) “เป็น อสม.กลุ่มสตรี ผู้จัดชักชวน” และ “ผู้จัดชวนว่ามีการออกกำลังกาย ฝึกอาชีพ การสอนอาชีพ” (อบต.นฐ.)

4.1.2 การได้เพื่อนหรือกัลยาณมิตรใหม่

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ความต้องการเพื่อนและการได้เพื่อนใหม่เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้วยผู้สูงอายุติดสังคมชอบเข้าสังคม และชอบการรวมกลุ่ม ดังนั้นการมาเรียนที่ทำให้ “ได้



กัลยาณมิตรที่ดี ได้เพื่อนใหม่ คนใหม่” (เมือง นฐ.) “มีสมาชิกในครอบครัวน้อยแต่พอมารเรียนก็พบปะผู้คนมากขึ้น” ... (เมือง นฐ.) จึงเป็นปัจจัยสำคัญ

4.1.3 ฐานะเศรษฐกิจดี ไม่มีภาระในครอบครัว

ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะสนับสนุนผู้สูงอายุมาเรียน “ครอบครัวไม่เดือนร้อนเงินเพราะพี่สาวและพี่เขยมีบ้านญาติเดือนละ 7 หมื่นบาท” (อบต.พ.) “ไม่มีภาระในครอบครัวลูกโตแล้ว (เมือง นฐ.)

4.1.4 ท้องถิ่นอำนวยความสะดวกในการขับรถรับส่ง

ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถเดินทางมาเองได้หรือลูกหลานมีภาระไม่สามารถรับส่งได้ ท้องถิ่นจะจัดรถรับส่ง “อบต. และเทศบาลจัดรถรับส่งถ้าผู้สูงอายุขับรถมาไม่ได้หรือไม่มีลูกหลานมาส่ง” ... (อบต.พ.) “มีประธานชุมชนขับรถมารับส่ง ไปเรียนแล้วมีเพื่อนมากขึ้นจึงไม่เหงา” (อบต.พ.)

4.1.5 ครอบครัวส่งเสริมให้เข้าเรียน ให้กำลังใจ เข้าใจ ปรึกษา

ครอบครัวอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวพูดคุยปรึกษากัน จะเข้าใจกัน “ไม่อยากให้พ่อแม่เหงาอยู่บ้าน” (ลูก เมือง พ.) “ส่งเสริมเพราะทำให้เขาได้หัวเราะ” (สามี เมือง พ.) “ไม่เป็นภาระอะไร สามารถมาส่งได้” (แฟน เมือง พ.) “ในฐานะเป็นสามีสนับสนุน ได้กระตุ้นสมอง ไม่ให้ซึมเศร้า ได้เล่น Line โทรศัพท์ (สามี เมือง พ.) “ลูกสนับสนุนให้เรียน จะได้รู้จักสิ่งที่ไม่เคยทำ” (อบต.นฐ.) ผู้สูงอายุครอบครัวสามารถจัดการภาระที่มีอยู่ได้ “มีภาระดูแลแม่ แต่มีคนมาเปลี่ยนดูแลแม่ ผลัดกันกับน้อง” (เมือง นฐ.)

4.2 เหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่เข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ

เหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่เข้าเรียน ประกอบด้วย

4.2.1 มีภาระดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้สูงอายุมีภาระงานที่บ้านไม่สามารถไปไหนได้ “แฟนสมองเสื่อม ล้มแล้วเดินไม่ได้ ฉันต้องป้อนอาหารแฟน” (เมือง พ.) “ทำไรคนเดียวออกจากบ้านตั้งแต่หกโมงและเข้าบ้านตอนเย็น จึงไม่มีเวลาไปเรียน ... (เมือง พ.)

4.2.2 ต้องช่วยทำงานในครอบครัวเพื่อหารายได้

ในครอบครัวที่ผู้สูงอายุต้องช่วยกันประกอบอาชีพ จะไม่มีเวลาสนใจการดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ “ลูก ๆ ไม่มีเวลาสนใจเรื่องโรงเรียนผู้สูงอายุต้องทำงานกันทุกวัน” ... (เมือง พ. 4) “ลูกคนโตขายกล้วยเตี๋ยวต้องทำไรและช่วยลูก” (เมือง พ.) ผู้สูงอายุบางรายมีหน้าที่หลายอย่างจึงไม่มีเวลา “รับจ้างขายของร้านค้าสหกรณ์ชุมชน เป็น อสม. รู้หลายเรื่องแล้ว มีตำแหน่งในชุมชนหลายอย่าง และดูแลแม่และพี่สาว ไม่มีใครทำแทนได้” ... (อบต. นฐ.) บางครอบครัว ผู้สูงอายุมีเวลาว่างไม่แน่นอน เกรงว่าจะไม่ได้มาเรียนทุกครั้ง แต่มาร่วมกิจกรรมบ้างที่โรงพยาบาลบ้าง ตอนเลิกงาน “ขายของทางการเกษตร และเป็นเกษตรกรด้วย ไม่มีเวลามาเรียนประจำ” ... (เทศบาล นฐ.) “ไม่รู้ว่ามีโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำงานแต่ในไร่” (อบต.พ.)

4.2.3 มีความรู้ด้านสุขภาพ หรือหาความรู้เองได้ คิดว่าไม่จำเป็นต้องเรียน

ผู้สูงอายุที่เป็น อสม. จะได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ หรือร่วมรณรงค์การป้องกันโรคในช่วงมีการระบาด บางคนผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม. ของกรมอนามัย “ไปอบรมการดูแลผู้สูงอายุแล้ว ไม่อยากรู้อะไรเพิ่ม” (ทำยาง) “เขาก็อะไรแล้วไม่ต้องมาโรงเรียนหรอก” (สามี เมือง พ.) ผู้เกษียณบางรายมีความรู้การดูแลตนเอง คิดว่าไม่จำเป็นต้องลงเรียน “เคยเป็นครูใหญ่ที่โรงเรียนอื่น เล่นโยคะ จันทร์ อังคาร พุธเช้า” (เมือง นฐ.)

4.2.4 อยากมีกิจกรรมแบบอิสระไม่ผูกมัดตนเอง

ผู้สูงอายุที่เกษียณอยากทำอะไรที่อิสระ ไม่มีตารางและไม่ผูกมัดเวลา “ไม่อยากผูกมัด อยู่บ้านอิสระเป็นครูแล้วไม่อยากเป็นนักเรียน... (เมือง นฐ.)

4.2.5 มีปัญหาสุขภาพไม่กล้าไปที่อื่นคนเดียว



เป็นโรคหัวใจไปไหนกลัวจะเกิดอันตรายและเป็นภาระคนอื่น แม้บ้านจะอยู่ใกล้กับที่เรียน “เป็นโรคหัวใจทำบอลลูนมาแล้ว 3 ปีที่แล้ว” ... (อบต.นฐ.) “ส่งเสริมให้ไปแต่เขาไม่ไป จะไปไหนต้องมีหลานไปด้วย กลัวเป็นภาระคนอื่นถ้าเกิดปัญหา” (ลูกสาว อบต.นฐ.) “อยากให้เค้าอยู่สบายๆ มีกิจกรรมออกกำลังกายกลัวจะทำให้กิจกรรมไม่ได้” (ลูกสาว อบต.นฐ.)

4.2.6 อ่านหนังสือไม่ออกกลัวจะเรียนไม่ได้

ผู้สูงอายุบางคนเข้าใจว่ามาเรียนแล้วต้องมาเขียนและอ่านหนังสือ จึงไม่กล้ามาเรียน “ทำที่บ้านอ่านหนังสือไม่ออกคิดว่าเป็นอุปสรรคในการเรียน”... (อบต.พ.) “ไม่ชอบกิจกรรมที่เขียนหนังสือ”... (อบต.พ.) “แก่แล้วต้องเรียนอะไร”... (อบต.พ.)

4.2.7 ลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่ชอบสังคม ชอบอยู่บ้าน

บางครอบครัวชอบอยู่บ้าน ทั้งผู้สูงอายุและญาติทำงานทั้งวัน ไม่ได้ว่าง ไม่ได้เหงาเมื่ออยู่บ้าน “ไม่อยากจะมาโรงเรียน อยู่บ้านฟังเพลง”... (อบต.พ.) “อยู่บ้านคนเดียวกินข้าวอร่อยไม่ต้องคุยกับคนมาก” (อบต. นฐ.)

ส่วนที่ 5 การพัฒนาแบบการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนาและนำเสนอแบบการส่งเสริมพลังอำนาจผู้สูงอายุเข้าเรียนในโรงเรียน แก่ผู้เกี่ยวข้องผู้สูงอายุในท้องถิ่น ดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้ให้เรียนโรงเรียนผู้สูงอายุก่อน เพื่อประชาสัมพันธ์ในรุ่นต่อไป

รุ่นแรกของการจัดหลักสูตรเพื่อให้ผู้นำในชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำสตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ อบต. มาเรียนรู้หลักสูตร เพื่อจะได้ปรับปรุงในรุ่นต่อไป และเพื่อผู้นำชุมชนจะได้เข้าใจหลักสูตร และนำไปประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าใจ ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการชักชวน ช่วยขับเคลื่อนกระบวนการดังกล่าว “เป็นประธานชุมชนและได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมเพื่อจะได้เป็นตัวอย่างรุ่นต่อไป” (อบต. พ)

2. ดึงศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นวิทยากรก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

ผู้สูงอายุบางรายมีประสบการณ์จากการประกอบอาชีพ สามารถถ่ายทอดความรู้สู่ผู้อื่น เช่นเคยเป็นครูช่วยในการจัดการเรียนการสอน การสอนอาชีพการประดิษฐ์ดอกไม้ การทำอาหาร แปรรูปอาหาร จะให้เป็นวิทยากรสอนผู้สูงอายุในชั้นเรียน “เก่งเรื่องทำดอกไม้ประดิษฐ์ เคยเป็นวิทยากรให้มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จึงได้สอนกลุ่มที่เรียนด้วยกัน ภูมิใจที่ได้สอนคนอื่น” (อบต.นฐ) หรือ “ปู่อายุ 92 ปี เขารู้หลายอย่างให้มาถ่ายทอดให้ผู้อื่นฟัง” (หลาน. อบต.นฐ)

3. การชักชวนจากเพื่อน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยากเข้ากลุ่มกับเพื่อนร่วมรุ่นเดียวกัน เพราะเข้าใจกัน จากคำกล่าว “ผู้จัดชักชวนและเพื่อนมาด้วยจึงมา”

4. ประชาสัมพันธ์การมีโรงเรียนผู้สูงอายุให้ทั่วถึง และรับฟังข้อคิดเห็นของผู้สูงอายุ

สูงอายุบางคนไม่ทราบข้อมูลว่ามีโรงเรียนผู้สูงอายุ “ไม่รู้ว่ามีโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำงานแต่ในไร่” (อบต. พ) ลูกหลานยุ่งมากจึงไม่รู้ว่ามีโรงเรียน “การจัดโรงเรียนควรให้ผู้สูงอายุออกความคิดเห็นในการจัดการเรียนการสอน” (อบต.พ) “เป็นสมาชิกของชมรมออกกำลังกายจึงรู้ว่าโรงเรียนผู้สูงอายุ” (เทศบาล นฐ) “เป็นเพื่อนนายก อบต. จึงรู้ว่าโรงเรียนผู้สูงอายุ” (อบต.นฐ) ท้องถิ่นควรประชาสัมพันธ์การมีโรงเรียนผู้สูงอายุให้ทั่วถึง เช่นในการทำประชาคมหมู่บ้าน และประชาสัมพันธ์ช่องทางอื่น ๆ ที่เข้าถึงชุมชนได้ง่าย เป็นต้น



5. การอำนวยความสะดวกของท้องถิ่น

ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถเดินทางได้เอง สมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงาน ท้องถิ่นควรสนับสนุนการจัดรถรับส่งผู้ที่ไม่สามารถเดินทางเองได้ หรือท้องถิ่นอาจมีเครือข่ายกับเอกชนในการจัดรถรับส่ง “มีประธานชุมชนขับรถรับส่ง” (อบต.พ)

6. สร้างความเข้าใจ ให้ครอบครัวผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการเข้าเรียน

การให้ความรู้ครอบครัวผู้สูงอายุและผู้สูงอายุถึงประโยชน์ของการร่วมกิจกรรมในโรงเรียน ทำให้สุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง กระฉับกระเฉง ลดระยะการพึ่งพาคนอื่น จิตใจช่วยให้คลายเหงา รู้สึกภาคภูมิใจ และตระหนักในคุณค่า ด้านสังคม มีสัมพันธ์ที่ดีกับคนวัยเดียวกันและต่างวัย ได้รับการยอมรับในฐานะสมาชิกของกลุ่ม และด้านจิตปัญญา “พอเข้าโรงเรียนมีกิจกรรม ร้องรำเริง รำ รำมาก” (อบต. พ) “สนับสนุนให้พ่อไปโรงเรียน หมอเคยบอกว่าพ่อมีเส้นเลือดตีบที่หัวใจ ในขณะที่เรียน ได้ไปตรวจตามนัด หมอบอกว่าเส้นเลือดฝ่อไป ทำให้ดีขึ้น อาจเนื่องจากพ่อไปทำกิจกรรมกับเพื่อน ๆ หลังเรียนพ่อจะเล่าให้ฟังว่าทำอะไรบ้าง พ่อชอบเล่นรำวง” ... (ลูกสาว อบต. พ)

7. ปรับรูปแบบการเรียนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงการเรียนได้

ผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ไม่เข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง หรือมีความรู้ที่น้อย ทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพราะการเรียนส่วนใหญ่เป็นการทำกิจกรรมที่ดูแลสุขภาพ ผู้บริหารท้องถิ่นต้องจัดการเรียนการสอนให้กลุ่มนี้ได้เรียน บางคนอาจจะคิดไปเองว่าตนเองไม่เหมาะเพราะอ่านหนังสือไม่ออก หรือมีปัญหาสุขภาพ ต้องช่วยครอบครัวทำงาน เป็นต้น

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ข้อ ได้ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 5 เริ่มในปี พ.ศ. 2559 ภายใต้หลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” โดยใช้หลักสูตรของเขตสุขภาพที่ 5 เป็นแกนกลาง ในโรงเรียนที่มีงบประมาณมากอาจมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น หรือผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงอาจจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ตามความต้องการของผู้เรียน เป็นต้น เรียนสัปดาห์ละ 1 วัน ไม่น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่จะเริ่มเรียนในปี พ.ศ. 2560 แต่ละรุ่นมีจำนวน 30-50 คน ผู้เรียนส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งร่างกายยังแข็งแรง และมีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้สูงอายุไม่ได้เข้าโรงเรียน จึงเข้าใจถึงประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในเขตเมืองที่เจริญจะมีผู้เกษียณมาเรียนมาก การเรียนส่วนใหญ่จะฝึกการดูแลสุขภาพ และได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้สูงอายุเมื่อจบหลักสูตรแล้วยังนัดทำกิจกรรมร่วมกัน เช่นการออกกำลังกาย พบปะสังสรรค์กันสม่ำเสมอ (ผู้สูงอายุ นฐ. และ พ.) เมื่อมีการแพร่ระบาดของโควิด โรงเรียนได้ปิดประมาณ 2-3 ปี

การได้เรียนรู้และทำกิจกรรมในโรงเรียนก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ เพราะมีกิจกรรมที่หลากหลาย เป็นพื้นที่ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งเสริมคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ การสื่อสารทางตรงนำไปสู่สุขภาพะ มีเพื่อนวัยเดียวกัน ที่ช่วยกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพซึ่งกันและกัน (Phrakhrusiriphurinithat, 2020) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีสังคม มีกลุ่มเพื่อน มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ช่วยให้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น (Department of Older Person, 2016) กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีหลากหลาย ผู้สูงอายุได้ใช้ความคิด ทำให้ระบบประสาททำงาน เป็นการกระตุ้นความคิด จากการศึกษาผลการฝึกสมอง พบว่าผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมในการบริหารสมองโดยการกระตุ้นให้รับรู้สิ่งแวดลอม สังคมรอบตัว การสื่อสารทำให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิด ด้านสัมพันธภาพ และการบริหารจัดการดีขึ้น (Wongjan et al., 2020) และการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุ กระตุ้นความคิด ซึ่งจะช่วยให้ลดความเสี่ยงต่อโรคความจำเสื่อมด้วย (Jake, 2007)



2. บทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่นรับผิดชอบ งบประมาณ การจัดการเรียนการสอน การอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ ส่วนผู้นำชุมชนจะประชาสัมพันธ์ และชักชวนให้ผู้สูงอายุเข้าเรียน ผู้นำชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจหลักสูตรจะอธิบายให้ผู้จะเรียนได้ จากการสนทนากลุ่มพบปัญหา เช่น “ไม่รู้ว่ามีโรงเรียน และไม่รู้หนังสือจึงไม่กล้ามาเรียน” “อ่านหนังสือไม่ออกกลัวจะเรียนไม่ได้” ถ้าได้รับการอธิบายวิธีการเรียนจะเข้าใจ ในชุมชนมักจะเชื่อผู้นำ ซึ่งในรุ่นแรกหน่วยงานที่จัดได้ให้ผู้นำชุมชนได้เรียนก่อนเพื่อเป็นแบบอย่าง ซึ่งเป็นการเสริมพลังเพิ่มความสามารถในส่วนบุคคล (Gutierrez et al., 1998)

ครอบครัวมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวต้องมีบทบาทในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวมีความสำคัญต่อการสร้างสุขภาวะให้ผู้สูงอายุ (Gadudom et al., 2018) ครอบครัวที่สนับสนุนผู้สูงอายุมาก จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การสนับสนุนครอบครัวในระดับที่สูงเป็นปัจจัยที่ปกป้อง ให้มีการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ องค์กรทั้งรัฐบาลและเอกชนต้องสร้างกิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (self-esteem) และส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (Kaur et al., 2015) มีการศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพลเมืองด้วยการฝึกอบรมการเป็นผู้นำในครอบครัว (MacPhee et al., 2017) ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมในชุมชนจะสอดคล้องกับด้านสุขภาพของประชาชนเป็นลำดับแรก สัญญาณที่เห็นอย่างหนึ่งคือการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การเสริมสร้างพลังให้ครอบครัว พัฒนาทักษะการเป็นผู้นำ มีส่วนร่วมในชีวิตการเป็นพลเมือง และมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่หลากหลาย

3. การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องดำเนินการตั้งแต่มก่อนโรงเรียนเปิด การถอดบทเรียน การค้นหาปัญหา การวางแผนมีความสำคัญที่จะสนับสนุนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการเรียน โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชนให้ทั่วถึง รับฟังข้อคิดเห็นของผู้สูงอายุ บอกถึงกิจกรรมที่จัด ให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงศักยภาพ ร่วมคิดค้นวิธีการการจัดกิจกรรมในโรงเรียน การเสริมความรู้ความเข้าใจในชุมชนเป็นการเสริมศักยภาพให้ชุมชนเป็นการสร้างพลังให้ชุมชน ซึ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจส่วนบุคคล ความพึงพอใจในชีวิต ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และการยอมรับความสามารถในตนเอง (Sirited & Thammaseeha, 2019) การเสริมพลังอำนาจผู้สูงอายุต้องมีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างปฏิสัมพันธ์ การสนับสนุนงบประมาณ การสร้างทัศนคติทางบวกกับผู้ดูแลและชุมชน การเตรียมความพร้อมของชุมชนเกิดความเข้าใจ รับรู้คุณค่าของผู้สูงอายุ (Sukjit et al., 2020)

ผู้บริหารท้องถิ่นอำนวยความสะดวกในชุมชน จะมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้าง (Enabling) จัดหาทรัพยากรที่จำเป็นและเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติได้แสดงความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ มีความเชื่อมั่นในตนเอง แสดงความสามารถอย่างเต็มที่ อำนวยความสะดวก (Facilitating) ให้ข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอในการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่มาขัดขวางการปฏิบัติงาน จัดระบบภายในองค์กรที่ส่งเสริมความมีอิสระในการปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษา (Counseling) ให้ความร่วมมือ (Collaborating) เป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) และสนับสนุน (supporting) (Stewart, 1994)

ผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลอาจจะไม่ได้ข้อมูลการมีโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือเห็นความสำคัญในการร่วมทำกิจกรรมในชุมชนน้อย ผู้บริหารต้องมีฐานข้อมูลระดับตำบล การใช้กระบวนการศึกษาข้อมูลชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาศักยภาพในกลุ่มเป้าหมาย (Puraya & Nuntaboot, 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการศึกษาไปปรับใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ



The Development of an Empowerment Model for the Elderly and
Related Persons to Promote Attendance at Health Region 5 Elderly School
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง
เพื่อส่งเสริมการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. ควรดำเนินการวิจัยประเมินผลเพื่อติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ

References

- Charoenwong, S., Kongkun, P., Chansangrat, N., & Sriwan, P. (2018). Dependent elders in a Southern rural Muslim community: Current situation of care and for long-term care. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 231-246. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Bureau of elderly health annual report 2020*. <https://eh.anamai.moph.go.th/filecenter>
- Department of Mental Health. (2015). *Manual "5 dimensions of happiness for the elderly"* (6th ed.). Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing House. (in Thai)
- Department of Older Person. (2016). *A handbook for elders school*. Division of older persons promotion. (in Thai)
- Gadudom, P., Apinyalungkon, K., Janjaroen, K., & Wae, N. (2018). Family roles to increase quality of life of older persons in a changing situation. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 300-310. (in Thai)
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Gutierrez, L. M., Parson, R. L., & Cox, E. O. (1998). *Empowerment in social work practice*. Brooks 2 Cole.
- Havens, D. S., & Mills, M. E. (1992). Staff nurse empowerment: Current status and future projections. *Nursing Administration Quarterly*, 16(3), 58-64. <https://doi.org/10.1097/00006216-199201630-00010>
- Jake, H. (2007). *Understanding communication and aging: Developing knowledge and awareness*. Sage Publications.
- Kaur, H., Kaur, H., & Venkateshan, M. (2015). Perceived family support and quality of life of elderly population international. *Journal of Nursing Education*, 7(4), 91-97. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2015.00200.7>
- Laschinger, H. K. S., Gilbert, S., Smith, L. M., & Leslie, K. (2010). Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: Applying empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 4-13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x>
- Lukitasari, M., Nugroho, D. A., Rohman, M. S., Mardhotillah, H., Natasya, D. E., Fitriyawati, F., Kristianingrum, N. D., & Wibisono, A. H. (2021). An intervention study for impact assessment of health education by empowered community health workers in improving treatment and diet adherence in hypertension. *Journal of Community Medicine*, 46(4), 618-621. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_895_20



The Development of an Empowerment Model for the Elderly and
Related Persons to Promote Attendance at Health Region 5 Elderly School
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง
เพื่อส่งเสริมการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5

- MacPhee, D., Forlenza, E., Christensen, K., & Prendergast, S. (2017). Promotion of civic engagement with the family leadership training institute. *American Journal of Community Psychology*, 1-16. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12205>
- Marshall, C., & Rossman, G. (2006). *Designing qualitative research* (4th ed.). Sage Publications
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2018). *The national economic and social development plan (2018-2037)*. <https://www.nesdc.go.th/main.ph>
- Phrakhrusiriphurinithat (Phurinat Dissawan). (2020). Elderly school and learning to improve the quality of life. *The Journal of Research and Academics*, 3(2), 151-160. (in Thai)
- Puraya, A., & Nuntaboot, K. (2019). Community capacity in elderly care. *Journal of Nursing and Health Care*. 37(1), 22-31. (in Thai)
- Sarnsang, J., & Rattanapunya, S. (2019). A study of quality of life of elders in the elderly school, Thungkhawpuang Sub-district, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. *Thai Science and Technology Journal*, 27(5), 964-974.
- Sirikhampeng, A., & Phosing, P. (2017). Long-term care for the elderly with dependency in Thailand 4.0. *Dhammathas Academic Journal*, 17(3), 235-243. (in Thai)
- Sirited, P., & Thammaseeha, N. (2019). Self-efficacy theory and self-health care behavior of the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 58-65. (in Thai)
- Stewart, A. M. (1994). *Empowering people*. Pitman.
- Sukjit, S., Duangthong, J., & Thuwakum, W. (2020). Potential development model of the elderly's caregivers with participation of the community network Pa Sao, Muang, Uttaradit. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(2), 109-118. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2016). *Thailand elderly "patients with high blood pressure by 41 percent"*. www.thaihealth.or.th. (in Thai)
- Udanont, J., & Aimimtham, S. (2019). Quality evaluation of performance indicators of the elderly school prototype in Thailand. *Governance Journal*, 8(2), 107-136. (in Thai)
- Vicha, S., Sriphattarangkul, S., Saowapha, B., Meunkonkeaw, T., Srirungrueng, S., Manop, N., & Tabutwong, N. (2018). The Study of the Health Care Service Networking for the Home-Bound Elderly and Bed-Bound Elders: Hong Ha health promotion hospital, Maetha District, Lampang Province. *HCU Journal of Health Science*, 22(43-44), 70-85. (in Thai)
- Wongjan, J., Leethong-in, M., & Piyawattanapong, S. (2020). Impact of brain exercise programme on older adults' cognition. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(2), 70-84. (in Thai)
- Wongprom, J., Jongwutiwes, K., Prasertsuk, N., & Jongwutiwes, N. (2015). Community participation in the development of older persons' quality of life. *Veridian E-Journal, Slipakorn University*, 8(3), 41-54. (in Thai)



The Development of a Long Term Care Fund Management Model in Public Health for Elderly Dependents in Toei Subdistrict Administrative Organization, Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province

การพัฒนาแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอเมืองสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

อรุณ บุญสร้าง*	Arun Boonsang*
อารี บุตรสอน**	Aree Butsorn**
กิตติ เหลาสู่ภาพ**	Kitti Laosupap**

Abstract

Thailand is becoming a complete aged society, in which the government increases funds to support the elderly. This action research aimed to study the situation of fund management and to develop and assess a fund management model. The research process consisted of three steps: 1) study the situation of fund management, 2) develop a fund management model, and 3) assess the fund management model. The participants in the study consisted of 40 key informants who were fund committee members and stakeholders in Toei subdistrict, Muang Sam Sip district, Ubon Ratchathani province, selected by purposive sampling. The data collection tools were: 1) a questionnaire consisting of three parts: general information, fund knowledge, and a fund management questionnaire; 2) focus group discussions; and 3) in-depth interviews. The data were analyzed by content analysis, descriptive statistics, and paired t-test.

The results revealed that, regarding the Long Term Care (LTC) fund management, the fund has not yet approved an individual patient care plan. Caregivers have not performed their roles yet. The fund has not disbursed the budget resulting in an outstanding balance. Moreover, there is a lack of coordination and cooperation between the LTC fund subcommittee and various network partners. In this regard, fund committees still do not understand their roles and responsibilities whilst they have unclear directions for the development of the fund that are congruent with the objectives of the fund establishment. Regarding the fund management model development, the CARE TOEI model consisted of having a joint plan with clear goals and responsible leaders as well as the presence of a well-defined fund committee that employs effective monitoring and evaluation procedures. Additionally, the availability of clear and up-to-date information is evident. According to the findings, the participants had knowledge and understanding of the fund at a good level (87.50%) and overall management practice was at a high level. The format was appropriate at a high level. After using the developed LTC fund management model, the mean difference of the sample's overall fund management score ($M = 159.07$, $SD = 16.82$) increased by 27 points (95% CI = 17.33-36.66). For performance, the average score ($M = 33.87$, $SD = 4.73$) was considered the most appropriate with an increase of 7.37 points (95% CI = 4.59 - 10.15), and organizational leadership had an average score ($M = 41.9$, $SD = 5.56$) with an increase of 6.55 points (95% CI = 3.70 - 9.39).

The findings of this study are beneficial to the fund committee members who can apply this fund management model so that elderly with dependents can receive comprehensive and quality health care, ensuring fairness.

Keywords: Management model development; Long-term care fund for the dependent elderly; Elderly

* Corresponding author, Lecturer, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University; e-mail: arun.b@ubu.ac.th

** Assistant Professor, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

Received 21 April 2023; Revised 21 August 2023; Accepted 7 September 2023



บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้รัฐบาลเพิ่มงบประมาณสนับสนุนผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการกองทุน พัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนและประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน กระบวนการวิจัยประกอบด้วยสามขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุน 2) การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุน และ 3) การประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลัก 40 คน ที่เป็นกรรมการกองทุนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจง เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุน และแบบสอบถามการบริหารจัดการกองทุน 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาว (LTC) กองทุนยังไม่มี การอนุมัติแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคล นักบริบาลยังไม่ได้ทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง กองทุนยังไม่มี การเบิกจ่ายกองทุนทำให้มีเงินคงค้างเท่าเดิมโดยไม่มีการเบิกจ่าย ขาดการประสานงานความร่วมมือระหว่าง คณะอนุกรรมการกองทุน LTC กับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ คณะกรรมการกองทุนยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ตนเอง และขาดทิศทางการพัฒนากองทุนที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตั้งกองทุน สำหรับรูปแบบการบริหาร จัดการกองทุนที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า CARE TOEI Model ประกอบด้วย การมีแผนงานร่วมกัน มีเป้าหมายที่ชัดเจน ผู้นำมีความรับผิดชอบ มีคณะกรรมการกองทุนที่ชัดเจน มีการติดตามและประเมินผล มีข้อมูลชัดเจน ทันสมัย ซึ่ง เมื่อนำไปทดลองใช้แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับกองทุนฯ อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 87.50) และ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารจัดการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก รูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ภายหลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ภาพรวมการบริหารจัดการกองทุน ($M = 159.07$, $SD = 16.82$) ซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้น 27.00 คะแนน (95% CI = 17.33-36.66) ด้านผลการดำเนินงาน มีคะแนนเฉลี่ย ($M = 33.87$, $SD = 4.73$) ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด มีคะแนนเพิ่มขึ้น 7.37 คะแนน (95 % CI = 4.59 -10.15) และ ด้านภาวะผู้นำองค์กร มีคะแนนเฉลี่ย ($M = 41.9$, $SD = 5.56$) มีคะแนนเพิ่มขึ้น 6.55 คะแนน (95% CI = 3.70 - 9.39) ตามลำดับ

ผลการวิจัยนี้เป็นประโยชน์กับคณะกรรมการกองทุน ที่สามารถนำรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนที่ พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ดำเนินการในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่าง ทัวถึงและเป็นธรรม

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบบริหารจัดการ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุ

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
e-mail: arun.b@ubu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี ค.ศ. 2021 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66.7 ล้านคน และมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2021) ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” (aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากการที่ประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2565 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือ ร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมด 66.8 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด จะทำให้สังคมไทยเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super-aged society) (Institute for Population and Social Research Mahidol University, 2023)

ปัจจุบัน นโยบายและมาตรการต่าง ๆ มุ่งไปสู่ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ” (healthy ageing) และ “การสูงวัยอย่างมีพลัง” (active ageing) ในระยะยาว (Institute for Population and Social Research Mahidol University, 2023) แต่ระบบบริการสาธารณสุขที่ผ่านมามีอยู่ในภาวะตั้งรับ ให้บริการแก่กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และในรูปการสงเคราะห์ที่ไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2565 ดังนั้นระบบบริการสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care; LTC) ขึ้นมารองรับ เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวเป็นการบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นได้ ระบบการดูแลระยะยาวจะทำให้ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว และเพื่อช่วยให้การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ หรือ ชุมชน และยังคงให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแล และระดับการพึ่งพิง (National Health Security Office, 2016a)

ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลมีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ประมาณ 1,000 แห่งรวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (ร้อยละ 100) ครอบคลุม ทุกตำบลทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 ตามลำดับ (National Health Security Office, 2016b) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแล ทั้ง 2 ประเภท คือ 1) บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด และ 2) บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่น ๆ (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2020)



จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบการศึกษาของ ยุทธพล เดชรัตน์ชาติ และ ยิ่งศักดิ์ คชโคตร (Decharattanachart & Kochakote, 2022) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลไกการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การบริหารจัดการโดยใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการ 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน และพบการศึกษาของ เต้นนภา ทองอินทร์ และคณะ (Thong-in, et al, 2021) ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) กำหนดกิจกรรมโครงการ 4) ดำเนินงานตามโครงการ 5) ติดตาม นิเทศ สนับสนุนการปฏิบัติตามโครงการ และ 6) สรุปผลและประเมินผลข้อเสนอแนะกลับไปสู่การพัฒนา ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุนและญาติผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ กลุ่มเป้าหมายทุกคนมีความรับผิดชอบต่อบทบาทการทำงานต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายจึงทำให้เกิดความสำเร็จของงาน

สถานการณ์การใช้จ่ายเงินของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (กองทุน LTC) ของเขตสุขภาพที่ 10 พบกองทุนที่ยังไม่มีการเบิกจ่าย 13 กองทุน ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ ศรีสะเกษ มุกดาหาร และอุบลราชธานี จำนวน 4, 3, 1 และ 5 กองทุนตามลำดับ (National Health Security Office Region 10, 2021a) สำหรับสถานการณ์การเบิกจ่ายงบกองทุน LTC ของจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 คงเหลือร้อยละ 87.36 (National Health Security Office, 2021a) ในส่วนของอำเภอม่วงสามสิบ ที่ได้รับจัดสรรงบกองทุน LTC พบคงเหลือร้อยละ 84.89 ซึ่งตัวชี้วัดต้องมีเงินคงเหลือไม่เกิน ร้อยละ 30 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่ สปสช.กำหนด สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีได้รับจัดสรรงบกองทุนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่าตลอดปี พ.ศ. 2564 ยังไม่มีการเบิกจ่ายเงิน และมีเงินกองทุนคงเหลือร้อยละ 100 จากรายงานการนิเทศงานของทีมพี่เลี้ยงกองทุน LTC ของ สปสช. เขต 10 พบว่า กองทุน LTC ของ อบต.เตย เป็นหนึ่งในจำนวนกองทุนที่มีเงินคงเหลือมากที่สุด (National Health Security Office, 2021b) และจากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุของตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,314 คน คิดเป็นร้อยละ 16.27 จากประชากรทั้งหมด 8,078 คน กลุ่มผู้สูงอายุในตำบลนี้จึงเป็นกลุ่มที่เสียโอกาสจากการนำเงินกองทุน LTC ไปใช้แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว (Non Khwao Health Promoting Hospital, 2020)

การใช้จ่ายเงินของกองทุน LTC ของ อำเภอม่วงสามสิบ ภายหลังจากได้รับจัดสรรงบกองทุน LTC พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่เป็นประเด็นหลักสำคัญ ดังนี้ คือ 1) การบริหารจัดการกองทุนยังไม่มีประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพราะมีเงินคงค้างร้อยละ 100, 2) ประธานกองทุนและคณะกรรมการบริหารกองทุน LTC ยังขาดความรู้และความเข้าใจ ในการดำเนินงานกองทุน LTC และ 3) ขาดผู้รับผิดชอบงานกองทุนโดยตรงทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ได้รับมอบหมายไม่มีอำนาจตัดสินใจในกระบวนการดำเนินงานกองทุนทำให้การขับเคลื่อนงานกองทุนเป็นไปอย่างล่าช้า (National Health Security Office Region 10, 2021b)



จากปัญหาการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของ อบต.เตย ยังขาดรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนที่ชัดเจน ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุน และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยนำแนวคิดของ ลูเธอร์ กุลลิก (Gulick, 1937) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งแนวคิดของ ลูเธอร์ กุลลิก ได้เน้นการปรับปรุงการทำงานของฝ่ายจัดการในการเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความประหยัดของการปฏิบัติงาน โดยใช้เทคนิคและกระบวนการ POSDCORB ประกอบด้วย 1) Planning-การวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายไว้ล่วงหน้า 2) Organizing-การจัดองค์การ 3) Staffing-การบริหารงานบุคคล 4) Directing-การอำนวยการ 5) Coordinating-การประสานงาน 6) Reporting-การรายงานผลการปฏิบัติงาน และ 7) Budgeting-การจัดทำงบประมาณของหน่วยงาน (Gulick, 1937) ผู้วิจัยคาดว่าหากพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แนวคิดของ ลูเธอร์ กุลลิก จะทำให้ได้รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาวะในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ใช้รูปแบบแนวคิด ทฤษฎีการบริหารจัดการ โดยใช้เทคนิคและกระบวนการ POSDCORB ของ ลูเธอร์ กุลลิก (Gulick, 1937) ประกอบด้วย 1) Planning (การวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายไว้ล่วงหน้า) 2) Organizing (การจัดองค์การ) 3) Staffing (การบริหารงานบุคคล) 4) Directing (การอำนวยการ) 5) Coordinating (การประสานงาน) 6) Reporting (การรายงานผลการปฏิบัติงาน) และ 7) Budgeting (การจัดทำงบประมาณของหน่วยงาน) โดยเน้นการสร้างความร่วมมือของคณะกรรมการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กองทุน LTC) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกองทุน ในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งและขับเคลื่อนกองทุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับนักวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนเพื่อพัฒนากองทุนโดยใช้ขั้นตอนปฏิบัติการพัฒนาด้วยวงจร PAOR ได้แก่ Planning (การวางแผน) Action (การปฏิบัติ) Observation (การสังเกต) และ Reflection (การสะท้อนกลับ) (Kemmis & McTaggart, 1988) ถอดบทเรียนและจัดกิจกรรมระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน การดำเนินงานการอบรมให้ความรู้ ปรับทัศนคติและกระบวนการบริหารจัดการกองทุน และการประเมินผล สู่การสร้างความรู้ใหม่ และการสร้างรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น คณะอนุกรรมการกองทุน LTC และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งตามขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุน LTC โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 9 คน ได้แก่ นายก อบต. (ประธานกองทุน) จำนวน 1 คน, ผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น 1 คน, สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 2 คน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 1 คน, อสม. จำนวน 2 คน, ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนคัดเลือกกันเอง จำนวน 1 คน และปลัด อบต. (กรรมการและเลขานุการกองทุน) จำนวน 1 คน คณะอนุกรรมการ LTC จำนวน 11 คน ได้แก่ รองนายก อบต.จำนวน 1 คน, ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 2 คน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทน จำนวน 1 คน, ผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จำนวน 1 คน, นักบริบาล (Care Giver: CG) จำนวน 2 คน, หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน, รองปลัด อบต. (อนุกรรมการและเลขานุการ) จำนวน 1 คน และนักพัฒนาชุมชน (อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ) จำนวน 1 คน และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 20 คน ประกอบด้วย นักบริบาล (Care Giver: CG) ตัวแทน อสม. ตัวแทนผู้นำชุมชนและ ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 4 กลุ่ม ๆ ละ 5 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC โดยใช้รูปแบบการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม ใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 4 คน คณะอนุกรรมการกองทุน LTC จำนวน 4 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน อสม. จำนวน 3 คน นักบริบาล จำนวน 3 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และตัวแทนประชาชน จำนวน 2 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน ประกอบด้วย ตัวแทนภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ กลุ่มละ 1 คน ดังนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.), นักบริบาล (CG), ผู้นำชุมชน, ผู้สูงอายุ และ อสม.

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 40 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 9 คน คณะอนุกรรมการกองทุน LTC จำนวน 11 คน และ ตัวแทนผู้นำชุมชน, ตัวแทน อสม., นักบริบาล (CG), ตัวแทนผู้สูงอายุ และ ตัวแทนประชาชน กลุ่มละ 4 คน รวม 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งตามระยะการศึกษาและแนวทางการศึกษารูปแบบเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุน LTC ใช้แบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน ใช้แบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แนวคำถามเชิงโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น คณะอนุกรรมการกองทุน LTC ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบริบาล และตัวแทนผู้สูงอายุ และ 2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่ม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) นักบริบาล (CG) ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และ อสม.



ส่วนที่ 3 ระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

3.1 รูปแบบ CARE TOEI Model ที่พัฒนามาจากระยะที่ 1 ประกอบรายละเอียด ดังนี้ C = Co-planning (มีการวางแผนร่วมกัน) A = Aims (มีเป้าหมายชัดเจน) R = Responsibility Leadership (ผู้นำมีความรับผิดชอบ) E = Empowerment (มีการเสริมพลังกรรมการกองทุน/ นักบริหารหรือCG) T = Team work (มีการทำงานเป็นทีม) O = Organizing (มีคณะกรรมการกองทุนชัดเจน) E = Evaluation (มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน) และ I = Information (มีข้อมูลชัดเจนและทันสมัย)

3.2 แบบรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

3.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น คณะอนุกรรมการกองทุน LTC และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แบบสอบถาม มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ทำงานในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ประสบการณ์ฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 ข้อ คำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลความรู้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1959) คือ มีความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80-100) คะแนนระหว่าง 20-25 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) คะแนนระหว่าง 15 -19 คะแนน มีความรู้ระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 0-59) คะแนนระหว่าง 0-14 คะแนน

3.2.3 แบบสอบถามการบริหารจัดการกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 38 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำ 10 ข้อ 2) ด้านกระบวนการบริหารจัดการ 5 ข้อ 3) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 ข้อ 4) ด้านการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5 ข้อ 5) ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล 3 ข้อ 6) ด้านผลการดำเนินงาน 8 ข้อ และ 7) ด้านการประเมินผล 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน ปฏิบัติมาก 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน ปฏิบัติน้อย 2 คะแนน ปฏิบัติน้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลการปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ใช้คะแนนมาจัดกลุ่ม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ เบส (Best, 1977) ดังนี้ ปฏิบัติระดับสูง คะแนนระหว่าง 140-190 คะแนน ปฏิบัติระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 89-139 คะแนน ปฏิบัติระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 38-88 คะแนน ซึ่งเครื่องมือส่วนที่ 3 นี้ ใช้สำหรับการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) พบว่า ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1 ด้านความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่เขตตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี หาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้โดยใช้ KR-20 โดยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 ด้านการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี



Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ ใบรับรองการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามหนังสือรับรองเลขที่ UBU-REC-13/2565 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ทำการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัว จากการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสัมพันธภาพและสถานะทางสังคม ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จาก อาสาสมัครจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุน LTC

1.1 ขั้นตอนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุน LTC โดยศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 40 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น คณะอนุกรรมการ กองทุน LTC ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบริบาล และตัวแทนผู้สูงอายุ ดำเนินการโดย การจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการการวิจัย การตอบแบบสอบถาม และให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลา 30 นาที ซึ่งแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะ ตรวจสอบรายการ 2) การสำรวจความรู้และการรับรู้ เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ ชาวประชาสัมพันธ์ และการบริหาร จัดการของกองทุน สปสช. กำหนด และ 3) การรับรู้การปฏิบัติ เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน LTC ดำเนินการ ประชุม ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2565 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

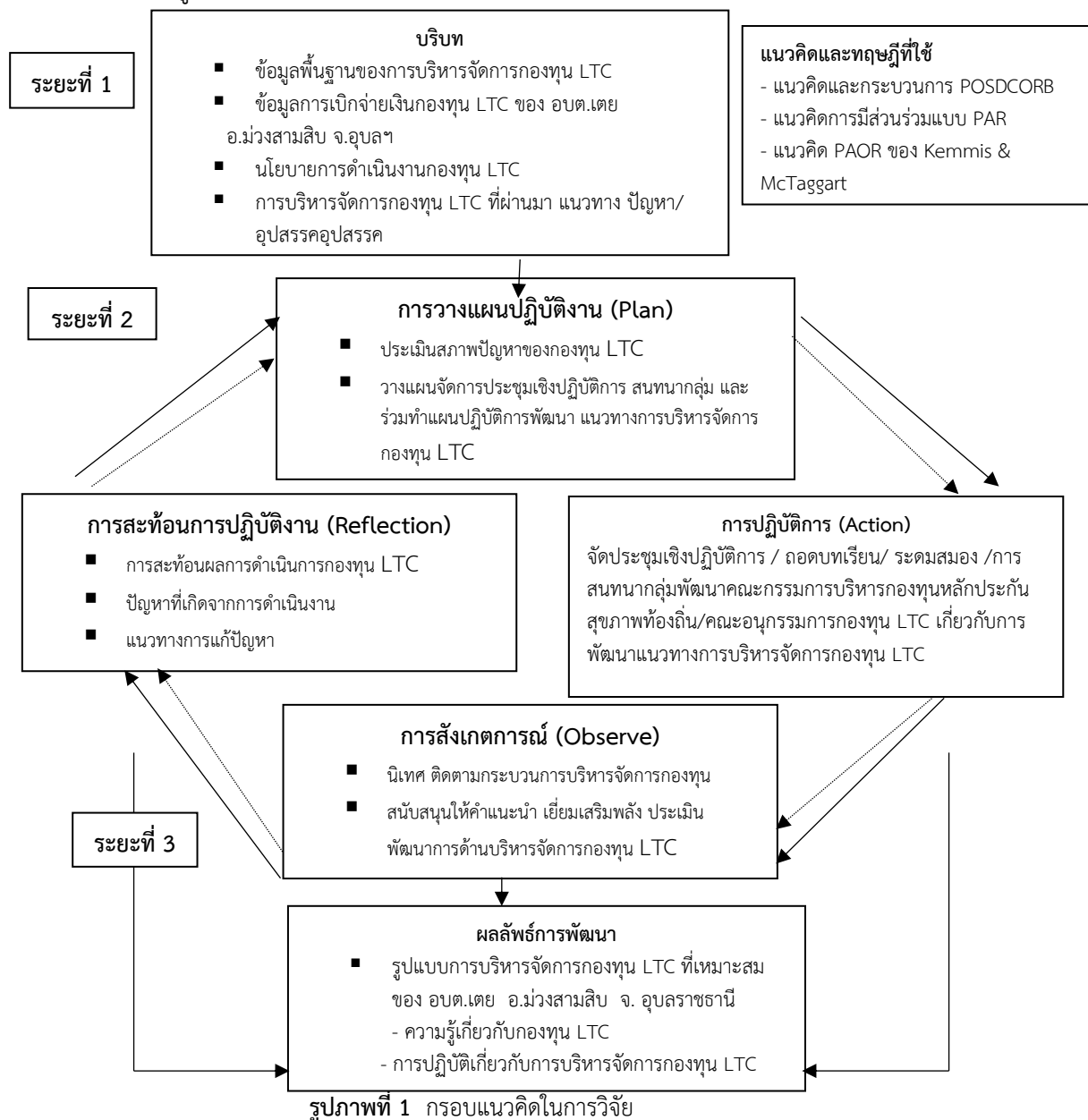
1.2 สำหรับการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนที่ดี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมโดยใช้เครื่องมือ คือ แบบ บันทึเกกเอกสาร จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัย ดำเนินการ ดังนี้ 1) การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ตัวแทน คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น คณะอนุกรรมการกองทุน LTC และ ตัวแทนผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียในชุมชน เช่น นักบริบาล หรือ CG ตัวแทน อสม. ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ และตัวแทน ประชาชน ใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมองค์การ บริหารส่วนตำบลเตย อ.ม่วงสามสิบ จ.อุบลราชธานี โดยมีประเด็นคำถามที่สำคัญในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ เชิงลึก ได้แก่ อะไรคือปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการกองทุน LTC และ รูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC ที่มีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกเอกสาร แบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้า (triangulation) เมื่อได้ข้อมูลสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุน LTC และปัญหาอุปสรรคหลักใน การดำเนินงานกองทุน LTC แล้วเตรียมสำหรับเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC ในขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC ขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย เป็นขั้นตอนปฏิบัติการ พัฒนาด้วยวงจร PAOR ได้แก่ 1) Planning (การวางแผน) เช่น ประเมินสภาพปัญหาของกองทุน LTC วางแผน



จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ สนทนากลุ่ม และร่วมทำแผนปฏิบัติการพัฒนา แนวทางการบริหารจัดการกองทุน LTC 2) Action (การปฏิบัติ) เช่น จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ/ ถอดบทเรียน/ ระดมสมอง/ การสนทนากลุ่มพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น/คณะอนุกรรมการกองทุน LTC เกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการกองทุน LTC 3) Observation (การสังเกต) เช่น นิเทศ ติดตามกระบวนการบริหารจัดการกองทุน สนับสนุนให้คำแนะนำ เยี่ยมเสริมพลัง ประเมินพัฒนาการด้านบริหารจัดการกองทุน LTC และ 4) Reflection (การสะท้อนกลับ) เช่น การสะท้อนผลการดำเนินการกองทุน LTC ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงาน แนวทางการแก้ปัญหา ถอดบทเรียนและจัดกิจกรรมระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน 2 รอบ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม มาร่างรูปแบบ เสนอร่างรูปแบบต่อคณะกรรมการบริหารกองทุน LTC โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) (Ramsutra, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ผู้วิจัยจึงได้กรอบแนวคิดการวิจัย ดังรูปภาพที่ 1





ขั้นตอนที่ 3 การประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC

ขั้นตอนการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ ด้านความเหมาะสม (propriety standard) ด้านความถูกต้องครอบคลุม (accuracy) ด้านความเป็นไปได้ (feasibility) และด้านการใช้ประโยชน์ (utility) ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการบริหารจัดการกองทุน LTC ในกลุ่มคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น คณะอนุกรรมการกองทุน LTC ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนอสม. นักบริบาล (CG) ตัวแทนผู้สูงอายุ และ ตัวแทนประชาชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ รายได้ และแจกแจงความถี่ของข้อมูลเป็นจำนวนและร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลที่เป็นตัวแปรแจกแจงนับของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และ ระดับการศึกษา และสำหรับในการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน LTC โดยใช้สถิติ paired t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา การทำดัชนีข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูล การจัดระเบียบเนื้อหาและประเภทของข้อมูล การวิเคราะห์สรุปประเด็นและพิสูจน์บทสรุปหลังการจัดการความรู้ จากนั้นใช้การตีความแบบอุปนัย (inductive analysis) โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือจากการทวนสอบข้อมูลกับชุมชนนักปฏิบัติรายกลุ่มอีกครั้ง โดยผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดยใช้วิธีการ ตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกันเพื่อรวบรวม ข้อมูลเรื่องเดียวกัน (Chantawanich, 2009)

ผลการวิจัย

การศึกษาเพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 50.03 ปี (SD = 7.41 ปี) มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 52.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.50 มีมีฐานของรายได้ของครอบครัวเท่ากับ 5,500 บาท (รายได้ต่ำสุด 900 บาท รายได้มากที่สุด 32,000 บาท) มีประสบการณ์ทำงานในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉลี่ย 2.55 ปี (SD = 1.48 ปี) และเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับกองทุนฯ ร้อยละ 57.50 ตามลำดับ ผลการศึกษาสามารถแบ่งออกตามระยะการดำเนินการ ดังนี้

1. ระยะการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการของกองทุนเพื่อการดูแลระยะยาว (Long Term Care; LTC) เพื่อนำสู่การพัฒนาารูปแบบฯ ได้ข้อมูลสถานการณ์ของพื้นที่ ดังนี้

สถานการณ์การบริหารจัดการกองทุน LTC จำนวนผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก 6 คน และการสนทนากลุ่ม 20 คน ข้อมูลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองทุน LTC อบต.เตย พบว่าปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานกองทุน LTC (ตารางที่ 1) ได้แก่ กองทุนยังไม่มีกรอบอนุมัติแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Care plan) นักบริบาล (CG) ยังไม่ได้ทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของนักบริบาล แต่ทำหน้าที่ อสม. กองทุนยังไม่มีงบเบิกจ่ายกองทุน LTC ทำให้เงินค้างร้อยละ 100 ขาดการประสานงานความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการบริหารกองทุน LTC และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น นักบริบาล คณะกรรมการกองทุนยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ตนเอง และขาดทิศทางการพัฒนากองทุนที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตั้งกองทุน



The Development of a Long Term Care Fund Management Model in Public Health
for Elderly Dependents in Toei Subdistrict Administrative Organization,
Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province

การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

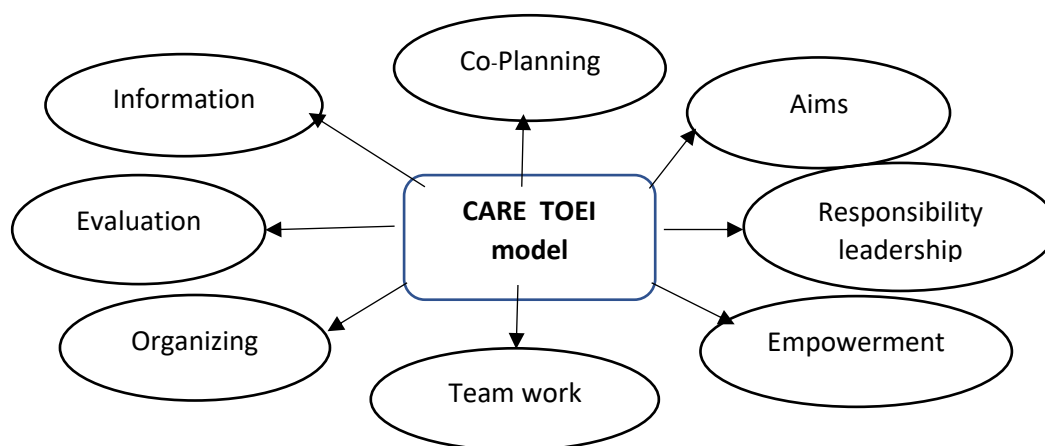
ตารางที่ 1 ตัวอย่างการเข้ารหัสสำหรับ หมวดหมู่ย่อย หมวดหมู่ และสาระสำคัญ

หัวข้อ	หมวดหมู่ย่อย	หมวดหมู่	สาระสำคัญ
อะไรคือปัญหาอุปสรรค ในการบริหารจัดการ กองทุน LTC	ประธานกองทุนขาดวิสัยทัศน์ และภาวะผู้นำในการบริหาร จัดการกองทุน LTC คณะกรรมการขาดความรู้และ ทักษะในการบริหารกองทุน กองทุนขาดการมีส่วนร่วมใน การวางแผน การตั้งเป้าหมาย ขาดการชี้แจงการใช้จ่ายงบกองทุน อย่างโปร่งใสของผู้รับผิดชอบ	ความเป็นผู้นำ ขาดความรู้และทักษะ การมีส่วนร่วมในการวางแผน- การดำเนินงานและตรวจสอบ ขาดความรับผิดชอบ ขาดการประชาสัมพันธ์	ปัญหาอุปสรรค และรูปแบบการ บริหารจัดการ- กองทุน LTC
รูปแบบการบริหาร จัดการกองทุนที่มี ประสิทธิภาพควร เป็นอย่างไร	ผู้นำมีความรับผิดชอบ เสริมพลังกรรมการกองทุน/ นักบริหารการตั้งเป้าหมาย การตั้งเป้าหมาย การทำงานเป็นทีม มีคณะกรรมการกองทุน และผู้รับผิดชอบชัดเจน มีการติดตามประเมินผล การดำเนินงานมีข้อมูลชัดเจน และทันสมัย	ภาวะผู้นำ เสริมพลังอำนาจ เป้าหมาย ทำงานเป็นทีม มีคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบ- กองทุนชัดเจน การประเมินผล มีข้อมูลที่ทันสมัย	

2. ระยะการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)

จากข้อมูลสถานการณ์ข้างต้นนำสู่กระบวนการนำเสนอข้อมูลกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อพัฒนา
รูปแบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้สามารถพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแล
ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่ารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC ที่เหมาะสม มี 8 องค์ประกอบ
ตามรูปแบบ CARE TOEI Model (คนเคยไม่เคยทอดทิ้งกัน) (รูปภาพที่ 2)



รูปภาพที่ 2 รูปแบบ CARE TOEI Model (คนเคยไม่เคยทอดทิ้งกัน)



จากกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC โดยใช้การระดมสมอง (Brainstorming) การประชุมกลุ่มย่อย (Focus group discussion) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองทุน (Stake holder) โดยผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนที่ได้คือ CARE TOEI Model (คนเตยไม่เคยทอดทิ้งกัน) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้ 1) C = Co-planning (มีการวางแผนร่วมกัน) คณะกรรมการบริหารกองทุนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เริ่มจากการร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ 2) A = Aims (มีเป้าหมายชัดเจน) คณะกรรมการบริหารกองทุนต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่ากลุ่มเป้าหมายที่จะช่วยเหลือมีใครบ้างจะช่วยเหลือเขาอย่างไรและแต่ละคนจะต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากน้อยเพียงใด 3) R = Responsibility Leadership (ผู้นำมีความรับผิดชอบ) ผู้นำโดยเฉพาะประธานกองทุนต้องมีวิสัยทัศน์ ใสใจ เกะกะติด และ มองการไกล ที่จะพัฒนากองทุนมีจิตอาสาที่จะช่วยประชาชนอย่างแท้จริง 4) E = Empowerment (เสริมพลังกรรมการกองทุน/ นักบริบาลหรือ Care Giver: CG) มีกระบวนการในการเพิ่มศักยภาพให้กับคณะกรรมการกองทุน เช่น ความรู้และทักษะในการบริหารกองทุน รวมทั้งนักบริบาลหรือ CG ในดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 5) T = Team work (ทำงานเป็นทีม) มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างคณะกรรมการกองทุน นักบริบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ CM (Care Manager) และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. และตัวแทนผู้สูงอายุและประชาชน 6) O = Organizing (มีคณะกรรมการกองทุนชัดเจน) คณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วนตามประกาศ และระเบียบของ สปสช. ตามสัดส่วนที่กำหนด และมีความเข้าใจมีบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุนอย่างดี 7) E = Evaluation (มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน) กองทุนต้องมีบทบาทในการติดตามการดำเนินงานกองทุน LTC อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในระหว่างดำเนินการและดำเนินการเสร็จแล้ว 8) I = Information (มีข้อมูลชัดเจน ทันสมัย) กองทุนต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนทันเวลาเกี่ยวกับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง รวมทั้งงบประมาณที่ได้รับเพื่อจะได้สนับสนุนผู้ป่วยได้ทันเวลา รวมทั้งต้องคืนข้อมูลให้ชุมชนด้วยว่ากองทุนได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอะไรไปบ้างแล้ว เหลืองบประมาณเท่าไรและผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอย่างไร อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

เมื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC เสร็จแล้วได้มีการดำเนินการผ่านกระบวนการแสดงความคิดเห็นจากคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และคณะอนุกรรมการกองทุน LTC โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกองทุน LTC จากนั้น ได้มีการวางแผนนำสู่การทดลองใช้ในพื้นที่ปฏิบัติการ โดยมีการดำเนินการดังนี้

2.1.1 การประเมินความรู้เกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ภาวะพึ่งพิง (LTC) ก่อนการใช้รูปแบบฯ ผลการประเมินพบว่า

คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ภาวะพึ่งพิง (LTC) ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC อบต.เตย อ.ม่วงสามสิบ จ.อุบลราชธานี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 87.5 ซึ่งคณะกรรมการบริหารกองทุน LTC มีความรู้เกี่ยวกับกองทุนโดยตอบถูกมากที่สุด คือ กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ คนไทย ทุกคน ทุกสิทธิที่ติดบ้านติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ คณะอนุกรรมการกองทุน LTC มีหน้าที่หลักคือการติดตามประเมินผลการ จัดบริการตามแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลของหน่วยบริการ/ สถานบริการ คิดเป็นร้อยละ 95 และ ชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 95 สำหรับความรู้เกี่ยวกับกองทุนโดยตอบถูกน้อยที่สุด คือ การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเพียงอย่างเดียวไปจนกว่าจะเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมา คือ กองทุน LTC มีกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นผู้สนับสนุนคิดเป็นร้อยละ 32.5 และ ความหมายของผู้สูงอายุ



ตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2543 มาตรา 3 คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทยคิดเป็นร้อยละ 32.5

2.1.2 การประเมินระดับความรู้ของคณะกรรมการบริหารก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ระดับความรู้เฉลี่ยของคณะกรรมการบริหารกองทุน LTC หลังการพัฒนาของ อบต.เตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 87.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n = 40)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	5	12.5	35	87.5
ปานกลาง	35	87.5	5	12.5

2.2 ในระยะการนำรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC ไปใช้ในพื้นที่ตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีกระบวนการนำรูปแบบไปทดลองใช้ดังนี้ คือ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และ คณะอนุกรรมการกองทุน LTC ขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย โดยการนำรูปแบบการจัดการกองทุนไปใช้ในการบริหารงบประมาณกองทุน LTC โดยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จนสามารถทำให้มีการเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของกองทุน ผลการใช้รูปแบบได้ผล ดังนี้

ผลการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ความถูกต้อง ความเป็นไปได้ และการมีประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ดังนี้

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำองค์กร ด้านกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ด้านผลดำเนินงาน ด้านการประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุน ภาวะผู้นำองค์กร กระบวนการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมของผู้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล ผลดำเนินงานและการประเมินผลสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา 3.47 คะแนน (95% CI = 2.81-4.13) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพรวมการบริหารจัดการกองทุนเพิ่มขึ้น 27.00 คะแนน (95% CI = 17.33-36.66) สำหรับรายด้านมีดังนี้ ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านมากที่สุด คือ ด้านผลดำเนินงานเพิ่มขึ้น 7.37 คะแนน (95% CI = 4.59-10.15) รองลงมา คือ ด้านภาวะผู้นำองค์กรเพิ่มขึ้น 6.55 คะแนน (95% CI = 3.70-9.39) (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และการบริหารจัดการกองทุน LTC ก่อนและหลัง
การพัฒนา (n = 40)

ความรู้และการบริหาร จัดการเกี่ยวกับ	ก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา		$\bar{d}$	95%CI	t	P-value
	M(SD)	M(SD)				
กองทุน LTC						
ความรู้เกี่ยวกับกองทุน LTC	13.90(1.59)	17.37(1.67)	3.47	2.81-4.13	10.59	<0.001
การบริหารจัดการกองทุน LTC	132.07(29.45)	159.07(16.82)	27.00	17.33-36.66	5.64	<0.001
- ด้านภาวะผู้นำองค์กร	35.42(7.98)	41.97(5.56)	6.55	3.70-9.39	4.65	<0.001
- ด้านกระบวนการบริหารจัดการ	18.50(4.73)	21.60(2.94)	3.10	1.49-4.70	3.90	<0.001
- ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับ บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	11.32(3.22)	12.62(2.23)	1.30	0.23-2.36	2.46	0.018
-ด้านการวิเคราะห์และการจัดการ	17.27(4.22)	20.85(3.35)	3.57	1.83-5.31	4.15	<0.001
ความรู้						
-ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล	9.77(2.75)	12.70(2.16)	2.92	1.65-4.19	4.64	<0.001
- ด้านผลดำเนินงาน	26.50(7.84)	33.87(4.73)	7.37	4.59-10.15	5.36	<0.001
- ด้านการประเมินผล	13.27(3.73)	15.45(3.21)	2.17	0.75-3.59	3.10	0.004

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการของกองทุนเพื่อการดูแลระยะยาว

จากการศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการกองทุน LTC ขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กองทุนยังไม่มีกรอบอนุมัติแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคล นักบริบาลยังไม่ได้ทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของนักบริบาลแค่ทำหน้าที่ อสม. กองทุนยังไม่มีงบเบิกจ่ายกองทุนทำให้มีเงินคงค้างร้อยละ 100 ขาดการประสานงานความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการบริหารกองทุน LTC และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น นักบริบาล คณะกรรมการกองทุนยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ตนเอง และขาดทิศทางการพัฒนากองทุนที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตั้งกองทุน อาจเนื่องมาจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล โดยเฉพาะคณะกรรมการกองทุน LTC ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน ขาดการกระตุ้น ติดตามและประเมินผลจากหน่วยงานระดับสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง ผู้รับขอบางกองทุนขององค์การบริหารส่วนตำบลขาดความมั่นใจและไม่เข้าใจระเบียบการเบิกจ่ายเงินกองทุนและกลัวการตรวจสอบจากหน่วยงานตรวจสอบ เช่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์ (Rattanaphan, 2021) ที่ทำการศึกษารื่อง การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนาไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน หลังพัฒนาระบบได้ กระบวนการจัดบริการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน 2) การทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน 3) การคัดกรองขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ 4) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 6) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือ ญาติและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด



2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากผลการศึกษาของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อบต.เตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา คือ รูปแบบ CARE TOEI Model (คนเตยไม่เคยทอดทิ้งกัน) ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการบริหารกองทุนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการวางแผนการทำงานร่วมกัน 2) มีเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน 3) ผู้นำหรือประธานกองทุนมีความรับผิดชอบ 4) มีการเสริมพลังกรรมการกองทุนและนักบริบาล (CG) 5) มีการทำงานเป็นทีม 6) มีคณะกรรมการบริหารกองทุนที่ชัดเจน 7) มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกองทุน และ 8) กองทุนต้องมีข้อมูลชัดเจน และทันสมัย การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC ทำตามทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ โดยทำตามเทคนิคและกระบวนการ POSDCORB ของ ลูเธอร์ กุลลิก (Gulick, 1937) ซึ่งประกอบด้วย 1) Planning (การวางแผนงาน) 2) Organizing (การจัดองค์การ) 3) Staffing (การบริหารงานบุคคล) 4) Directing (การอำนวยการ) 5) Coordinating (การประสานงาน) 6) Reporting (การรายงานผลการปฏิบัติงาน) และ 7) Budgeting (การจัดทำงบประมาณของหน่วยงาน)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องการศึกษาของ นพณพิชญ์ ศรีรัตนประชากุล และคณะ (Srirattanaprachakul et al., 2020) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม และพบว่า การพัฒนาระบบการที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) กำหนดโครงการ 2 โครงการ คือ โครงการพัฒนาศักยภาพกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล กิจกรรมที่ 3 การติดตาม ประเมินผลและการรายงานผลการดำเนินงาน 4) ดำเนินงานตามโครงการที่ได้วางแผนไว้ 5) ติดตาม นิเทศ สนับสนุนการปฏิบัติตามโครงการ และ 6) สรุปผลและประเมินผล ข้อเสนอแนะกลับไปสู่การพัฒนา ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุน และญาติผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ พร้อมทั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้รับการพัฒนาที่ดีขึ้น และผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราภรณ์ อุ่นเสียม (Unsiem, 2016) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11 และพบว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูลและ สถานการณ์ 2) การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ 3) การวางแผนการดำเนินงาน 4) การปฏิบัติการ และ 5) การติดตามและประเมินผล มีผลทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ปัญหา ระบบ การดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับ รวมทั้งท้องถิ่น และชุมชน รู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้รับรู้ถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่ สามารถนำมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว ในการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นำไปสู่การจัดทำแผนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

3. การประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC

ผลการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมมากที่สุด ซึ่งหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 3.47 คะแนน (95% CI = 2.81-4.13) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพรวมการ



บริหารจัดการกองทุนเพิ่มขึ้น 27.00 คะแนน (95% CI = 17.33-36.66) ซึ่งด้านที่มีความเหมาะสมมากที่สุด คือ ด้านผลดำเนินงาน (M = 33.87, SD = 4.73, 95 % CI = 4.59-10.15) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองและส่งต่อ เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นและทันเวลา เช่น ผู้สูงอายุที่ติดเตียง และชุมชนมีกลุ่มและชมรมจิตอาสาประเภทต่าง ๆ ที่ร่วมกันทำกิจกรรมโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) เช่น อสม. จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ฯลฯ อย่างน้อย 1 กลุ่ม และด้านที่มีความเหมาะสมน้อยที่สุด คือการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (M = 12.62, SD = 2.23 , 95% CI = 0.23-2.36) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนยังขาดการกระตุ้นจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำท้องถิ่นในชุมชน โดยเฉพาะคณะกรรมการกองทุน LTC ในการบูรณาการการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผนการดำเนินงานและประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เถ่นนภา ทองอินทร์ และคณะ (Thong-in et al., 2021) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบการที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) กำหนดโครงการ 1 โครงการ คือ โครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศคณะกรรมการ สปสช. เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู 4) ดำเนินงานตามโครงการ 5) ติดตาม นิเทศ สนับสนุนการปฏิบัติตามโครงการ 6) สรุปผลและประเมินผล ข้อเสนอแนะกลับไปสู่การพัฒนา ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุนและญาติผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ กลุ่มเป้าหมายทุกคนมีความรับผิดชอบต่อบทบาท การทำงานต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมาย จึงทำให้เกิดความสำเร็จของงานวิจัยในครั้งนี้

สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุน LTC จากการถอดบทเรียนโดยการประชุมระดมสมองของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ และภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้ 1) ผู้นำหรือประธานกองทุนฯ มีวิสัยทัศน์ มีความรับผิดชอบ เข้าใจบทบาทหน้าที่ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุน 2) ภาคีช่วยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา 4) มีการติดตาม ประเมินผล เยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่องจากคณะกรรมการบริหารกองทุน และ 5) นักบริหาร และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ มีความกระตือรือร้นที่จะอยากให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา ศรีภูวงษ์ และคณะ (Sriphuwong et al., 2020) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ส่งผลต่อกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ 1) ความร่วมมือของภาคีบริการสุขภาพภาคีบริการชุมชน และภาคีบริการสังคม 2) มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการประสานกันในกลุ่มแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้ง 3) มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานสม่ำเสมอ และทุกส่วนเข้ามามีส่วนในการเสนอและพัฒนารูปแบบที่มีความต่อเนื่องและมีการปรับปรุงแก้ไขด้วยแนวคิดข้อเสนอจากทุกกลุ่ม และ 4) การมีต้นทุนทางสังคมให้การสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้องและชุมชนร่วมรับประโยชน์



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลเตย และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนน-
ขาว และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำคำแดง ควรเป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ
ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริหารจัดการกองทุน การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน และการ
พัฒนาทรัพยากรบุคคล
2. คณะกรรมการบริหารกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ควรนำรูปแบบ CARE TOEI Model
(คนเคยไม่เคยทอดทิ้งกัน) ไปประยุกต์ใช้สำหรับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และ
กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)
3. คณะกรรมการบริหารกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ
สรุปผลการดำเนินงานกองทุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อที่ทีม
คณะกรรมการกองทุน LTC จะได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากคณะกรรมการกองทุนจาก
หลากหลายพื้นที่
4. ควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุน LTC เช่น องค์ความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วยแบบ
องค์รวมและการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุน LTC การเสนอ
แผนงาน/โครงการ กิจกรรมประจำปี รายงานผลการดำเนินงานแก่หน่วยตรวจสอบ เช่น สำนักงานตรวจเงิน
แผ่นดิน (สตง.) เป็นต้น
5. ควรมีแผนพัฒนาศักยภาพนักบริบาล (CG) และผู้ดูแลผู้ป่วยประจำครัวเรือนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อให้
สามารถพัฒนาเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะโรคได้ รวมทั้งมีงบประมาณสนับสนุนใน
งานการส่งเสริมนี้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาทีมที่เลี้ยงกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับ
เขตโดยใช้รูปแบบการประเมินผลเพื่อการพัฒนา (Developing Evaluation: DE)
2. ควรมีการศึกษากการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการคณะกรรมการบริหาร
กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

References

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1959). *Taxonomy of Educational objectives, Handbook cognitive*.
David Domain, Mckay Group.
- Chantawanich, S. (2009). *Data analysis in qualitative research* (9th ed.). Chulalongkorn
University. (in Thai)
- Decharattanachart, Y., & Kochakote, V. (2022). Long-term care model for the elderly with
dependency. *Dhammathas Academic Journal* 22(3), 63-80. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2021). *The situation of
the Thai elderly in 2021*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
(in Thai)



- Gulick, L. (1937). Notes on the theory of organization. Classics of organization theory. Papers on the science of administration. *Institute of Public Administration. Columbia University*, 87-95. <https://archive.org/details/paperscienceo00guli/page/12/mode/2up>
- Institute for Population and Social Research Mahidol University. (2023). *Thai health report 2023* (1st ed.). https://www.thaihealthreport.com/file_book/ThaiHealth2566_update20230518.pdf
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University, Australia.
- National Health Security Office. (2016a). *A guide to support the management of the public health long-term care service system for the dependent elderly in the National Health Security system* (1st ed.). National Health Security Office. (in Thai)
- National Health Security Office. (2016b). *A guide to support the management of the public health long-term care service system for the dependent elderly in the National Health Security system* (1st ed.). National Health Security Office.
- National Health Security Office Region 10. (2021a). *Health security fund management program at local or area level report statement from BAAC (Fund for Dependent Elderly) NHSO Region 10, Ubon Ratchathani*. https://obt.nhso.go.th/obt/ltc_statement_report?zonecode=10&budgetyear=2021
- National Health Security Office, Region 10. (2021b). *Expense reporting of long term care (LTC) funds*. https://obt.nhso.go.th/obt/ltc_statement_report (in Thai)
- National Health Security Office. (2021a). *Health security fund management program at the local or area level, Report Statement from BAAC (Fund for the Dependent Elderly), Ubon Ratchathani Province*. https://obt.nhso.go.th/obt/ltc_statement_report?zonecode=10&provincecode=3400&budgetyear=2021
- National Health Security Office. (2021b). *Health security fund management program at the local or area level, statement report from BAAC (Elderly Dependent Fund), LTC Fund Spending Report of Toei Subdistrict Administrative Organization. Muang Sam Sip District Ubon Ratchathani Province*. https://obt.nhso.go.th/obt/ltc_statement_report?zonecode=10&provincecode=3400&districtcode=3414&budgetyear=2021
- Non Khwao Health Promoting Hospital. (2020). *Summaries of the supervision of the integration work of the Muang Sam Sip District Health Service Network*. Non Khwao Health Promoting Hospital. (in Thai)
- Ramsutra, P. (1997). *Participatory action research*. Development institute ASEAN Public Health Mahidol University. (in Thai)
- Rattanaphan, R. (2021). Long term care service system development for dependent elders in community. *Region Health Promotion Center 9 Journal*, 15(37), 250-261. (in Thai)



- Sriphuwong, W., Sriphuwong, C., & Thiabrithi, S. (2020). Long term care model development for the dependency elderly in Thakhonyang Sub-district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(2), 13-28. (in Thai)
- Srirattanaprachakul, N., Promasatayaprot, V., & Chumnanborirak, P. (2020). The development of elderly care process with dependence under long term care fund of Po Phan Sub District Administrative Organization, Na Chueak District, Maha Sarakham Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(4), 169-183.
- Thong-in, D., Phromsayaprot, V., & Phrom-aruk, T. (2021). The development of long term care for the elderly dependency system of long term care fund in Hanna Ngam Subdistrict Administrative Organization Sriboonruang District, Nong Bua Lamphu Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(2), 30-41. (in Thai)
- Unsiem, J. (2016). The Model Development of Participatory Management for Long Term Care of Elderly in Regional Health 11. *Region 11 Medical Journal*, 30(4), 261-268. (in Thai)



The Effect of Symptom Management Promotion together with a Motivation Interviewing Program on Nutritional Symptom Cluster Experience, Nutritional Behavior, and Nutritional Status of Hematological Patients Receiving Chemotherapy*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์
กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการ
ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด*

พรอุษา	ภัทรดิษฐ์**	Pornusa	Pattaradit**
เบญญพร	บรรณสาร***	Benyaporn	Bannaasan***
วีรภัทร	โอวัฒนพาณิษฐ์****	Weerapat	Owattanapanich****

Abstract

Most hematological patients receiving chemotherapy experience the gastrointestinal side effects of their treatment. This quasi-experimental research aimed to study the effect of symptom management promotion together with a motivation interviewing program on nutritional symptom cluster experience, nutritional behavior, and nutritional status of hematological patients receiving chemotherapy, based on Dodd et al.'s Symptom Management theory and Miller and Rollnick's Motivation Interview theory. The sample consisted of 47 patients who were diagnosed with hematological malignancies and received chemotherapy for the first time at Thammasat University Hospital or Siriraj Hospital. They were selected by purposive sampling and divided into an experimental (n = 25) or a control group (n = 22). Data were collected between October 2020 to December 2022. The research instruments consisted of the following: 1) symptom management promotion together with a motivation interviewing program, 2) a personal data questionnaire, 3) a nutritional symptom cluster experience assessment questionnaire, 4) a nutritional behavior questionnaire, and 5) the Patient Generated-Subjective Global Assessment (PG-SGA) nutritional assessment questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, and paired t-test.

The results showed that the experimental group perceived frequency, severity, and distress from the nutritional symptom cluster experience at significantly lower levels than the control group ($p < .05$). Moreover, the experimental group had significantly better nutritional behavior and nutritional status than before participating in the program, and better than those of the control group ($p < .05$).

The results of this study include recommendations that nurses or healthcare personnel should consider, such as applying symptom management promotion together with a motivation interviewing program for hematological patients receiving chemotherapy to improve their nutrition.

Keywords: Symptom management; Motivation interviewing; Nutritional symptom cluster experience; Nutritional behavior; Nutritional status; Hematological malignancies

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

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science program in Adult and Older Adult, Faculty of Nursing, Thammasat University, email: nessiepp152@gmail.com

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

**** Associate Professor, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital Mahidol University

Received 17 May 2023; Revised 10 July 2023; Accepted 19 July 2023



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์ กลุ่มอาการด้านโภชนาการ
พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่เกิดผลข้างเคียงของระบบทางเดินอาหารจากการรักษา การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ ดอตต์ และคณะ ร่วมกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลล์เลอ และ โรลล์นิก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาและที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก มารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หรือโรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 47 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ และ 5) แบบประเมินภาวะโภชนาการ PG-SGA วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square test สถิติ Fisher's exact test สถิติ independent t-test และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ และคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการดีกว่าทั้งก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพควรพิจารณานำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการอาการ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการ มะเร็งระบบโลหิตวิทยา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ email: nessiepp152@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**** รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 17 พฤษภาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 10 กรกฎาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 19 กรกฎาคม 2566



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้นสูงและหลายชนิดร่วมกัน ให้ผลการตอบสนองต่อโรคได้ดีและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตมากขึ้น แต่ผลข้างเคียงยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาทำให้เกิดอาการในระบบทางเดินอาหารตามมาด้วยเช่นกัน มากไปกว่านั้นผู้ป่วยอาจจะต้องเผชิญกับอาการในระบบทางเดินอาหารที่เกิดขึ้นพร้อมกันมากถึง 4-5 อาการ (Cherwin, 2015) ซึ่งจะมี ความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ที่มีอาการเกิดขึ้นเพียงอาการเดียว และอาการที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันตั้งแต่ 2-3 อาการขึ้นไป และมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเรียกว่ากลุ่มอาการ และเมื่ออาการใดอาการหนึ่งมีความรุนแรงมากขึ้น จะส่งผลให้อาการที่มีความสัมพันธ์กันมีความรุนแรงมากขึ้นตามมาได้ (Dodd et al., 2001) ทั้งนี้กลุ่มอาการหนึ่งในระบบทางเดินอาหารที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ กลุ่มอาการด้านโภชนาการ (Nutrition cluster) ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด และหายใจสั้น (Cherwin, 2015) และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาจะเกิดอาการที่พบบ่อยโดยเฉพาะ อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 93 อาเจียน ร้อยละ 87 และเบื่ออาหาร ร้อยละ 70 (Allart-Vorelli et al., 2015; Batra et al., 2020) ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร และเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้ (Stauder et al., 2020)

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในกลุ่มอาการด้านโภชนาการจะเกิดการรับรู้อาการ ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และอาจเกิดการตอบสนองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่กล้ารับประทานอาหาร กลัวรับประทานอาหารและจะอาเจียนออกมา เป็นต้น (Cherwin & Perkhounkova, 2017) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยามีการรับประทานอาหารลดน้อยลง รวมถึงยังมีพฤติกรรมการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่เหมาะสม (Tesamut et al., 2017) ทั้งนี้พฤติกรรมด้านโภชนาการไม่ได้ส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอกับความ ต้องการ โดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยามีน้ำหนักตัวลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 39-46 (Stauder et al., 2020) เป็นผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ เซลล์หรือเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายกลับมาเป็นปกติได้ช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย ผู้ป่วยไม่สามารถทนกับผลข้างเคียงของการรักษาได้ ทำให้ต้องปรับลดขนาดยาเคมีบำบัดหรือเลื่อนระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัดออกไป (Zhang et al., 2022) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการที่ดี (Calleja Fernandez et al., 2015) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถจัดการกับอาการและปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาประยุกต์ใช้ในการจัดการกลุ่มอาการด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง จากการศึกษารายงานของ วรณรัตน์ จงเขตกิจ และคณะ (Jongkhetkit et al., 2019) ซึ่งประเมินประสบการณ์อาการ ให้ความรู้ ฝึกทักษะการจัดการกับอาการ โดยการออกกำลังกาย ติดตามและกระตุ้นการจัดการอาการทางโทรศัพท์ ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการกลุ่มอาการพบว่า ผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและเหนื่อยล้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่จากการศึกษาของ เนตรชนก พิมพ์ปิง และคณะ (Pimburng et al., 2015) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ ท้องเสีย และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยประเมินความรุนแรงและการตอบสนองต่ออาการ ให้ความรู้และส่งเสริมทักษะในการจัดการอาการที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ พบว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสียลดลง แต่ยังไม่สามารถบรรเทาความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยหรืออาจกล่าวได้ว่าไม่แตกต่างกันในทางคลินิก (Pimburng et al., 2015) หากจัดการอาการได้เพียงอาการใด



อาการหนึ่ง ผู้ป่วยอาจจะมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการอื่นที่ยังเกิดขึ้นอยู่และอาจส่งผลให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้นได้ (Dodd et al., 2001)

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ของ มิลเลอร์ และ ร็อลนิก (Miller & Rollnick, 1991) มาส่งเสริมการจัดการอาการและการรับประทานอาหารให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาที่มีเทคนิควิธีในการจัดการกับความนึกคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากการศึกษาผู้ที่นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีน้ำหนักตัวเกิน โดยให้คำปรึกษาเพื่อปรับปรุงการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ผักที่กินและการทำอาหาร และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมทางไกลผ่านทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้ป่วยมีแรงจูงใจโดยตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 และสามารถลดน้ำหนักตัวได้มากกว่ากลุ่มทดลอง (Braun et al., 2018) นอกจากนี้มีผู้นำมาบรรเทาอาการในมะเร็งด้วยเช่นกัน โดย รีม และคณะ (Ream et al., 2015) ศึกษาการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด โดยประเมินประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย วิธีการลดความเหนื่อยล้า เสริมแรงจูงใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับความเหนื่อยล้าทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเหนื่อยล้า สามารถลดการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าได้มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ยังไม่พบการนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมาส่งเสริมการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารรวมถึงการส่งเสริมด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์ และ ร็อลนิก (Miller & Rollnick, 1991) มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการจัดการอาการด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมโภชนาการที่ดี และมีภาวะโภชนาการที่ดีมาตามได้ (Chaikham et al., 2018)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจดีกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักจะมีกลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยนำแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มากระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้อาการของตนเอง นำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการอาการ ร่วมกับการใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์ และ ร็อลนิก (Miller & Rollnick, 1991)



มาเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาในแต่ละขั้นตอนเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดและพูดข้อความที่บ่งบอกถึงความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองซ้ำ ๆ และเกิดความต้องการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสม โดยประกอบด้วย 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับกลุ่มอาการด้านโภชนาการตามมุมมองการรับรู้ของผู้ป่วยและประเมินความต้องการในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ รวมถึงผลกระทบจากกลุ่มอาการด้านโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการอาการและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ นำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการและการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสม 2) การส่งเสริมศักยภาพการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการและการส่งเสริมด้านโภชนาการ พร้อมกับฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับอาการและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ร่วมกับการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ พร้อมกับให้คำปรึกษาในสิ่งที่กังวล โดยการให้ข้อมูลและข้อเสนอแบบมีทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป้าหมาย และสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง 3) ติดตามการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยโทรศัพท์สอบถามอาการและสร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง และ 4) ประเมินผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยคาดหวังว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจจะสามารถบรรเทาอาการด้านโภชนาการ ทำให้มีพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ดีขึ้น และส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามมาได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หรือโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป $G * Power$ โดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบที่ระดับ .8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่ากำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย และคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลจากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา รายใหม่ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ในปี พ.ศ. 2561 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลศิริราช 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 ราย และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 6 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 3 ราย โดยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมก่อนจนครบตามจำนวนแล้วจึงดำเนินการกลุ่มทดลองในลำดับต่อไป โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของอายุและสูตรยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป ยังไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน และได้รับ 3+7 regimen, TPOG regimen, GMALL regimen, Hyper CVAD regimen, CODOX-M/IVAC, SMILE หรือ high dose MTX และ cytarabine เป็นครั้งแรก มีสติสัมปชัญญะดี ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์



เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่กลับเป็นซ้ำและกลับมาให้ยาเคมีบำบัดใหม่เป็นครั้งแรก 2) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา หรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด หรือ 3) มีโรคร่วมในระบบทางเดินอาหาร

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา 1) ขอลถอนตัวหรือไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม 2) ระยะเวลาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 สัปดาห์ 4) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นแผนการจัดการกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลล์เลอ และ โรลลนิก (Miller & Rollnick, 1991) ประกอบด้วย 1) การประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ 2) การส่งเสริมศักยภาพการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ 3) การติดตามการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ และ 4) การประเมินผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยกิจกรรมทั้งหมดใช้เวลา 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดในหัวข้อการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 คู่มือ “การส่งเสริมด้านโภชนาการและการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาที่สำคัญประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยา การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด แนวทางการจัดการกลุ่มอาการและแนวทางการส่งเสริมด้านโภชนาการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค สูตรยาเคมีบำบัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยาที่ได้รับเพื่อป้องกันอาการในระบบทางเดินอาหาร

2.3 แบบประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน โดยประยุกต์จากแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยของ พอร์ทินอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ และคณะ (Suwisith et al., 2008) โดยตอบแบบประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วย และถ้ามีอาการเกิดขึ้นให้ประเมินระดับความถี่ 1 (น้อยมาก) 2 (บางครั้ง) 3 (บ่อยครั้ง) 4 (ตลอดเวลา) ระดับความรุนแรง 1 (น้อยมาก) 2 (ปานกลาง) 3 (มาก) 4 (มากที่สุด) และระดับความทุกข์ทรมาน 0 (ไม่มีเลย) 1 (เล็กน้อย) 2 (พอสมควร) 3 (ค่อนข้างมาก) 4 (มาก)

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร 10 ข้อ พฤติกรรมการบรรเทาอาการเบื่ออาหาร 5 ข้อ พฤติกรรมการบรรเทาอาการคลื่นไส้ 8 ข้อ และพฤติกรรมการบรรเทาอาการอาเจียน 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) 2 (ปฏิบัติบางครั้ง) 3 (ปฏิบัติบ่อยครั้ง) 4 (ปฏิบัติประจำ) โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 28-112 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการที่ดี

2.5 แบบประเมินภาวะโภชนาการ PG-SGA ของ โอทเทอรี (Ottery, 1996) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิธิรัช นิธิชัย (Nitichai, 2017) ประกอบด้วย 2 ส่วนและมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ส่วนที่ 1 ผู้ป่วยประเมินเอง ได้แก่ น้ำหนักตัว (0-1) การรับประทานอาหาร (0-5) อาการ (0-23) และการทำงานของร่างกาย (0-3) ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยประเมิน ได้แก่ น้ำหนักตัวที่ลดลง (0-4) ความสัมพันธ์ของโรคกับความต้องการทางโภชนาการ



(1-7) ความต้องการทางเมตาบอริก (0-6) และการตรวจร่างกาย (0-3) โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 1-52 คะแนน
คะแนนมาก หมายถึง ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยา 2) อาจารย์
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการจัดการอาการและการสร้างแรงจูงใจ
4) พยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และ 5) นักโภชนาการ ช่วยตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ทุกฉบับ และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมิน
ประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการด้วยวิธีการวัดซ้ำในมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ห่างกัน
1 วัน ได้เท่ากับ .94, .87 และ .92 ตามลำดับ แบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการด้วยวิธีหาค่า Cronbach's
alpha coefficient ได้เท่ากับ .7 และแบบประเมินภาวะโภชนาการ PG-SGA ด้วยวิธีการหาความเท่าเทียมกันของ
ระหว่างผู้วิจัยกับการประเมินภาวะโภชนาการของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ cohen's kappa ได้
เท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการที่ 071/2563 และจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช รหัสโครงการที่ 436/2563 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ
วิจัย ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย โดยกลุ่มตัวอย่างมี
สิทธิตัดสินใจตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ และสามารถยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา
โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในผลการวิจัยใน
ภาพรวมเท่านั้น แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ขณะผู้ป่วยรักษาตัวที่หอผู้ป่วย (วันที่ 1 ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด) ใช้เวลา 60 นาที

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล กล่าว
ทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน
พฤติกรรมด้านโภชนาการและแบบประเมินภาวะโภชนาการ จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึง
ประสบการณ์ตามมุมมองและการรับรู้ของตนเอง ร่วมกับประเมินความต้องการด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา
สาเหตุและผลกระทบการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม
ด้านโภชนาการ โดยสนทนาร่วมกับใช้เทคนิคการจินตนาการถึงสาเหตุและผลกระทบจากการมีภาวะโภชนาการที่
ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความตั้งใจที่จะอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมศักยภาพการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากประสบการณ์เดิม
ของกลุ่มตัวอย่างเป็นพื้นฐาน และปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการให้เหมาะสมกับตนเองพร้อมกับ
มอบคู่มือการส่งเสริมด้านโภชนาการและการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง
ซักถามข้อสงสัย จากนั้นฝึกทักษะการจัดเมนูอาหารหรือเลือกวิธีการจัดการให้เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อ
เพิ่มความมั่นใจในการจัดการอาการและปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายการ
ปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ เพื่อให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และใช้ไม้บรรทัดแห่ง



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์ กลุ่มอาการด้านโภชนาการ
พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความพร้อม (rule of readiness) เพื่อประเมินความมั่นใจพร้อมทั้งให้คำปรึกษาในสิ่งที่กังวล ชี้แนะแนวทางการ
แก้ไขปัญหาและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีตามความเหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ (วันที่ 7, 14 และ 21 หลังได้รับยาเคมีบำบัด)
ใช้เวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามอาการ การจัดการอาการ
และการรับประทานอาหาร รวมทั้งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยการสะท้อนตนเอง
เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำพร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่าง
เลือกแนวทางที่เหมาะสมด้วยตนเอง พร้อมกับชมเชยเพื่อให้มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้ง
ไว้

ครั้งที่ 5 ประเมินผลและเก็บรวบรวมหลังทำการวิจัยที่หอผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 4 หลังได้รับยาเคมีบำบัด) ใช้
เวลา 20 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง
ทำแบบประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการ

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ขณะผู้ป่วยรักษาตัวที่หอผู้ป่วย (วันที่ 1 ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด) โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
รายบุคคล กล่าวทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
แบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการและแบบประเมินภาวะโภชนาการ ใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 2 ที่หอผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างช่วยทำแบบ
ประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ แบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการ และแบบประเมินภาวะ
โภชนาการ จากนั้นให้คำแนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และมอบคู่มือการส่งเสริมด้านโภชนาการและการ
จัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ
สถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ
เปรียบเทียบประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ chi-square
test และ fisher's exact test เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test และภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติ
paired t-test เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่าง 47 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 22 รายและกลุ่มทดลอง 25 ราย โดย
ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่าง 3 รายในกลุ่มควบคุม เสียชีวิตเนื่องจากสภาวะโรคและติดเชื้อในกระแส
เลือดจึงตัดออกจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.3 มีอายุเฉลี่ย 40.30 ปี สถานภาพ
สมรสคู่ ร้อยละ 51.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงาน ร้อยละ 34 มี
รายได้เฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท/เดือน ร้อยละ 18 ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 44.7 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย
เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 85.1 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 3+7 ร้อยละ 63.8 และไม่ต้องการยาที่เกี่ยวข้องกับ
ทางเดินอาหารเพิ่มเติม ร้อยละ 76.6 และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรค
และการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$ และ $p > 0.05$ ตามลำดับ)



ประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่

1. อาการเบื่ออาหาร พบว่า กลุ่มควบคุมมีอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 42.6 โดยส่วนใหญ่มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา ร้อยละ 27.8 มีความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 22.2 และมีความทุกข์ทรมานค่อนข้างมาก ร้อยละ 22.2 ส่วนกลุ่มทดลองมีอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่มีความถี่เกิดขึ้นบางครั้ง ร้อยละ 19.4 มีความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 22.2 และมีความทุกข์ทรมานจากอาการพอควร ร้อยละ 16.7

2. อาการคลื่นไส้ พบว่า กลุ่มควบคุมมีอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 34.0 โดยส่วนใหญ่มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นบางครั้ง ร้อยละ 38.5 มีความรุนแรงระดับมาก ร้อยละ 34.6 และมีความทุกข์ทรมานค่อนข้างมาก ร้อยละ 23.1 ส่วนกลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 21.3 ส่วนใหญ่มีความถี่เกิดขึ้นน้อยมาก ร้อยละ 23.1 มีความรุนแรงระดับน้อยและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 15.4 และมีความทุกข์ทรมานจากอาการพอควร ร้อยละ 15.4

3. อาการอาเจียน พบว่า กลุ่มควบคุมมีอาการอาเจียน ร้อยละ 14.9 โดยส่วนใหญ่มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นบางครั้ง ร้อยละ 66.7 มีความรุนแรงระดับมาก ร้อยละ 66.7 และมีความทุกข์ทรมานพอควร ร้อยละ 55.6 ส่วนกลุ่มทดลองมีอาการอาเจียน ร้อยละ 4.3 ส่วนใหญ่มีความถี่เกิดขึ้นน้อยมาก ร้อยละ 22.2 มีความรุนแรงระดับน้อยและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 11.1 และมีความทุกข์ทรมานจากอาการเล็กน้อย ร้อยละ 22.2

เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้อาการ ความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโครงการพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะโภชนาการต่ำ (หมายถึงการมีภาวะโภชนาการที่ดี) กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 22)	กลุ่มทดลอง (n = 25)	Statistic test	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
พฤติกรรมด้านโภชนาการ				
ก่อนการทดลอง	76.91 $\pm$ 6.50	80.12 $\pm$ 11.39	1.205 ^t	0.12
หลังการทดลอง	78.18 $\pm$ 12.01	97.56 $\pm$ 6.90	6.662 ^t	<.001**
ภาวะโภชนาการ				
ก่อนการทดลอง	10.00 $\pm$ 5.88	10.76 $\pm$ 4.48	0.502 ^t	0.31
หลังการทดลอง	11.55 $\pm$ 6.84	8.28 $\pm$ 3.89	1.977 ^t	0.03*

หมายเหตุ t = Independent t-test, * $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการระหว่างก่อนและหลังทดลองพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการ



ต่ำ (หมายถึงการมีภาวะโภชนาการที่ดี) กว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	Statistic test	p-value
พฤติกรรมด้านโภชนาการ				
กลุ่มทดลอง (n=25)	80.12 $\pm$ 11.39	97.28 $\pm$ 7.62	4.065 ^t	<.001
กลุ่มควบคุม (n=22)	76.91 $\pm$ 6.50	78.18 $\pm$ 12.01	0.469 ^t	0.31
ภาวะโภชนาการ				
กลุ่มทดลอง (n=25)	10.76 $\pm$ 4.48	8.28 $\pm$ 3.89	-2.111 ^t	0.02*
กลุ่มควบคุม (n=22)	10.00 $\pm$ 5.89	11.55 $\pm$ 6.34	0.971 ^t	0.17

หมายเหตุ t = Paired t-test, * $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรัตน์ จงเขตกิจ และคณะ (Jongkhetkit et al., 2019) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามแนวทางการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยการให้ผู้ป่วยประเมินความรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ให้ความรู้และฝึกทักษะจัดการกับอาการที่เหมาะสม ติดตามการจัดการอาการพร้อมกับให้กำลังใจผ่านทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์จากอาการกลุ่มอาการลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านโภชนาการดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จากการศึกษาผลของการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ มิลล์และ โรลล์นิก (Miller & Rollnick, 1991) สามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งให้ดีขึ้นได้ (Çakmak & Kapucu, 2021)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายผลได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการที่พัฒนาจากแนวทางการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลล์และ โรลล์นิก (Miller & Rollnick, 1991) ในการประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้การตนเองและผลกระทบที่เกิดขึ้น สอดแทรกการให้คำปรึกษาตามแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลล์และ โรลล์นิก (Miller & Rollnick, 1991) ซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ตามแนวคิดตัวอย่างเช่น การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อสำรวจพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ผ่านมา (looking back) และจินตนาการถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมด้านลบ (imagination) เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดความคิดหรือพูดข้อความจูงใจตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ ยกตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ถ้าปล่อยให้ร่างกายขาดสารอาหารต้องแย่แน่ ๆ เลย” (self-motivational statement) นำไปสู่การสนทนาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการให้เหมาะสม จากนั้นจึงส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่



เหมาะสม โดยให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับกลุ่มอาการด้านโภชนาการและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนความสามารถในตนเอง (support self-efficacy) รวมถึงให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายว่า “ต่อไปนี้จะพยายามทานอาหารครบ 3 มื้อ ให้เพียงพอกับร่างกาย” และ “พยายามทานอาหารให้มากขึ้นและกินอาหารเสริมระหว่างมื้อ” เป็นต้น จัดการกับความรู้สึกกลัว โดยใช้ไม้บรรทัดแห่งความพร้อม (ruler of readiness) เพื่อประเมินความมั่นใจ และเสนอทางเลือก (giving menu) ที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบท โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ติดตามทางโทรศัพท์เป็นระยะเพื่อสร้างแรงจูงใจในการจัดการอาการและปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง กล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย ไม่กล่าวตำหนิ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ แสดงความเห็นอกเห็นใจ “ไม่เป็นไรค่ะ มาลองเริ่มใหม่กันอีกครั้งนะคะ” พร้อมกับรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ วิเคราะห์ปัญหา ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคจนนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นผลให้กลุ่มทดลองมีประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงส่งผลให้มีพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับกลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งล้วนเป็นอาการข้างเคียงที่ส่งผลต่อโภชนาการ ทำให้ลดปัญหาหรืออุปสรรคในปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ (Ruanmee et al., 2022) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรค ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายในการนำไปซ่อมแซมร่างกายในส่วนที่สึกหรอ และสำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันภาวะทุพโภชนาการได้ (Arundon et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัคนา กองเมือง และคณะ (Gongmuang et al., 2022) ผู้ที่ได้รับความรู้และการชี้แนะที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านโภชนาการ และลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ และจากการศึกษาของ จันทรจิรา เกื้อกาญจน์ และคณะ (Kuakarn et al., 2015) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สามารถลดปัญหาที่เป็นผลจากภาวะโภชนาการได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล หอผู้ป่วยสามารถนำรูปแบบโปรแกรมจากการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการกับกลุ่มอาการด้านโภชนาการ และสร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการจัดการกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เช่น กลุ่มอาการด้านภาพลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง กลุ่มอาการไม่สบายด้านร่างกาย เป็นต้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ทำให้ญาติไม่สามารถเข้าเยี่ยมและเกิดข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร ซึ่งอาจมีผลต่อการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ การปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการได้



References

- Allart-Vorelli, P., Porro, B., Baguet, F., Michel, A., & Cousson-Gélie, F. (2015). Haematological cancer and quality of life: A systematic literature review. *Blood Cancer Journal*, 5(4), 1-10. <https://doi.org/10.1038/bcj.2015.29>
- Arundon, T., Ruangdam, A., Ruangkajorn, P., Pruphetkaew, N., & Sunpaweravong, P. (2017). Nutritional status, beliefs, and meat-consumption behaviors among cancer patients. *Thai Cancer Journal*, 37(4), 127-141. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TCJ/article/view/242968/165065> (in Thai)
- Batra, A., Kalyani, C. V., & Rohilla, K. K. (2020). Incidence and severity of self-reported chemotherapy side-effects in patients with hematolymphoid malignancies: A cross-sectional study. *Cancer Research, Statistics, and Treatment*, 3(4), 736-741. https://doi.org/10.4103/crst.crst_87_20
- Braun, A., Portner, J., Grainger, E. M., Hill, E. B., Young, G. S., Clinton, S. K., & Spees, C. K. (2018). Tele-motivational interviewing for cancer survivors: Feasibility, preliminary efficacy, and lessons learned. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(1), 19-32. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.05.352>
- Calleja Fernandez, A., Pintor de la Maza, B., Vidal Casariego, A., Villar Taibo, R., Lopez Gomez, J., Cano Rodriguez, I., & Ballesteros Pomar, M. D. (2015). Food intake and nutritional status influence outcomes in hospitalized hematology oncology patients. *Nutrición Hospitalaria*, 31(6), 2598-2605. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.6.8674>
- Çakmak, H. S. G., & Kapucu, S. (2021). The effect of educational follow-up with the motivational interview technique on self-efficacy and drug adherence in cancer patients using oral chemotherapy treatment: A randomized controlled trial. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(2), 140-151. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151140>
- Chaikham, R., Raksanaves, L., Pichaya, N., & Sooksrisawat, C. (2018). Factors predicting nutritional behaviours among patients with head and neck cancer at Chonburi cancer hospital. *Journal of The Department of Medical Services*, 43(6), 68-73. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/247679> (in Thai)
- Cherwin, C. (2015). *Gastrointestinal symptom clusters in hematology patients receiving chemotherapy* [Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison]. Proquest. <https://www.proquest.com/docview/1703437612/314075B584D7453DPQ/1>
- Cherwin, C., & Perkhounkova, Y. (2017). Distress-based gastrointestinal symptom clusters and impact on symptom interference and quality of life in patients with a hematologic malignancy receiving chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(4), 751-758. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.005>



- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- Dodd, M., Miaskowski, C., & Paul, S. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 465-470.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11338755/>
- Gongmuang, L., Bannaasan, B., & Kitsripisan, S. (2022). The effects of an educative supportive program on the nutrition self-care behavior and nutritional status among colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(1), 361-370. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/247160/173078> (in Thai)
- Jongkhetkit, W., Saesia, W., & Manasurakarn, J. (2019). The effect of a gastrointestinal and fatigue symptom cluster management promoting program on symptom experiences in patients with breast cancer receiving chemotherapy. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 187-198. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/151600/130567> (in Thai)
- Kuakarn, J., Isaramalai, S., & Baltip, Q. (2015). Impact of a self-management programme for nutritional enhancement on the fatigue conditions of cancer patients undergoing radiotherapy. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(2), 20-32.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/39655/32847> (in Thai)
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press.
- Nitichai, N. (2017). *Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in Thai cancer patients* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. CUIR.
<https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/58249> (in Thai)
- Ottery, F. (1996). Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition*, 12, 15-19. [https://doi.org/10.1016/0899-9007\(96\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0899-9007(96)90011-8)
- Pimburng, N., Wattana, C., & Harnirattisai, T. (2015). The effect of a symptom-management program on severity of symptom and nutritional status among colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 42(suppl.), 73-83. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/57266/47473> (in Thai)
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., Sobel, K., Coyle, N., Kemeny, N., Norton, L., & Scher, H. (1994). The memorial symptom assessment scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30(9), 1326-1336.
[https://doi.org/10.1016/0959-8049\(94\)90182-1](https://doi.org/10.1016/0959-8049(94)90182-1)



- Ream, E., Gargaro, G., Barsevick, A., & Richardson, A. (2015). Management of cancer-related fatigue during chemotherapy through telephone motivational interviewing: Modeling and randomized exploratory trial. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 199-206.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.012>
- Ruanmee, O., Soivong, P., & Aree, P. (2022). Food consumption behavior and nutritional status among persons with head and neck cancer. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 134-148. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/259434/177006> (in Thai)
- Stauder, R., Augschoell, J., Hamaker, M. E., & Koinig, K. A. (2020). Malnutrition in older patients with hematological malignancies at initial diagnosis-association with impairments in health status, systemic inflammation and adverse outcome. *Hemasphere*, 4(1), e332.
<https://doi.org/10.1097/HS9.0000000000000332>
- Suwisith, N., Hanucharunkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. (2008). Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 12(3), 153-165.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5869/5073>
- Tesamut, L., Vannarit, T., & Tantiworawit, A. (2017). Factors predicting health behaviors among persons with acute myeloblastic leukemia receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 44(suppl.1), 45-56. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/148033/108979> (in Thai)
- Zhang, Y., Chen, Q., Lu, C., & Yu, L. (2022). Prognostic role of controlling nutritional status score in hematological malignancies. *Hematology*, 27(1), 653-658.
<https://doi.org/10.1080/16078454.2022.2078040>



The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors Among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy*

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด*

สายพิน	บุญศรี**	Saipin	Boonsri**
อภิญา	วงศ์พิริยโยธา***	Apinya	Wongpiriyayothar***
นงเยาว์	มีเทียน****	Nongyaow	Meethien****

Abstract

Infection in patients with cancer receiving chemotherapy results in a high chance of death. Appropriate behaviors can prevent infection. This descriptive correlational research aimed to examine the relationships between health beliefs and infection prevention behaviors among patients receiving chemotherapy. Using a random number table, 72 patients receiving chemotherapy at the Cancer Clinic in Roi-Et Hospital were selected. The research instruments were the Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors questionnaires, which had reliability of .82 and .84, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results showed that health beliefs in the dimensions of perceived susceptibility to infection and perceived benefits of action had a statistically significant positive correlation with infection prevention behaviors ($r = .34$ and $.38$, $p < .05$). Perceived barriers to action had a statistically significant negative correlation with infection prevention behaviors ($r = -.19$, $p < .05$), and perceived severity of infection did not correlate significantly with infection prevention behaviors.

The results of the study indicated that health beliefs in the dimensions of perceived susceptibility to infection, perceived benefits of action, and perceived barriers to action correlated with infection prevention behaviors. Therefore, healthcare providers should create strategies to promote these perceptions with emphasis on perceived severity of infection, and encourage appropriate behaviors to prevent infection.

Keywords: Lung cancer; Health beliefs; Infection prevention behavior; Chemotherapy

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

** Graduate student of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University; e-mail: apinya.w@msu.ac.th

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

Received 28 June 2023; Revised 27 August 2023; Accepted 29 August 2023



The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors Among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดทำให้มีโอกาเสียชีวิตได้สูง การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน ที่มารับเคมีบำบัดที่คลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่มเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34$ และ $.38, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19, p < .05$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรสร้างกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการรับรู้ดังกล่าว เน้นที่การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ และส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

คำสำคัญ: โรคมะเร็งปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เคมีบำบัด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
e-mail: apinya.w@msu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่รับบทความ 28 มิถุนายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 27 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 29 สิงหาคม 2566



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และในปี ค.ศ. 2020 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด 2.21 ล้าน (ร้อยละ 11.4) ของมะเร็งทั่วโลก โรคมะเร็งปอดพบมากในเพศชาย ร้อยละ 14.30 เพศหญิง ร้อยละ 8.40 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม พบอุบัติการณ์เสียชีวิตมากที่สุด 1.80 ล้านคน (ร้อยละ 18) ของมะเร็งทั้งหมด (Sung et al., 2021) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม จำนวน 23,713 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.40 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด ในเพศชายพบ ร้อยละ 16.50 เพศหญิง ร้อยละ 8.50 และอุบัติการณ์การเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งตับ คิดเป็นร้อยละ 16.30 ของมะเร็งทั้งหมด (American Cancer Society, 2020) จากสถิติทั่วโลกและในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมากเป็นอันดับสองของมะเร็งทั้งหมดเช่นกัน

การรักษาโรคมะเร็งปอด มีการรักษาหลัก ๆ 3 วิธี ดังนี้ 1) การผ่าตัด 2) การรักษาด้วยรังสีรักษา และ 3) การรักษาด้วยเคมีบำบัด ขึ้นกับระยะของโรค ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มด้วยการผ่าตัดและตามด้วยเคมีบำบัด ส่วนการใช้รังสีรักษาจะใช้ในระยะที่โรคมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว (National Cancer Institute, 2017) ภาวะแทรกซ้อนหลังให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 85 รองลงมาเป็นอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 28 คลื่นไส้และอาเจียน ร้อยละ 27 ภาวะโลหิตจางร้อยละ 14 ไข้ร่วมกับภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำร้อยละ 9 และเกล็ดเลือดต่ำร้อยละ 3 (Cortés et al., 2015) จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นปัญหาที่สำคัญ เกิดจากยาเคมีบำบัดไปกดไขกระดูกโดยตรง เมื่อเม็ดเลือดขาวต่ำทำให้ร่างกายไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยจึงติดเชื้อง่ายในระบบต่าง ๆ เช่น เกิดไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อระบบผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร และตับอักเสบ เป็นต้น (Takonkitsakul, 2021) และทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดภาวะช็อค (Prasertsri & Puntusart, 2018) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Boccia et al., 2022) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ จากภูมิคุ้มกันต่ำเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เชื้อโรคอาจเข้าสู่ผู้ป่วยได้หลายช่องทางหากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาด้านพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยตรง แต่มีงานวิจัยที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อหรือพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ มีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดหลังการจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลช่องปากน้อยที่สุด รองลงมาเป็นพฤติกรรมทำกิจวัตรประจำวัน (Han & Choi, 2018) และในงานวิจัยที่ศึกษาการจัดการผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด พบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไม่เหมาะสม โดยพบว่าสองในสามของผู้ป่วยล้างมือเป็นประจำก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 66.70 ดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมร้อยละ 65.30 และหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัดร้อยละ 61.10 ผู้ป่วยใช้น้ำยาบ้วนปากเป็นประจำร้อยละ 37.50 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเผ็ดและมัน ๆ ร้อยละ 50 และตรวจสอบอุณหภูมิร่างกายของตนเองอยู่เสมอร้อยละ 22.20 (Almohammadi et al., 2020)

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด หยาดรุ้ง อุไรพันธุ์ (U-raipunt, 2015) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 40.40 มีพฤติกรรมไม่ดีในเรื่องการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล และมีพฤติกรรมจัดการความเครียดและความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเอง



และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ เช่น เพศ การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งของการได้เคมีบำบัด ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษาของ ลินยา เทสมุท และคณะ (Tesamut et al., 2017) ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ มีการซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จจากแผงลอยริมถนนมารับประทาน การรับประทานผักสดและผลไม้เปลือกบางที่รับประทานทั้งเปลือก การใช้ดอกไม้สดประดับตกแต่งภายในบ้าน การติดต่อหรือสัมผัสกับผู้ที่เป็โรคติดเชื้อในระบบหายใจ และไม่ใส่ผ้าปิดปากจมูกเมื่อต้องไปในที่ชุมชน และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ส่วนการรับรู้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

สรุปจากงานวิจัยที่ผ่านมาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัว และการเข้าสังคม แต่มีงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจัดการความเครียดและความวิตกกังวล ถึงแม้ว่าพฤติกรรมด้านนี้จะไม่ใช่การป้องกันการติดเชื้อโดยตรง แต่หากผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวล ร่างกายจะหลั่งสารคอร์ติซอลเพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการกดภูมิคุ้มกันและทำให้เกิดกระบวนการอักเสบในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อง่าย มีงานวิจัยสนับสนุนว่าการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด (Esfandbod et al., 2022) และความเครียดสามารถทำนายการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (McGregor et al., 2004)

การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไม่เหมาะสม อาจเกิดจากการมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่เหมาะสม ได้มีทฤษฎีที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับการเกิดโรคได้ดี คือทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่กล่าวว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และมีผลงานวิจัยสนับสนุนพบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทั้ง 4 ด้านสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ถึงแม้ว่างานวิจัยพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยตรง ไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นกลุ่มที่หากผู้ป่วยมีการติดเชื้อแล้วจะทำให้มีโอกาเสียชีวิตได้สูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด



The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors Among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค เมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค อธิบายได้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคนั้น รับรู้ความรุนแรงของโรคและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่จะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อลดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติของบุคคล ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่งหากผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อที่ดีแล้ว เชื่อว่าจะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเหมาะสมด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่คลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด
2. ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอดรอบที่ 2 ขึ้นไป
3. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้ โดยมีการประเมินระดับความรู้สีกตัว จากการตอบคำถาม ในเรื่อง ชื่อ วัน เวลา สถานที่ ได้ถูกต้อง
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีอาการรบกวน เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน เป็นต้น

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณจากโปรแกรม $G * power$ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากค่า r ของงานวิจัยที่ผ่านมา (Maneewong & Panthu, 2022) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.367 ระดับความเชื่อมั่นที่ α เท่ากับ 0.05 แบบ 1 ทาง และอำนาจการทดสอบที่ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน ผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2019) ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มมา 12 คน รวมจำนวนตัวอย่างเป็น 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล และข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย โรคประจำตัว และครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 35 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ (9 ข้อ) 2) การรับรู้ความ



The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors Among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

รุนแรงของการติดเชื้อ (8 ข้อ) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว (10 ข้อ) และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว (8 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือก 5 ระดับ จาก 1-5 (น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด) มีทั้งด้านบวกและด้านลบ การแปลผลการรับรู้ 3 ด้านแรก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีการรับรู้ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน) การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และการรับรู้ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว มีการแปลผลกลับกันดังนี้ การรับรู้ว่ามีอุปสรรคมาก (1.00-2.33 คะแนน) การรับรู้ว่ามีอุปสรรคปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) การรับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย (3.68-5.00 คะแนน)

การแปลผลคะแนนในภาพรวมของคะแนนความเชื่อสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว หากมีคะแนนรวมสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อสุขภาพในด้านนั้น ๆ สูงกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมน้อยกว่า สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว หากมีคะแนนรวมมากแสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย หากคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 29 ข้อ มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ (8 ข้อ) 2) ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย (10 ข้อ) 3) ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง (5 ข้อ) และ 4) ด้านการจัดการความวิตกกังวลและเครียด (6 ข้อ) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5 (ไม่เคยปฏิบัติ ถึง ปฏิบัติประจำ) มีทั้งด้านบวกและด้านลบ การแปลผลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อรายรวมและรายด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) การแปลคะแนนในภาพรวมหากผู้ป่วยมีคะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมดีกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ 1 คน 3) อาจารย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและเคมีบำบัด 2 คน ตรวจสอบตรงตามเนื้อหาและหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 30 คน สรุปการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและการหาค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือ	CVI	Reliability
1. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อ		
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด	.90	.89
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อจากการได้รับเคมีบำบัด	.90	.80
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	.90	.70
- ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว	.87	.85
2. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโดยรวม	.93	.84
- ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ	.75	.84
- ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย	1.00	.87
- ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง	1.00	.81
- ด้านการจัดการความวิตกกังวลและความเครียด	1.00	.84



The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors Among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย-มหาสารคาม เลขที่ 333-334/2565 และจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE005/2566 โดยมีการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการให้ข้อมูลโครงการวิจัยอย่างสมบูรณ์ และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมและปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ รวมถึงชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล มีการปกป้องความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของผู้ป่วย มีการนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยนี้ไม่ได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มเปราะบาง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นคือเกิดความเหนื่อยล้าและเสียเวลา จึงดำเนินการให้ผู้ป่วยพักเป็นระยะจนความเหนื่อยล้าดีขึ้น และให้ตอบแบบสอบถามโดยไม่รบกวนลำดับของการตรวจรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่คลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อช่วยสำรวจรายชื่อที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามลำดับที่สุ่มไว้ และให้พยาบาลประจำคลินิกฯ เป็นผู้ชี้แจงและขอความร่วมมือการยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามเครื่องมือวิจัย โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในห้องที่เงียบและเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบคำถามด้วยตนเอง และให้ข้อมูลเพิ่มหากผู้ป่วยมีข้อสงสัย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การหาเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อมีการแจกแจงปกติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation และแปลผลระดับความสัมพันธ์ตาม Cohen (1998) ดังนี้ ระดับต่ำ ($r = .10$) ระดับกลาง ($r = .30$) และระดับสูง ($r = .5$)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ ร้อยละ 65.72 (อายุเฉลี่ย 63.7 ปี) เพศชาย ร้อยละ 63.89 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.45 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 80.56 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.74 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.60 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 93.05 (รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 1,793 บาท) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ



The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors Among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ถ้วนหน้า ร้อยละ 76.39 และไม่มีปัญหาการรักษาพยาบาล ร้อยละ 48.61

สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.73 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.44 มีการรักษาอื่นร่วมกับเคมีบำบัด ได้แก่ รังสีรักษา ร้อยละ 38.89 เคมีบำบัดสูตรที่ได้รับมากที่สุดคือ สูตร Carboplatin-paclitaxel ร้อยละ 50 ผลการตรวจ Absolute neutrophil count (ANC) มีค่ามากกว่า 2,000 Cell/mm³ ร้อยละ 83.33 สำหรับวงรอบการรักษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในรอบที่ 2 ร้อยละ 48.61 รองลงมา เป็น เป็นรอบที่ 3 ร้อยละ 20.80 รอบที่ 6 ร้อยละ 12.50 รอบที่ 5 ร้อยละ 11.10 และรอบที่ 4 ร้อยละ 6.90

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้านในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ ($M = 4.10$, $SD = .63$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ($M = 4.14$, $SD = .72$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ($M = 4.20$, $SD = .61$) ส่วนด้านอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.82$, $SD = .40$) แปลว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อ

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.25$, $SD = .43$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับสูงทุกด้าน ดังนี้ ด้านอาหารและน้ำ ($M = 4.33$, $SD = .55$) ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย ($M = 4.37$, $SD = .49$) ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัว ($M = 4.18$, $SD = .76$) และด้านการจัดการความวิตกกังวลและความเครียด ($M = 4.00$, $SD = .65$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ	.34*	.02	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ	.18	.65	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	.38*	.01	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว	-.19*	.04	ต่ำ

*p < .05



การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด และยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค เมื่อมีความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ หมายความว่า หากผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ หมายถึง หากผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติตัวมากผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อลดลง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี

ถึงแม้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ แต่เมื่อพิจารณาการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อโดยรวมและรายชื่อพบว่าอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งผลที่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น การที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ 3 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง ในเรื่อง 1) การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อป้องกันการเกิดแผลและติดเชื้อในช่องปาก 2) การไม่นำแจกันดอกไม้สดมาไว้ในบ้านหรือห้องพัก และ 3) เมื่อมีความเครียดจะทำงานอดิเรก ทำให้อาจมีผลต่อการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว

ในงานวิจัยนี้พบว่า ระดับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีหลากหลายในวงรอบของการรักษา ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในวงรอบที่ 2 ร้อยละ 48.70 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เพิ่งได้รับยาเคมีบำบัด อาจยังไม่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ ทำให้การปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุมในการพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อดังที่กล่าวมา ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าความสัมพันธ์ที่ได้จากงานวิจัยอื่นมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก อาจมีผลต่อข้อมูลที่ได้มา ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความสัมพันธ์ที่เฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดที่สามารถนำไปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ในการศึกษาครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากผลวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า มีเพียงการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (U-raipunt, 2015) อาจเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวไม่ได้เน้นที่พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแต่เน้นเรื่องพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ที่จะเกิดจากยาเคมีบำบัด และมีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั่ว ๆ ไม่ได้ระบุอวัยวะที่เกิดมะเร็งโดยเฉพาะ ทำให้ผลการวิจัยต่างกันได้ และผลงานครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยของ ลินยา เทสมุท และคณะ (Tesamut et al., 2017) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพไม่



The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors Among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด แต่งานวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ อาจเป็นเพราะงานวิจัยครั้งนี้เน้นที่พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างเดียว จึงเน้นเรื่องประโยชน์และระบุอุปสรรคได้ชัดเจนที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ส่วนงานวิจัยของ ลินยา เทสมุท และคณะ (Tesamut et al., 2017) เน้นที่พฤติกรรมหลาย ๆ ด้าน ซึ่งอาจมีผลทำให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอด ควรพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเพื่อให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเน้นการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของอาการเพื่อผลต่อการปรับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ
2. จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลางในเรื่อง 1) การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อป้องกันการเกิดแผลและติดเชื้อในช่องปาก 2) การไม่นำแจกันดอกไม้สดมาไว้ในบ้านหรือห้องพัก และ 3) การจัดการความเครียด พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อมีผลกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเดิมและควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น
2. ควรศึกษาปัจจัยที่พบในงานวิจัยอื่น เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากปัจจัยความเชื่อสุขภาพทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมา
3. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการกระจายของผู้ป่วยตามวงรอบการให้เคมีบำบัด การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดในหลาย ๆ วงรอบที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน

References

- Almohammadi, A., Alqarni, A., Alraddadi, R., & Alzahrani, F. (2020). Assessment of patients' knowledge in managing side effects of chemotherapy: Case of King Abdul-Aziz University Hospital. *Journal of Cancer Education*, 35, 334-338. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.06.005>
- American Cancer Society. (2020). *Cancer facts & figures 2020*. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2020.html>
- Boccia, R., Glaspy, J., Crawford, J., & Aapro, M. (2022). Chemotherapy-induced neutropenia and febrile neutropenia in the US: A beast of burden that needs to be tamed? *The Oncologist*, 27(8), 625-636. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyac074>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Cortés, Á. A., Urquizu, L. C., & Cubero, J. H. (2015). Adjuvant chemotherapy in non- small cell lung cancer: State-of-the-art. *Translational Lung Cancer Research*, 4(2), 191-197. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2218-6751.2014.06.01>



The Relationships Between Health Beliefs and Infection Prevention Behaviors Among Patients with Lung Cancer Receiving Chemotherapy

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

- Esfandbod, M., Tehrani, M. A., Haghshomar, M., Arya, P., Amiri, B. S., Toogeh, G., & Keyhani, M. (2022). Association between perceived stress and neutropenia in patients with leukemia under chemotherapy. *International Journal of Hematology-Oncology and Stem Cell Research*, 16(2), 103-109.
- Han, A., & Choi, J. S. (2018). Factors influencing infection prevention self-care behaviors in patients with hematologic cancer after discharge. *European Journal of Oncology Nursing*, 35, 102-106. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.06.005>
- Maneewong, J., & Panthu, K. (2022). The relationship among knowledge, health beliefs and practices in prevention of hospital-associated infections among nursing students. *HCU Journal of Health Science*, 26(1), 1-24. (in Thai)
- McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 1-8.
- National Cancer Institute. (2017). *Cancer treatment*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment> (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice* (8th ed.). Lippincott.
- Prasertsri, T., & Phanthusart, N. (2018). Influence factors and severity of infections within the cancer patient. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(2), 22-30. (in Thai)
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Takonkitsakul, K. (2021). Risk factors of sepsis in patients with solid malignancies who receiving cytotoxic chemotherapy in Nongkhai Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 29(3), 391-402. (in Thai)
- Tesamut, L., Vannarit, T., & Tantiworawit, A. (2017). Factors predicting health behaviors among persons with acute myeloblastic leukemia receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 44(Suppl.), 45-56. (in Thai)
- U-raipunt, Y. (2015). Factors associated with self-health care behaviors of cancer patients received chemotherapy at Phramongkutklao Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(1), 87-92. (in Thai)



The Effect of PITS-Based Education to Enhance Health Literacy on Self-Management in Older Adults with Physical Multimorbidity*

ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค*

มนันชญา	จิตรัตน์**	Mananchaya	Chittarat**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
เดชา	ทำดี****	Decha	Tamdee****

Abstract

Self-management is important behavior for older people with physical multimorbidity to control their disease. This experimental research aimed to examine the effect of PITS-based education to promote health literacy on self-management among older adults with physical multimorbidity. The sample group included older persons, diagnosed with both diabetes mellitus and hypertension, attending Thungyai district health services in Nakhon Sri Thammarat province. Forty-eight subjects were randomly selected and assigned to either the experimental or control group (24 subjects each). The experimental group received PITS-based education, consisting of four group education sessions and one individual education session over three weeks, while the control group received routine care. The tools used for data collection included 1) a personal and illness data recording form, and 2) the Patient Assessment of Self-Management Tasks questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t-test, and dependent t-test.

The results revealed that the experimental group, who received PITS-based education, had a significantly higher self-management mean score than before participating in the intervention as well as a significantly higher mean score than that of the control group ($p < .001$).

Therefore, healthcare providers can apply PITS-based education as a guideline for health education in older persons with physical multimorbidity to improve self-management.

Keyword: PITS-Based education; Health literacy; Self-management; Older adults; Physical multimorbidity

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

** Graduate Student of Nursing Science program 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 1 March 2023; Revised 30 May 2023; Accepted 1 June 2023



บทคัดย่อ

การจัดการตนเอง เป็นพฤติกรรมสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายร่วมหลายโรคสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ (PITS) เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเขตบริการอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 48 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 24 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้แบบกลุ่ม 4 ครั้ง และแบบรายบุคคล 1 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย และ 2) แบบสอบถามการรับรู้กิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำรูปแบบการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคมีการจัดการตนเองดีขึ้น

คำสำคัญ: การให้ความรู้ตามหลักพิตส์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค เป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกกำลังเผชิญและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2016) จากรายงานสถานการณ์ในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ล้านคนทั่วโลก พบผู้สูงอายุร้อยละ 66.10 มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Ofori-Asenso et al., 2019) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของผู้สูงอายุร้อยละ 79.90 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคทั้งหมดในปี พ.ศ. 2564 (Intarut et al., 2021) โดยรูปแบบที่พบมากที่สุด คือ โรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค และโรคที่พบร่วมกันมากที่สุด คือ โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง (Kirchberger et al., 2012; Gates et al., 2018) ซึ่งผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากถึง 7.2 เท่าของคนทั่วไป และหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อันส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต สูญเสียค่าใช้จ่ายสูญเสียปีสุขภาวะ และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Anurung, 2017; Pragodpol et al., 2015) ซึ่งการควบคุมโรคให้ได้ผู้สูงอายุต้องมีพฤติกรรมการจัดการความเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา เช่น การจัดการยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร เป็นต้น

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคในแต่ละวันโดยการจัดการพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการตนเองด้านการรักษา ประกอบด้วย การใช้ยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การดูแลเท้า การงดสูบบุหรี่ และเครื่องตีแอลกอฮอล์ และการจัดการภาวะแทรกซ้อน 2) การจัดการตนเองด้านบทบาทในชีวิต เป็นการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวปฏิบัติของโรคให้เข้ากับการดำเนินวิถีชีวิตของตนเอง และ 3) การจัดการตนเองด้านอารมณ์ เป็นการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ความกลัว ความคับข้องใจ และภาวะซึมเศร้า (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ร้อยละ 58.90 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการดูแลเท้า อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ (Sinthuchai et al., 2021)

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองมีหลายปัจจัยด้วยกัน แต่ปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Dahal & Hosseinzadeh, 2019) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติตัวให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพโดยใช้ความรู้เป็นฐานของความเข้าใจและการนำไปใช้ (Nutbeam, 2015) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน เป็นทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน 2) ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นความสามารถในการใช้ความรู้สื่อสารร่วมกับผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ เป็นความสามารถในการใช้ความรู้และทักษะการสื่อสาร จนสามารถคิดวิเคราะห์ ประยุกต์ใช้ข้อมูล และจัดการสถานการณ์สุขภาพของตนเองได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเกินครึ่งอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (Ginggeaw & Prasertsri, 2016) ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น จะทำให้เกิดความสามารถในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น เกิดผลสำเร็จของการดูแลทางคลินิก และทำให้การจัดการตนเองที่ดีขึ้นได้ (Geboers et al., 2016; Nutbeam, 2008, 2015) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจาก 23 การศึกษาพบว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็ก วัยรุ่น และสตรีตั้งครรภ์ มีการศึกษาเดียวที่ศึกษาการให้ความรู้ในกลุ่มอายุ 18-78 แต่เป็นกลุ่มอาการจิตเวช (Meherali et al., 2020) สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษากิจกรรมภายใต้แนวคิดที่หลากหลาย เช่น แนวคิดการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ



(Anowannaphan, 2021) แนวคิดการเสริมพลังและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Monnaibuntham, 2019) และ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานร่วมกับหลักการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Sinthuchai et al., 2021) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพถึงระดับวิจารณ์ญาณ รวมถึงกิจกรรมยังไม่ชัดเจน ขาดการคำนึงถึงผู้ป่วยวัยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพอย่างถ่องแท้ ซึ่งการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วย (patient education) เป็นวิธีการที่ได้รับการยืนยันว่าสามารถส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kareesun et al., 2019) แม้แต่องค์กรอนามัยโลกยังได้เสนอให้การสอนหรือการให้ความรู้เป็นแนวทางแก้ไขจัดการภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคอีกด้วย (WHO, 2016)

การสอนให้ความรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองพิตส์ (The PITS Model) เป็นแนวทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย (Stewart, 2012) แม้การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุนั้นมีข้อจำกัดด้านการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทการมองเห็น การได้ยิน การจดจำ (Best, 2001) แต่การให้ความรู้ตามแบบจำลองหลักพิตส์นั้นเป็นแนวทางที่สามารถปรับใช้ได้กับผู้ป่วยทุกช่วงอายุ เน้นการพัฒนาผู้ป่วยให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของตนเอง โดยแบ่งลำดับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 4 ประเด็น ดังนี้ 1) พยาธิสรีรวิทยา 2) อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อน 3) การรักษาและเป้าหมายการรักษา และ 4) ข้อมูลเฉพาะบุคคล เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคผ่านขั้นตอนการแลกเปลี่ยนข้อมูลดังกล่าว จะทำให้เกิดการเข้าใจ เกิดการตีความ และประมวลผลข้อมูล จนเกิดการตัดสินใจปฏิบัติตัวตามแผนสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ช่วยให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพได้ (Stewart, 2012) ซึ่งจากการศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นและมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Yakong et al., 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้ตามหลักของพิตส์ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น แต่ศึกษาในโรคเบาหวานเพียงโรคเดียว ซึ่งไม่สามารถนำมาอ้างอิงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายหลายโรคได้ เนื่องจากมีความแตกต่างในด้านการจัดการตนเองที่มีความซับซ้อนมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคในกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคหลังได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับความรู้
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการสอนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรูปแบบพิตส์ (PITS Model) ประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ข้อบ่งชี้ การรักษา และข้อมูลเฉพาะบุคคล โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเป็นลำดับจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจโดยการเชื่อมโยงข้อมูลจากเหตุไปสู่ผล ซึ่งกระบวนการและเทคนิควิธีในการสอนด้วยการใช้สื่อ การสะท้อนคิด การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ จะช่วยให้ความรู้ได้รับการบรรจุไว้ในความจำระยะยาวของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยสามารถคิดวิเคราะห์ ตีความข้อมูล และเปรียบเทียบข้อมูลกับภาวะความเจ็บป่วยและพฤติกรรมของตนเอง แล้วเกิดกระบวนการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านบทบาทในชีวิต และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ จนสามารถควบคุมโรคและบรรลุเป้าหมายสุขภาพส่วนบุคคลได้ (Stewart, 2012)

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน ≥ 6 เดือน และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาในโรงพยาบาลเขตบริการอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

1. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) (Department of Health, Ministry of Public Health, 2014) มีคะแนน ≥ 12 คะแนน

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2018) มีคะแนน ≥ 8 คะแนน

3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถใช้สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตได้

5. มีความสนใจเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้

1. ระดับความดันซิสโตลิก > 180 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิก > 110 มิลลิเมตรปรอท

2. ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว ณ วันเก็บข้อมูล < 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ > 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

3. เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

4. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ประเมินด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Noppakraw et al., 2020) มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ > 42 คะแนน

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

1. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



2. ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด

3. เสียชีวิต

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G * Power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อาศัยอำนาจการคำนวณ (power) ที่ .80 และคำนวณกำหนดขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) จากการศึกษาของ เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (Thatsaeng et al., 2012) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ได้ขนาดเท่ากับ .82 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 19 คน กำหนดเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายอัตราร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 24 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มด่าบลในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) มา 3 ตำบล แล้วประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยการแจกใบปลิว การปิดประกาศ และการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อเฟซบุ๊กเพื่อเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อมีอาสาสมัครสนใจผู้วิจัยจึงขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูล และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นนำรายชื่ออาสาสมัครแต่ละตำบลที่ได้มาสุ่มด้วยระบบคอมพิวเตอร์สุ่มตัวเลขออนไลน์ ตำบลละ 16 คน แล้วพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ ถ้าหากไม่ผ่านคุณสมบัติผู้วิจัยทำการสุ่มแบบไม่แทนที่ทดแทน จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

ผู้วิจัยสุ่มแยกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random assignment) โดยการจับฉลากจากรายชื่อที่สุ่มได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กำหนดให้เลขคู่คือ กลุ่มทดลอง และเลขคี่คือกลุ่มควบคุม จนครบกลุ่มละ 24 คน

ทั้งนี้ระหว่างดำเนินการวิจัยมีกลุ่มทดลองเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 3 คน ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมทดลอง ดังนั้นเมื่อพิจารณาเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัยจึงทำให้เหลือกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการสอนตามรูปแบบการสอนของหลักพิตส์ (PITS model) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลาในการสอนทั้งหมด 3 สัปดาห์ จัดการสอนแบบกลุ่ม 4 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลในเขตบริการ ประเด็นการสอนเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการจัดการตนเอง โดยสอนแบบเผชิญหน้าด้วยเทคนิควิธีการอภิปรายประกอบสื่อ การสะท้อนคิด การสอนย้อนกลับ และจัดการสอนรายบุคคล 1 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 ณ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ในประเด็นข้อมูลเฉพาะบุคคล โดยหลังการสอนทุกครั้งมีการประเมินความเข้าใจด้วยแบบประเมินความเข้าใจของบุคคลและมีการทดสอบความรู้เพื่อทบทวนก่อนสอนประเด็นถัดไปทุกครั้ง

1.2 คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา เอกสาร ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยจัดทำทั้งแบบรูปเล่มและแบบออนไลน์ผ่านการสแกนคิวอาร์โค้ด โดยใช้คู่มือประกอบการอภิปรายควบคู่กับสื่อวีดิทัศน์ทุกครั้งเมื่อจัดกิจกรรมและมอบให้ทบทวนด้วยตนเอง ประเมินความรู้ด้วยแบบทดสอบความรู้

1.3 สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นในรูปแบบวิดีโอแบบเห็นหน้าผู้สอนบรรยายประกอบสื่อ PowerPoint Infographic สามารถเปิดได้โดยการสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเข้าถึงไฟล์อัปโหลดบนพื้นที่เก็บข้อมูลบนคลาวด์วันโดร์ฟ (OneDrive)



1.4 แบบประเมินความเข้าใจของบุคคล (The Understanding personal perspective scale: UPP scale) ของ สจ๊วต (Stewart, 2012) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วิชาญ ใจมาลัย, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ พนิดา จันทโสภีพันธ์ (personal communication, August, 31, 2021) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ 1) ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ และ 2) การนำข้อมูลความรู้ไปปฏิบัติ ลักษณะคำตอบเป็นการใช้รูปภาพแสดงถึงความเข้าใจตามมาตรวัด 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale) โดยใช้รูปพระอาทิตย์และรูปก้อนเมฆ ซึ่งระดับที่ 1 ภาพพระอาทิตย์ที่ไม่มีเมฆ คือ การเข้าใจข้อมูลความรู้อย่างกระจ่างชัดและนำข้อมูลไปปฏิบัติได้ จนถึงระดับที่ 5 ภาพก้อนเมฆสีดำเข้มไม่มีแสงอาทิตย์ คือ ไม่เข้าใจข้อมูลความรู้ที่ได้รับ

1.5 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Health Literacy scale) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) โดยการปรับชื่อโรคในแบบประเมินเป็น “โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง” เท่านั้น ไม่มีการปรับเนื้อหาอื่นของข้อคำถาม แบบประเมินประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ (14.00-28.00 คะแนน) 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง (28.01-42.00 คะแนน) และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (42.01-56.00 คะแนน) โดยใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและใช้ประเมินกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 หลังจากเสร็จสิ้นการให้ความรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้ ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนจากโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้กิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย (the Patient Assessment of Self-management Tasks questionnaire) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ดัชนี สุวรรณคม, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ ณัฐยานี สุวรรณคุณหาสน์ (personal communication, August, 31, 2021) ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้กิจกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการทางการแพทย์ 2) ด้านการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ 3) ด้านการเผชิญกับผลจากการเจ็บป่วย และ 4) ด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต รวมทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert Scale จำนวน 4 ตัวเลือก จาก 0-3 โดย 0 หมายถึง ไม่เคย, 1 หมายถึง บางครั้ง, 2 หมายถึง ส่วนใหญ่ และ 3 หมายถึง เสมอ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-51 คะแนน โดยการแปลผลคะแนน คือ คะแนนยิ่งสูงหมายถึงการจัดการตนเองยิ่งดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แผนการสอน คู่มือความรู้ด้านสุขภาพ และสื่อวีดิทัศน์การสอนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ 1.00 ทั้ง 3 เครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้กิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ฉบับภาษาไทยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหา จึงไม่ได้มีการทดสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ และผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมกันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค เท่ากับ .91 ส่วนแบบประเมินความเข้าใจของบุคคลและแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยใช้สำหรับติดตามกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น จึงไม่ได้มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือซ้ำ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 097/2565 รหัสโครงการ: 2565-EXP029 หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อให้อาสาที่สมัครสนใจเข้าร่วมติดต่อมายังผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมชี้แจงให้ทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่เสียประโยชน์หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยและการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น ระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องให้การศึกษาวีจยนี้สิ้นสุด และไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นอกจากนี้เพื่อเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีมาตรการในการป้องกัน ได้แก่ การคัดกรองอุณหภูมิ คัดกรองประวัติเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการวิจัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การจัดให้มีเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ และการสวมหน้ากากอนามัยขณะดำเนินกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย คัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แล้วประเมินการจัดการตนเองโดยผู้ช่วยวิจัยด้วยแบบสอบถามการรับรู้กิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามที่กำหนดแล้วดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลในเขตบริการร่วมกับได้รับจัดการให้ความรู้จากผู้วิจัย โดยจัดการสอนแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน (แบ่งตามตำบล) ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ณ โรงพยาบาลในเขตบริการแต่ละตำบล และจัดการสอนรายบุคคล 1 ครั้ง ณ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการสอนครั้งละ 15-30 นาที โดยการสอนแบบเผชิญหน้าด้วยเทคนิคการสอนด้วยการบรรยาย การใช้สื่อ การอภิปราย การสะท้อนคิด การสอนย้อนกลับ และประเมินความเข้าใจผู้สูงอายุทุกครั้งหลังสอนด้วยแบบประเมินความเข้าใจของบุคคล (UPP scale) กิจกรรมการสอนประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีระวิทยา อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนของโรค

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สัปดาห์ที่ 4-6 กลุ่มทดลองนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติใช้ในการดูแลตนเอง สัปดาห์ที่ 7 นัดเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลในเขตบริการ โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และเมื่อสิ้นสุดการทดลองกับกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมคนละเวลากับกลุ่มทดลอง แล้วดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยด้วยแบบสอบถามการรับรู้กิจกรรมการจัดการตนเอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยข้อมูล อายุ เพศ จำนวนยารักษาโรคที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทดสอบด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ส่วนข้อมูลระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนโรคร่วมอื่นที่ได้รับการวินิจฉัย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทดสอบด้วย Fisher's exact test
3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบ independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสอน ด้วยการทดสอบ paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการสอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.30 และ 66.70 ตามลำดับ) และมีอายุเฉลี่ย 69.54 ปี (SD = 5.5) และ 68.29 ปี (SD = 6.13) ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 87.5 และ 76.2 ตามลำดับ) อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 87.50 และ 95.20 ตามลำดับ) ประมาณสองในสามมีรายได้จากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.50 ของกลุ่มควบคุม และ 61.90 ของกลุ่มทดลอง) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองโรคร่วมกันเฉลี่ย 8.4 ปี (SD = 5.4) และ 6.5 ปี (SD = 4.24) ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคร่วมอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 83.30 และ 81.00 ตามลำดับ) โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 90.00 และ 94.10 ตามลำดับ) จำนวนมากกว่าครึ่งของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองได้รับยารักษาโรค 4-6 ชนิด (ร้อยละ 54.20 และ 52.40 ตามลำดับ) ประมาณสองในสามของกลุ่มควบคุมไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 75.00) ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.40) โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคือ โรคไตวายเรื้อรัง (ร้อยละ 25.00 ของกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 35.30 ของกลุ่มทดลอง) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 95.80 ของกลุ่มควบคุม และ 90.50 ของกลุ่มทดลอง) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสองกลุ่มได้รับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 100 ของทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพบว่าข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลยา ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองนั้นไม่มีความแตกต่างกัน
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค ก่อน
และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

คะแนนการ จัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม (n = 24)			กลุ่มทดลอง (n = 21)			t	p-value
	range	M	SD	range	M	SD		
ก่อนการทดลอง	13-30	20.54	3.88	14-27	21.14	3.54	0.54	.296
หลังการทดลอง	14-30	20.88	4.11	30-42	35.86	2.95	13.85	.000*

*p < .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคได้รับ
การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างก่อน และหลังการทดลอง (n = 21)

คะแนนการจัดการตนเอง	M	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	21.14	3.54	-20.50	.000*
หลังการทดลอง	35.86	2.95		

*p < .001

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคที่ได้รับการให้ความรู้
ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองหลังการทดลองมากกว่าก่อน
การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาลงมือของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการ
จัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 45 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม
ควบคุม 24 ราย และกลุ่มทดลอง 21 ราย ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็น
โรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคหลังได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนน
มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการ
ตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคที่ได้รับการให้ความรู้หลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อน
การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคมีการจัดการตนเองดีขึ้น อธิบายได้ว่า การให้ความรู้ตาม
หลักพิตส์ ซึ่งมีการจัดลำดับเนื้อหาหรือข้อมูลเป็นหมวดหมู่ย่อยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงได้และง่ายต่อ
การเข้าใจ เริ่มจาก 1) พยาธิสรีรวิทยา 2) อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อน 3) การรักษาและเป้าหมาย
การรักษา และ 4) ข้อมูลการรักษาเฉพาะส่วนบุคคล จัดการให้ความรู้ผ่านกลยุทธ์การสอนทั้งแบบกลุ่มและแบบ
รายบุคคลด้วยเทคนิควิธีการอภิปรายประกอบสื่อและคู่มือ การสอนย้อนกลับและการสะท้อนคิด พร้อมประเมิน
ความเข้าใจผู้สูงอายุภายหลังการสอนแต่ละครั้ง และทดสอบความรู้ก่อนสอนในประเด็นครั้งถัดไป ทำให้ผู้สูงอายุ
เชื่อมโยงข้อมูลตั้งแต่สาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยเมื่อเป็นโรคเบาหวานและโรคความดัน
โลหิตสูงเข้ากับอาการของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าใจเหตุผลของการรักษาของ
แพทย์ นำสู่การวิเคราะห์และตีความข้อมูลเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิม จนเกิดความเข้าใจภาวะสุขภาพของ
ตนเอง ส่งผลให้สามารถตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการความเจ็บป่วยของตนเองให้ดีขึ้นได้ ทั้งการ
จัดการตนเองด้านการรักษาที่มีการรักษาแบบแผนใช้ยาและการปรับพฤติกรรมชีวิต การจัดการตนเองด้านบทบาท

ในชีวิต และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ ซึ่งภายหลังการสอนกลุ่มทดลองทุกรายมีความเข้าใจชัดเจนและสามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติได้อยู่ในระดับมาก และจากผลประเมินการจัดการตนเองรายด้านพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการจัดการอาหารที่รับประทาน การออกกำลังกายที่บ้านเพียงพอ และการติดตามอาการผิดปกติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น แตกต่างจากก่อนการทดลองที่ผลการประเมินพฤติกรรมเหล่านี้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้เพียงบางครั้ง อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดพยายามละทิ้งนิสัยที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และรับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอมากขึ้น

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเมื่อเสร็จสิ้นการให้ความรู้พบว่า กลุ่มทดลองทุกรายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง กล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านสติปัญญาและทักษะด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพในระดับสูง มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่งข้อมูล สามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้วยการมีทักษะในการคิดวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล ก่อนตัดสินใจนำข้อมูลไปประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนกับข้อมูลที่ได้รับ และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการความเจ็บป่วยของตนเองให้เหมาะสมมากขึ้น (Noppakraw et al., 2020)

แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นภาระในการรักษา และเป็นอุปสรรคในการจัดการตนเอง แต่กลุ่มทดลองก็สามารถจัดการตนเองต่อความซับซ้อนของโรคได้ดีกว่าเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับโรค และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น รวมถึงในขณะที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และเกือบครึ่งรับข้อมูลด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ แต่กลุ่มทดลองอีกเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.90) รับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ด้วย เช่น เฟซบุ๊ก, ไลน์, ยูทูบ ฯลฯ การเข้าถึงสื่อนี้เป็นหนทางในการรับข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม ทำให้ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอและส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นได้ (Auttama & Seangpraw, 2019) ซึ่งผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ นาทยา ยาก่อง และคณะ (Yakong et al., 2022) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักของพิตส์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนการให้ความรู้และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากการสอนด้วยหลักพิตส์นั้นอาศัยความสามารถในการเข้าใจข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างเป็นเหตุเป็นผลซึ่งอาจมีข้อจำกัดสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ไม่ดี

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายหลายโรคได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกระบวนการสอนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถวิเคราะห์และตีความข้อมูลจนกระทั่งตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองดีขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ จึงเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่สามารถส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคได้

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการให้ข้อมูลความรู้ด้วยหลักพิตส์ไปประยุกต์ใช้ในการสอนหรือการให้สุขศึกษาหรือบูรณาการไว้เป็นหลักสูตรการให้ความรู้ผู้ป่วยสูงอายุแบบออนไลน์แก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น



The Effect of PITS-Based Education to Enhance Health Literacy on Self-Management in Older Adults with Physical Multimorbidity

ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค

2. อาจารย์พยาบาลควรพิจารณาเพิ่มรูปแบบการสอนผู้ป่วยด้วยหลักพิตส์เพื่อให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคในการสอนแก่นักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษานำหลักการนี้ไปประยุกต์ใช้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลของให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยหลักพิตส์ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรคในระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเอง

2. ควรมีการทดสอบประสิทธิผลของให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยหลักพิตส์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด

References

- Anowannaphan, M. (2021). The development of health literacy promoting model of the elderly in Uthaitхани. *Department of Health Service Support Journal*, 17(1). 15-22. (in Thai)
- Anurang, S. (2017). Multimorbidity in older persons: Situation, challenge issues, and care management. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(2), 1-14. (in Thai)
- Auttama, N., & Seangpraw, K. (2019). Factors predicting health literacy among older adults with risk hypertension disease, Phayao Province. *Journal of Health Education*, 42(2), 75-85. (in Thai)
- Best, J. T. (2001). Effective teaching for the elderly: Back to basics. *Orthopaedic Nursing*, 20(3), 46-52.
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly with health promotion*. Chiangmai Provincial Public Health Office.
https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197 (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.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). *The elderly assessment from according to potential group according to the ability to carry out daily activities (Barthel activities of daily living: ADL)*. Department of Health, Ministry of Public Health.
http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=508 (in Thai)
- Gates, M. L., Hunter, E. G., Dicks, V., Jessa, P. N., Veronic, W., & Yoo, W. (2018). Multimorbidity patterns and associations with functional limitations among an aging population in prison. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 115-123.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.03.012>
- Geboers, B., De Winter, A. F., Spoorenberg, S. L. W., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research*, 25(11), 2869-2877.



The Effect of PITS-Based Education to Enhance Health Literacy on Self-Management in Older Adults with Physical Multimorbidity

ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค

- 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)
- Intarut, N., Srihatrai, P., & Chantawang, N. (2021). Prevalence of multimorbidity in Thailand: A multilevel analysis of a population-based survey. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 8(8), 3750-3755.
- Kareesun, K., Malathum, P., & Sutti, N. (2019). Relationships among health literacy, knowledge about hypertension control, and health behavior in older persons with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(3), 280-295. (in Thai)
- Kirchberger, I., Meisinger, C., Heier, M., Zimmermann, A. K., Thorand, B., Autenrieth, C. S., Peters, A., Ladwig, K. H., & Doring, A. (2012). Patterns of multimorbidity in the aged population. results from the KORA-Age study. *PLoS One*, 7(1), 1-7.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030556>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Self-Management Education*, 26(1), 1-7.
- Meherali, S., Punjani, N. S., & Mevawala, A. (2020). Health literacy interventions to improve health outcomes in low- and middle-income countries. *Health Literacy Research and Practice*, 4(4), e250-e266.
- Monnaibuntham, A. (2019). The results of a health behavior change program on health literacy and empowerment blood sugar control and renal impairment of diabetic patients type 2 in Samran Sub-District health promoting hospital. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 1(2), 121-132. (in Thai)
- 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. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(2008), 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *The Journal of High Energy Physics*, 42(4), 16-22.
- Ofori-Asenso, R., Chin, K. L., Curtis, A. J., Zomer, E., Zoungas, S., & Liew, D. (2019). Recent patterns of multimorbidity among older adults in high-income countries. *Population Health Management*, 22(2), 127-137.
- Pragodpol, P., Yaowadee, S., Chaiyarit, A., Sosome, B., Sithan, S., Soisrisawat, M., & Chanphong, S. (2015). *Levels of quality of life and method to develop quality of life in Thai chronically ill patients*. Health Systems Research Institute.
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371?locale-attribute=th> (in Thai)



The Effect of PITS-Based Education to Enhance Health Literacy on Self-Management in Older Adults with Physical Multimorbidity

ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค

- Sinthuchai, S., Namdej, N., Kittiboonthawal, P., Dejpitaksirikul, S., Chuencham, J., Ubolwan, K., & Pragodpol, P. (2021). *Development of the health literacy model to enhance self-management behavior and health outcomes among older adults with type 2 diabetes mellitus and hypertension in primary care cluster, Saraburi Province*. Health Systems Research Institute. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/8/discover> (in Thai)
- Stewart, M. N. (2012). *Practical patient literacy: The Medagogy Model*. McGraw-Hill Medical.
- Thatsaeng, B., Lasuka, D., & Khampolsiri, T. (2012). Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. *Nursing Journal*, 39(4), 124-137. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *Multimorbidity*. World Health Organization.
- Yakong, N., Panuthai, S., & Suwankruhasn, N. (2022). Effect of PITS-based education on health literacy among older persons with type-2diabetes. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 70-82. (in Thai)



Health Literacy and Psychological Well-being Among Older Adults with Chronic Illness in Sukhothai Province

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย

ฐิติอาภา

ตั้งคำวานิช*

Thitiarpha

Tangkawanich*

ศรีสุภา

ใจโสภา**

Srisupa

Jaisopa**

กนกพจน์

มีวัฒนา***

Kanokpoj

Meewattana***

Abstract

Health literacy is important for psychological well-being, especially in the elderly with chronic illnesses. This descriptive correlational study aimed to study the relationship between health literacy and psychological well-being among older adults with chronic illness in Sukhothai Province. The participants were 138 older adults with chronic diseases receiving treatment at Sukhothai Hospital. The participants were selected based on the inclusion criteria, and a simple random sampling method was applied. The instruments consisted of a personal information questionnaire, the Health Literacy questionnaire, and the Elderly Psychological Well-Being questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

The results showed that the participants had good levels of health literacy. Psychological well-being scores among older adults with chronic illness were at the highest level, and their health literacy had a statistically significant positive correlation at a weak level with psychological well-being ($r = .30$, $p < .01$).

The results of this study could be used as basic information to plan for improving health literacy in older adults with chronic illness to increase their psychological well-being.

Keywords: Health literacy; Psychological well-being; Older adults with chronic illness

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangrai College

** Corresponding author, Nursing Instructor, Institute of Nursing, Mahidol University (Nakhonsawan Campus)
e-mail: srisupa.jai@mahidol.edu

*** Senior Professional Nurse, Sukhothai Hospital

Received 2 June 2023; Revised 27 September 2023; Accepted 28 September 2023



บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อสุขภาวะทางจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุโขทัยจำนวน 138 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามสุขภาวะทางจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี สุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับสูงมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาวะจิตที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะทางจิต ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สถาบันพยาบาลศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล

e-mail: srisupa.jai@mahidol.edu

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทย ประชากรไทยสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเนื่องจากการมีอายุมากขึ้นย่อมมีการเสื่อมสภาพของร่างกายนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงและการมีโรคเรื้อรังประจำตัวทำให้อัตราตายของประชากรวัยนี้สูงขึ้น ความชุกของโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในประชาชนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.70 โรคเบาหวานร้อยละ 20.40 (Aekplakorn, 2021) จากสถิติโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ ได้แก่อายุ 45-54 ปีร้อยละ 15.80, กลุ่มอายุ 55-64 ปี ร้อยละ 28.70 และกลุ่มอายุ 65-74 ปี ร้อยละ 39 จนสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี ร้อยละ 44.10 จะเห็นว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นแนวโน้มของโรคความดันโลหิตจะสูงขึ้น รวมถึงอัตราการเสียชีวิตของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557-2561 ได้แก่ 11, 12.10, 12.20, 13.10, 13.10 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (Karnjanapiboonwong et al., 2020) นอกจากนี้ความชุกของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่พบมากได้แก่กลุ่มอายุ 65-74 ปี (Karnjanapiboonwong et al., 2020) การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีผลต่อการดำเนินชีวิตต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาวะจิตได้พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 76.35 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.97 (Nualsithong et al., 2021)

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตได้ ดังการศึกษาของ ยุพา ทองสุข และคณะ (Thongsuk et al., 2019) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 233 คน มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชัญญิศา ดุซฎี ทูลศิริ และ นาริรัตน์ บุญเนตร (Toonsiri & Boonnate, 2020) ศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน จำนวน 148 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลางเช่นกัน สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ หรือ ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ของผู้สูงอายุ หมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีสภาวะจิตใจที่เป็นสุข มีอารมณ์จิตใจทางบวก พึงพาตนเองได้ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่ง อรพินท์ ชูชม และคณะ (Choochom et al., 2020) ได้พัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยจากแนวคิดสุขภาวะทางจิตของนักวิชาการที่หลากหลาย (Butler & Kern, 2015; Ryff, 1989; Seligman, 2011 as cited in Choochom et al., 2020) ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยแบ่งสุขภาวะทางจิตออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สภาวะทางอารมณ์จิตใจทางบวก 2) การพึงพาตนเอง 3) สัมพันธภาพทางสังคม 4) การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และ 5) ความยืดหยุ่น สุขภาวะทางจิตมีส่วนสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตของบุคคล การที่บุคคลมีสุขภาวะทางจิตดี บุคคลก็สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุในการที่จะเลือกตัดสินใจปฏิบัติหรือจัดการตนเองด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเกิดการเสื่อมทางด้านร่างกาย การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญ ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้และความเข้าใจ ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของ ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี และคณะ (Aunprom-me et al., 2020) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 505 คน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำหรือระดับที่เป็นปัญหา ทั้งในมิติของการดูแล การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสมรรถนะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจ ตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้อยู่ในระดับที่เป็นปัญหาเช่นกัน นอกจากนี้การศึกษาของ ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (Ploysuwan et al., 2021) พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ และการศึกษาของ กรรณิการ์ การิสรพร และคณะ (Kareesun et al., 2019) ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็น



โรคความดันโลหิตสูงพบว่า มีความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญ โขเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) กล่าวถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การตัดสินใจเลือกข้อมูลสุขภาพ และ 4) ความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพมาปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง ใน 3 มิติ ได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรับรู้และเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขทั้งทางกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับสุขภาวะทางจิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศนอร์เวย์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต (Wahl et al., 2021)

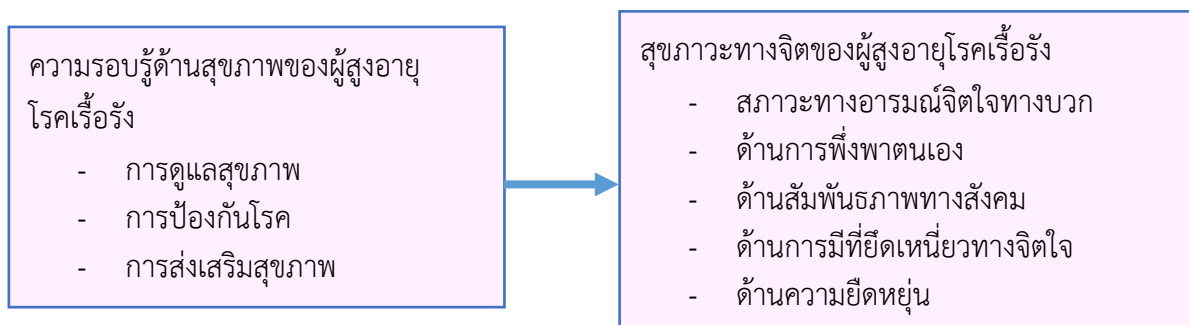
จังหวัดสุโขทัยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.02, 18.79, 19.55, 20.56, 21.20 ตามลำดับเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัดสุโขทัย (Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok, n.d.) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีถึงร้อยละ 74.2 และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (Maton & Saengngoen, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับสุขภาวะทางจิตที่ผ่านมายังมีค่อนข้างจำกัด และ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับสุขภาวะทางจิต เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะทางจิตที่ดีในทางบวกของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ โขเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้ สมรรถนะและแรงจูงใจ ในการที่จะเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ มีการประเมิน ตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติให้กับตนเองมีสุขภาพดี ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น ป้องกันการเกิดความผิดปกติ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ปฏิบัติตัวได้เหมาะสม เมื่อสุขภาพทางกายดีจะส่งเสริมให้สุขภาวะทางจิตดีขึ้น ซึ่งสุขภาวะทางจิตประกอบด้วยด้านสภาวะทางอารมณ์จิตใจทางบวก ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และด้านความยืดหยุ่น (Choochom et al., 2020) ดังกรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ซึ่งลงทะเบียนเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสุโขทัยใน ปีงบประมาณ 2563 (Sukhothai Hospital, Medical Records and Statistics Section, 2020) จำนวน 13,511 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการดำเนินของโรค 2) มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้เป็นปกติ สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสุโขทัยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป $G * Power$ (Srisatidnarukul, 2020) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลอยู่ในช่วงปานกลาง คือ 0.30 อำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 138 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามลำดับเลขทะเบียนลำดับที่ 5, 10, 15, ... เก็บข้อมูลจนกว่าจะครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการอยู่อาศัย โรคประจำตัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งผู้วิจัยใช้ The European Health Literacy Survey questionnaire (HLSEU-16Q Short Form) ตามแนวคิดของ โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2013) โดย รูคูเต้ และคณะ (Rouquette et al., 2018) พัฒนาเป็นข้อคำถาม 16 ข้อ ผู้วิจัยแปลด้วยเทคนิคการแปลกลับ (Back translation) โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ใน 3 มิติ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ 7 ข้อ การป้องกันโรค 5 ข้อ การส่งเสริมสุขภาพ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ dichotomous คือ ง่าย/ ยากมาก คะแนน = 1 และ ยาก/ ยากมาก คะแนน = 0 โดยแบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้ คะแนนรวม 0-8 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ คะแนนรวม 9-12 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ คะแนนรวม 13-16 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยของ อรพินท์ ชูชม และคณะ (Choochom et al., 2020) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านสภาวะทางอารมณ์จิตใจทางบวก 5 ข้อ ด้านการพึ่งพาตนเอง 5 ข้อ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม 4 ข้อ ด้านการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ 5 ข้อ และด้านความยืดหยุ่น 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แปลผลระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 สุขภาวะทางจิตในระดับต่ำมาก, คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 มีสุขภาวะทางจิตในระดับต่ำ, คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 มีสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 มีสุขภาวะทางจิตในระดับสูง, คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 มีสุขภาวะทางจิตในระดับสูงมาก



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามการรอบรู้ด้านสุขภาพ และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงข้อคำถามใด ๆ จึงไม่ได้นำไปหาความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ ในด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ไปใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สูตร KR-21 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย (เลขที่ 10/2022) กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับทราบข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อกระบวนการรักษาและการรับบริการ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยจัดเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ลงนามยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่แผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยขอคำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สภาพการอยู่อาศัย โรคประจำตัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. การรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คำนวณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Spearman's Rho correlation coefficient เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการกระจายของข้อมูล การรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.94 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 53.62 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.89 ระดับการศึกษาชั้นประถม ศึกษาร้อยละ 59.42 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี/ภรรยา ร้อยละ 95.65 รายได้เพียงพอไม่มีหนี้สินร้อยละ 73.19 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 79.71 และระยะเวลาการป่วยเป็นโรค 11-15 ปี ร้อยละ 34.78 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 60 – 70 ปี	74	53.62
71 – 80 ปี	52	37.68
81-90 ปี	12	8.70
เพศ ชาย	47	34.06
หญิง	91	65.94
สถานภาพสมรส โสด	5	3.62
คู่	113	81.89
หย่า	20	14.49
ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา	8	5.80
ประถมศึกษา	82	59.42
มัธยมศึกษา ตอนต้น	14	10.14
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	10.14
อุดมศึกษา	20	14.50
ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	101	73.19
เพียงพอและมีหนี้สิน	31	22.46
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	6	4.35
สภาพการอยู่อาศัย อยู่ตามลำพัง	2	1.45
อยู่ร่วมกับครอบครัวสามี/ภรรยา	132	95.65
อยู่กับญาติ	4	2.90
โรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน	12	8.70
เป็นความดันโลหิตสูง	16	11.59
เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	110	79.71
ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี	24	17.39
6-10 ปี	38	27.54
11-15 ปี	48	34.78
15-20 ปี	23	16.67
มากกว่า 20 ปี	5	3.62

2. คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดีร้อยละ 84.79 โดยมีค่าเฉลี่ย 14.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.83 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนน จำนวน ร้อยละ และแปลความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 138)

คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลความหมาย
คะแนน 0 - 8 คะแนน	7	5.07	ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ
คะแนน 9 - 12 คะแนน	14	10.14	ความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้
คะแนน 13 - 16 คะแนน (M = 14.33, SD = 2.83)	117	84.79	ความรอบรู้ด้านสุขภาพดี



3. คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.33$, $SD = .44$) โดยค่าเฉลี่ยรายด้านที่มีค่าสูงมากที่สุดได้แก่ด้านหลักยึดเหนี่ยวทางใจ ($M = 4.41$, $SD = .39$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 138$)

สุขภาวะทางจิต	M	SD	ระดับ
ด้านอารมณ์จิตใจทางบวก	4.30	.57	สูงมาก
ด้านพึ่งพาตนเอง	4.30	.48	สูงมาก
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4.26	.63	สูงมาก
ด้านหลักยึดเหนี่ยวทางใจ	4.41	.39	สูงมาก
ด้านความยืดหยุ่น	4.36	.50	สูงมาก
ภาพรวม	4.33	.44	สูงมาก

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30$, $p < .01$)

การอภิปรายผล

1. คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดีร้อยละ 84.79 โดยมีค่าเฉลี่ย 14.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.83 คะแนน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ถึงร้อยละ 53.62 สามารถพึ่งพาตนเอง ช่วยเหลือตัวเองได้และส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังมานาน 11-15 ปี ถึงร้อยละ 34.78 จึงมีประสบการณ์ในการประเมินอาการของโรค มีการตัดสินใจการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไฮจ์แมน และคณะ (Heijmans et al., 2015) ศึกษาความรอบรู้สุขภาพในโรคเรื้อรังพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ร่วมกับครอบครัวสามี/ภรรยา ร่วมกันปรึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ คู่สมรสจะเป็นบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างพูดคุย ปรึกษา ช่วยพิจารณาตัดสินใจใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรที่มสุขภาพและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรุ ประเสริฐศรี (Ginggeaw & Prasertsri, 2016) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง

2. คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.33$, $SD = .44$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81.9 และอยู่ร่วมกับครอบครัวสามี/ภรรยาถึงร้อยละ 95.70 ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความรู้สึกว่ามีคนคอยดูแล ครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันกันดี ช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สินร้อยละ 73.20 ทำให้ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายหนี้สินต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา แก่นงูเหลือม และคณะ (Kanngooluem et al., 2022) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ร่วมกับครอบครัว และมีรายได้เพียงพอ มีสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีความกังวล มีหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการดำเนินชีวิต มีอารมณ์จิตใจทางบวก สามารถตั้งสติรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สามารถพึ่งพาตนเองและเป็นที่พึ่งให้บุคคลอื่น มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลและชุมชน มีความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิตรรา เศลวัตตะกุล (Selavattanakul, 2021) ศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท พบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับสูง



3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p < .01$) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีสุขภาวะทางจิตดีเช่นกัน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง มีความเข้าใจสิ่งที่แพทย์แนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีความสามารถและทักษะที่จะเลือกตัดสินใจปฏิบัติตน หรือจัดการตนเองด้านสุขภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพกายที่ดี เมื่อมีสุขภาพกายดีย่อมส่งเสริมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ทำให้เกิดสุขภาวะจิตใจทางบวก มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความยืดหยุ่นในการดำเนินชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุกัญญา แก่นสูง-เหลื่อม และคณะ (Kanngooluem et al., 2022) ศึกษาในผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 43.90 พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .001$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลู และคณะ (Liu et al., 2018) ศึกษาในผู้สูงอายุชาวจีนที่มีโรคเรื้อรังอาศัยในบ้านพักคนชรา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมความรู้สุขภาพและสุขภาวะจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและสุขภาวะจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่นโรคไต โรคหัวใจ และมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในทุกภาคของประเทศ เพื่อให้ความสัมพันธ์ของตัวแปรสามารถอ้างอิงในวงกว้างได้

References

- Aekplakorn, W. (2021). *The 6th Thai national health examination survey 2562–2563 BE*. Aksorn Graphic and Design.
<https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443> (in Thai)
- Aunprom-me, S., Deeroem, K., & Homsombut, Y. (2020). Health literacy in elderly from Nakhon Ratchasima Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 14(33), 88-106. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9_Journal/issue/view/16275 (in Thai)
- Choochom, O., Bonprakob, P., Boonprakob, M., Srijindarat, U., & Suthamarak, S. (2020). Development of psychological well-being for Thai elderly. *Srinakharinwirot Research and Development (Journal of Humanities and Social Sciences)*, 12(23), 112-124.
<https://so04.tci-thaijo.org/index.php/swurd/article/view/244111> (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.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/47244> (in Thai)



- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative, and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>
- Kanngooluem, S., Hengudomsub, P., & Dallas, J. C. (2022). The influence of protective factors on mental health among community-dwelling older adults. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(1), 227-240. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/issue/view/17300> (in Thai)
- Kareesun, K., Malathum, P., & Sutti, N. (2019). Relationships among health literacy, knowledge about hypertension control, and health behavior in older persons with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(3), 280-295. <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/56884> (in Thai)
- Karnjanapiboonwong, A., Kumwangsanga, P., & Kaewtha, S. (Eds.). (2020). *The situation on NCDs, diabetes mellitus, hypertension diseases and related risk factors report 2562 BE*. Aksorn Graphic and Design. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf> (in Thai)
- Liu, Y. B., Xue, L. L., Xue, H. P., & Hou, P. (2018). Health literacy, physical and mental health and activities of daily living among older Chinese adults in nursing home. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 30(6), 592-599. <https://doi.org/10.1177/1010539518800368>
- Maton, T., & Saengngoen, S. (2017). Factors associated with health promoting behavior among elderly in Sukhothai Province. *Journal of Public Health*, 47(1), 67-78. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/issue/view/7956> (in Thai)
- Nualsithong, N., Phuchongchai, T., Buajan, A., & Phattharasirisomboon, P. (2021). Stress and depression of the elderly with chronic diseases in Na Siew Sub-district, Muang Chaiyapoom District, Chaiyapoom Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 16(2), 78-89. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/251860/173578> (in Thai)
- Ploysuwan, C., Wongkpratoom, S., Rattanakamonkarn, C., Pantaewan, P., & Puengching, T. (2021). Factors affecting the health literacy of older adults with hypertension in Nong Prue Community, Samut Prakan Province. *Journal of Nursing and Education*, 14(2), 52-64. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/issue/view/17042> (in Thai)
- Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok. (n.d.). *Demography population and health statistics*. <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/lcdata/oldperson.php> (in Thai)
- Rouquette, A., Nadot, T., Labitrie, P., Van den Broucke, S., Mancini, J., Rigal, L., & Ringa, V. (2018). Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European health literacy survey questionnaire. *PLOS ONE*, 13(12), e0208091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208091>



- Selavattanakul, S. (2021). Factors predicting psychological well-being of elderly with chronic disease in Rural Area. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 11(1), 107-116. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/247661> (in Thai)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 948(2013). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*Power software*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Sukhothai Hospital, Medical Records and Statistics Section. (2020). *Outpatient statistics data*. Government Printing Document.
- Thongsuk, Y., Vatanasin, D., & Hengudomsab, P. (2019). Factors influencing psychological well-being among older adults. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(1), 95-110. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/185661> (in Thai)
- Toonsiri, C., & Boonnate, N. (2020). Psychological well-being among community-dwelling older adults. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 15(2), 116-123. <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/12757/10446> (in Thai)
- Wahl, A. K., Osborne, R. H., Larsen, M. H., Andersen, M. H., Holter, I. A., & Borge, C. R. (2021). Exploring health literacy needs in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Associations between demographic, clinical variables, psychological well-being, and health literacy. *Heart & Lung*, 50(3), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.007>



Factors Predicting Self-Management Among Older Persons with Stage 3 Chronic Kidney Disease*

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3*

สุภาพร	ป๋อสิ่ว**	Supaporn	Posiw**
ณัฐยานันท์	สุวรรณคุณหาสน***	Nattaya	Suwankruhasn***
โรจน์	จินตนาวัฒน์****	Rojanee	Chintanawat****

Abstract

Chronic Kidney Disease Stage III is a condition which affects the elderly physically, mentally, and socially. Self-management is a way to enable these patients to develop skills for managing their illnesses which can slow down kidney deterioration in the end-stage. This predictive descriptive research aimed to study health literacy, self-efficacy, social support, and self-management as well as the predictive power of health literacy, self-efficacy, and social support for self-management in the elderly with chronic kidney disease stage III. A total of 120 elderly people with chronic kidney disease stage III, who received service at Khlong Thom Hospital in Krabi Province, were selected by non-replaceable simple random sampling between August and September 2022. The research instruments include a Personal Information Questionnaire, a Health Literacy Questionnaire for the Elderly with Chronic Kidney Disease Stage III, a Self-Efficacy Interview, a Social Support Questionnaire for the Elderly with Chronic Kidney Disease, and a Self-Management Behaviors Questionnaire for the Elderly with Chronic Kidney Disease Stage III. Data were analyzed using descriptive statistics and normal multiple regression statistics.

The results of the research found that levels of health literacy ($M = 46.11$, $SD = 6.74$), self-efficacy ($M = 53.72$, $SD = 8.38$), social support ($M = 70.19$, $SD = 8.49$) and self-management ($M = 97.75$, $SD = 16.13$) were high. Health literacy, self-efficacy, and social support could jointly predict self-management among the elderly with chronic kidney disease stage III at 40.70%, with social support predicting self-management the most ($\beta = .345$, $p < .001$), followed by health literacy ($\beta = .262$, $p < .001$), and self-efficacy ($\beta = .205$, $p = .029$).

The results of this research will provide information for health personnel involved in the care of the elderly with chronic kidney disease stage III to integrate social support, health literacy, and self-efficacy in self-management promotion activities among this population.

Keywords: Self-management; Self-Efficacy; Health literacy; Older persons with stage 3 chronic kidney disease

* 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: nattaya.s@cmu.ac.th

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

Received 7 June 2023; Revised 19 September 2023; Accepted 28 September 2023



บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้สูงอายุ เป็นการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถชะลอการเสื่อมของไต ยืดระยะเวลาไตวายระยะสุดท้ายให้นานที่สุด การวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนายในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จำนวน 120 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายไม่แทนที่ ระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ normal multiple regression statistics

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 46.11$, $SD = 6.74$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($M = 53.72$, $SD = 8.38$) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($M = 70.19$, $SD = 8.49$) และการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ($M = 97.75$, $SD = 16.13$) ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้ร้อยละ 40.70 โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .345$, $p < .001$) รองลงมาเป็นความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .262$, $p < .001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .205$, $p = .029$) ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่จะบูรณาการการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากรายงานสถิติโรคไตเรื้อรังในสหรัฐอเมริกา ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป พบ ร้อยละ 13.6 ในปี พ.ศ. 2550-2555 และเพิ่มขึ้นเป็น 14.5 ในปี พ.ศ. 2559-2560 (United States Renal Data System 2019 Annual Data Report [USRDS], 2019) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 25.27 ในกลุ่มอายุ 65-74 ปี และ ร้อยละ 24.60 ในกลุ่มอายุ มากกว่า 75 ปี (Health Data Center (HDC), 2019)

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันบกพร่อง (Kritmethapak, & Anutrakulchai, 2019) มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการเรียนรู้จดจำลงเล็กน้อยขึ้น (Otobe et al., 2518) ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น ด้านเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว สูญเสียรายได้เนื่องจากญาติจำเป็นต้องหยุดงาน (Thaiwong, & Kanoksunthornrat, 2018) ในส่วนภาครัฐต้องใช้งบประมาณสูงกว่า 1,000 ล้านบาทต่อปีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องบำบัดทดแทนไต (Division of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) ดังนั้นเป้าหมายการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังไม่ให้เข้าสู่ระยะที่ต้องรักษาด้วยการล้างไตและการบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 คือ 1) ควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตร 2) ควบคุมระดับน้ำตาล 3) ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภค 4) งดการสูบบุหรี่ 5) หลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต ยากลุ่ม NSAID

การจัดการตนเอง (Self-management) ตามแนวคิดของ แคนเฟอร์ และ แกลlick-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มีขั้นตอน โดยมีความเชื่อพื้นฐานมาจากการมีส่วนร่วมของบุคคล เน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเอง และแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation และ 3) การเสริมแรง (Self-reinforcement) การจัดการตนเองจะดำเนินให้บรรลุเป้าหมายได้จะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ คือ อายุ (Lai et al., 2021) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Wongsaree, 2018) และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Chen et al., 2018) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Gela & Mengistu, 2018) การสนับสนุนทางสังคม (Chen et al., 2018)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นความสามารถเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลในการ อ่าน เขียน เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และการใช้ข้อมูล โดยใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง (Nutbeam, 2000) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา สามารถคิดวิเคราะห์นำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการชะลอการเสื่อมของไต รวมทั้งมีทักษะทางสังคมในการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการจัดการตนเอง ดังการศึกษาของ พิมพ์พลอย มหานูปาบ และคณะ (Mahanupab et al., 2022) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .55$, $p < .01$) นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Bandura, 1977) ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความเชื่อมั่น

ที่จะปฏิบัติในการชะลอการเสื่อมของไตด้วยตนเองส่งผลต่อการจัดการตนเอง ดังการศึกษาของ เสาวนีย์ กระแจะ-จันทร์ และคณะ (Krajachan et al., 2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .316, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคล ครอบครัว ชุมชนซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมการสนับสนุนทาง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร (House, 1987) หากผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุน สิ่งต่าง ๆ จากครอบครัว ชุมชน จะส่งผลให้มีการจัดการตนเองดี ดังการศึกษาของ เซน และคณะ (Chen et al., 2018) ที่ศึกษาบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .64, p < .001$) จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นตัวทำนายการจัดการตนเองได้ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถเรียนรู้การดำเนินโรค พุดคุยสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล และตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการตนเอง หากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดี ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง ร่วมกับได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดี ส่งผลให้ชะลอไตเสื่อมได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยทำนาย การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง และพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ต้องอาศัยการจัดการตนเอง ใน 3 ด้าน ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินผลตนเอง 3) การเสริมแรงตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะจัดการตนเองได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถ เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลในครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบข้อมูลจนสามารถเลือกการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับตัวเองได้ และหากผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ที่ดี ทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้เชื่อมั่นในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการชะลอการเสื่อมของไต และหากผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (House, 1987) ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากครอบครัว ชุมชนในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านประเมินค่า ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร จะทำให้การจัดการตนเองดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย (predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลคลองท่อม โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2014) ที่ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

2. รู้สึกตัวดี คัดกรองโดยใช้ แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (The short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ฉบับภาษาไทยโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Province public health Office, 2018) ได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป

3. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ออสบอร์น (Osborne, 2000) คือ 1 ตัวแปรต้นที่ศึกษาต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ซึ่งการศึกษานี้มีตัวแปรต้น 3 ตัว คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 120 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่จากเวชระเบียน โดยการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตามจำนวนที่กำหนดและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาที่คลินิกโรคเรื้อรังเพื่อทำการคัดกรอง กรณีที่คัดกรองไม่ผ่าน ผู้วิจัยจะสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้ 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ทานอาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลหลัก และข้อมูลความเจ็บป่วยได้แก่ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวนชนิดยาที่ได้รับ โรคร่วมอื่น ๆ การมาตรวจตามนัดแหล่งข้อมูลสุขภาพ

2. แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของ อดิเทพ ผาติ-อภิพันธ์ และคณะ (Patiapinun et al., 2018) คำถามทั้งหมด 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .83 และความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

3. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ของ อิชิกาวา และคณะ (Ishikawa et al., 2008) แปลย้อนกลับภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .78 และความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

4. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ ปริญา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ (Sritarapipat et al., 2023) สร้างจากแนวคิดของ แบรินดูรา (Bandura, 1997) มีข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรา

ส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย และ ไม่มั่นใจเลย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .97 และความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังของ น้ำเพชร หล่อตระกูล และคณะ (Lortrakul et al., 2000) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1987) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เป็นจริง จริงน้อย จริงส่วนใหญ่ จริงมากที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .94 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรอง Study code: 2565 – EXP005 เลขที่ 037/2565 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินวิจัย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยที่ผู้วิจัยได้มีการป้องกันการแพร่ระบาดโดยการล้างมือด้วยสบู่ เจลแอลกอฮอล์ และสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลคลองท่อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันนัดหมาย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยการเก็บข้อมูลวิจัย และยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังทีละข้อ ขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม โดยไม่อธิบายเพิ่มเติม เริ่มจากสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามข้อมูลตามแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และหยุดพัก 5-10 นาที ต่อด้วยแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และแบบสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้วิจัยบันทึกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามแล้ว ตรวจสอบแล้วข้อมูลครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย พบว่าส่วนมาก มีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 54.17 อายุเฉลี่ย 70.17 ปี (SD = 6.81) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.00 และกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.50 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.33 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ ร้อยละ 82.50 อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา และบุตร ร้อยละ 35.00 และส่วนมาก มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 65.00 มีระยะเวลาที่ได้รับ



การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในช่วง 5 ปี ร้อยละ 25.80 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 3.70 ปี (SD = 1.81) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีจำนวนชนิดยาที่ได้รับมากกว่า 3 ชนิด ร้อยละ 81.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีโรคร่วมเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 52.50 เกือบทั้งหมดมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 90.83 และแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงมากที่สุด คือ แหล่งข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 91.66

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 46.11 (SD = 6.74) อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 53.72 (SD = 8.38) อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 70.19 (SD = 8.49) อยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเท่ากับ 97.75 (SD = 16.13) ดังตารางที่ 1

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

ตัวแปร	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด - สูงสุด)	M (SD)	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	28.00-56.00	46.11 (6.74)	สูง	
ระดับต่ำ				1 (0.83)
ระดับปานกลาง				35 (29.17)
ระดับสูง				84 (70.00)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	23.00-60.00	53.72 (8.38)	สูง	
ระดับต่ำ				2 (1.67)
ระดับปานกลาง				10 (8.33)
ระดับสูง				108 (90.00)
การสนับสนุนทางสังคม	40.00-80.00	70.19 (8.49)	สูง	
ระดับต่ำ				-
ระดับปานกลาง				23 (19.20)
ระดับสูง				97 (80.80)
การจัดการตนเอง	55.00-123.00	97.75 (16.13)	สูง	
ระดับต่ำ				-
ระดับปานกลาง				28 (23.30)
ระดับสูง				92 (76.70)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 40.70 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .345, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่า Enter multiple linear regression analysis ในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ค่าคงที่ และค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายการจัดการตนเอง

ตัวแปรอิสระ	B	Std. Error	Beta
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.626	.186	.262 *
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.394	.179	.205 *
การสนับสนุนทางสังคม	.656	.170	.345 **
a (Constant)	1.624	11.027	
R = .638		Adjusted R Square = .392	F = 26.589
R Square = .407		Std. Error Square = 12.582	

หมายเหตุ *P < .05, **p < .001

การอภิปรายผล

1. ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับวิจารณ์ญาณ คือสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นำมาประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพและผลักดันเป็นแบบอย่าง สามารถแนะนำกับบุคคลรอบข้าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 54.17 สามารถเรียนรู้อ่านเอกสารและสื่อสาร รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้ดี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.00 จึงสามารถฟัง พูด อ่าน เขียนเข้าใจ และ ได้รับแหล่งข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงร้อยละ 91.70 จึงสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.50 และมีบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 65.00 ซึ่งบุคคลในครอบครัวเกื้อหนุน สนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้รับข้อมูลด้านสุขภาพส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอร้อยละ 82.50 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการแสวงหาความรู้ ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับสูง ดังการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังของ นวลักษณ์ กลาง-บุรีรัมย์ และ เพชรรัตน์ เจริมรอด (Klangburam & Jermrod, 2022) ที่พบว่า อายุน้อยความระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าอายุมาก ผู้สูงอายุที่เรียนหนังสือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าที่ไม่ได้เรียนหนังสือและผู้ที่มิรายได้ต่ำจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ โบเดอ และคณะ (Bodur et al., 2017) ที่พบว่า อายุน้อยความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าคนที่อายุมาก ระดับการศึกษาสูงและรายได้สูงมักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ระดับสูง (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความมั่นใจในการสอบถามข้อสงสัยในแผนการรักษา มีความมั่นใจในการปรับกิจกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอายุในวัยผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 54.17 การเรียนรู้จดจำดีเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่าย ได้ข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 91.66 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอยู่ในช่วง 5 ปี ร้อยละ 25.80 มีความมั่นใจในการมาตรวจตามนัด กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามแพทย์นัด ร้อยละ 90.83 จึงทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับสูง ดังการศึกษาของ ไไล และคณะ (Lai et al., 2021) ที่

พบว่า อายุน้อย ระยะเวลาเป็นโรคนานและการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อสมรรถนะแห่งตน เนื่องจากอายุน้อยสามารถค้นหาข้อมูลสื่อสารบุคลากรสุขภาพได้ง่าย และระยะเวลาเป็นโรคนานทำให้เข้าใจการดำเนินโรค ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับสูง (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดจากบุตร หลาน คู่สมรส เพื่อน บ้าน หรือบุคคลที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นประจำ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.50 ซึ่งได้รับการช่วยเหลือใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ผ่านการสัมผัส โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 65.00 ด้านข้อมูลข่าวสารได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพร้อยละ 91.70 ด้านการประเมินค่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความไว้วางใจ ชื่นชม และยกย่อง เมื่อปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเงิน เสื้อผ้า ของใช้ต่าง ๆ จัดหาอาหารที่เหมาะสม ทำให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับสูง ดังการศึกษาของ จิตานันท์ กระสันต์ และคณะ (Krasan et al., 2020) ที่ศึกษาปัจจัยทางคลินิก การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรักษา และคุณภาพชีวิตในผู้ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า สถานะภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส คู่สมรสสามารถดูแล ช่วยเหลือทั้งด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน รวมถึงการประคับประคองจิตใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องอยู่ตัวคนเดียวไม่มีบุคคลอื่นดูแล

การจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านการรับประทาน อาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด โดยผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กับบุคลากรสุขภาพ ในการวางแผนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถนำคำแนะนำที่ได้มาวางแผนร่วมกันและนำมาปรับใช้จนเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นมากที่สุด คือ มีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 54.20 ซึ่งผู้สูงอายุตอนต้น มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราภาพไม่มาก สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี มีความสนใจ ใฝ่ใจ มีศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองตามแผนการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.50 และอาศัยอยู่กับสามีภรรยา และบุตร ร้อยละ 35.00 ซึ่งบุคคลที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นประจำ คือ บุคคลในครอบครัว ร้อยละ 65.00 อาจกล่าวได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีครอบครัวคอยส่งเสริม และสนับสนุนในการจัดการตนเองต่อโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตักเตือนเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม เป็นผู้จัดหาอาหารให้เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กระตุ้นให้ออกกำลังกาย พาไปตรวจตามแพทย์นัด คอยสังเกตอาการผิดปกติพาไปพบแพทย์ได้ทันที และยังพบว่าความเพียงพอของรายได้ส่งผลต่อการจัดการตนเองโดยผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความเพียงพอต่อรายได้ร้อยละ 82.50 รายได้เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการทางกาย การมีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันส่งผลให้สามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทาง

การแพทย์ถึงร้อยละ 91.66 เมื่อมีความมั่นใจในความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ดังการศึกษาของ ไล และคณะ (Lai et al., 2021) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังก่อนระยะบำบัดทดแทนไตที่ประเทศไต้หวัน จำนวน 112 คน พบว่า ผู้ที่อายุน้อยมีการจัดการตนเองได้ดีกว่าผู้ที่อายุมาก ($p < 0.01$) ดังการศึกษาของ ผาสุข สุตวัฒน์ และคณะ (Suttawat et al., 2021) ที่ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 77 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = -.24, p < .03$)

2. ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 40.70 (ตารางที่ 2) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้สูงที่สุด ($\beta = .345, p < .001$) รองลงมาเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้ ($\beta = .262, p < .001$) และปัจจัยที่สามารถรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการจัดการตนเองได้ ($\beta = .205, p = .029$) แสดงว่าผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจโดยการสัมผัสเบา ๆ การจับมือ ด้านข้อมูลข่าวสารได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องรวมถึงการเตือนจากบุคลากรทางสุขภาพหรือบุคคลใกล้ชิดเมื่อปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ด้านการประเมินค่าได้รับคำชมเชยจากบุคลากรด้านสุขภาพ การได้รับคำยกย่องจากบุคคลใกล้ชิดเมื่อปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และด้านทรัพยากรได้รับการสนับสนุนด้านการเงินได้รับความช่วยเหลือเรื่องการจัดหาอาหารที่เหมาะสมรวมถึงของใช้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถจัดการตนเองได้ดี

นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพถึงระดับวิจารณ์ญาณ ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ สามารถทำความเข้าใจข้อมูล ขอรับคำปรึกษาจากบุคคลที่มีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และสื่อสารข้อสงสัยกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ สามารถนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์เปรียบเทียบ เลือกข้อมูลนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความมั่นใจในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลในครอบครัว รวมถึงขอคำปรึกษาคำแนะนำบุคลากรทางสุขภาพ และมีความมั่นใจในตนเองในการจัดการด้านอารมณ์ ความเครียดที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นอกจากนี้การรับรู้ต่อตนเองว่ามีความสามารถมีความมั่นใจในการกระทำมีความอดทนและพยายามกระตุ้นตนเองในการประพฤติดิพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จัดการตนเองได้ดี

การศึกษาค้นหานำปัจจัยคัดสรร 3 ปัจจัย ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายการจัดการตนเองได้สูงที่สุด ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ นฤภัทร ดุเหว่า และคณะ (Duwao et al., 2022) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 74 โดย การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .557, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติยา ขาสวรรณ และคณะ (Chasuwan, et al., 2023) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรอบรู้ด้าน

สุขภาพสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 69.60 โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .516, p < .001$) แตกต่างจากการศึกษาของ เนตรนภา พันเล็ก และคณะ (Phanlek et al., 2022) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังชนิดที่ 2 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 28.30 โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการจัดการตนเองได้สูงสุด ($\beta = .433, p < .001$) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่บูรณาการการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการสนับสนุนทางสังคมทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด ดังนั้นควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยบูรณาการการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

References

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bodur, A. S., Filiz, E., & Kalkan, I. (2017). Factors effecting health literacy in adults: A community based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 100-109.
- Chasuwan, K., Tamdee, D., & Panuthai, S. (2023). Factors predicting self-management among older persons with hypertension. The Southern College Network. *Journal of Nursing and Public Health*, 10(1), 136-152.
- Chen, Y. C., Chang, L. C., Liu, C. Y., Ho, Y. F., Weng, S. C., & Tsai, T. I. (2018). The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 265-275.
- Chiang Mai Province public health Office. (2018). *Handbook of DMS Aging screening*. https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197 (in Thai)
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2014). *Guidelines for screening and caring for patients with chronic non-communicable diseases*. The Agricultural Co-operative Federation of Thailand.
- Division of Non Communicable Diseases. (2022). *Epidemiology and review of preventive measures for chronic kidney disease*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf>



- Duwao, N., Chintanawat, R., & Suwankruhasn, N. (2022). Predictive factors for self-management amongst older persons with knee osteoarthritis. *Thai Journal of Nursing Council*, 37(3), 75-92.
- Gela, D., & Mengistu, D. (2018). Self-management and associated factors among patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis at health facilities in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 11, 329-336.
- Health Data Center (HDC). (2019). *Standard reporting group, information to respond to the service plan of the kidney*.
https://lei.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=47a33f6886e36962dec4bb578819ba64
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2, 135-146.
<https://doi.org/10.1007/BF01107897>
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
<https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *A textbook of methods* (pp. 305-360). Pergamon Press.
- Klangburam, N., & Jermrod, P. (2022). Health literacy of chronic kidney disease patients. *Kalasin University Journal of Science Technology and Innovation*, 1(1), 61-77.
- Krajachan, S., Duangpaeng, S., & Masingboon, K. (2018). Factors associated with self-management behaviors among patients with chronic kidney disease stage 1-3 in Trat Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 34(1), 14-22.
- Krasan, C., Thipayamongkolkul M., Suwanphong, N., & Labprisutthi, N. (2020). Clinical factors, social support, treatment satisfaction, and quality of life among renal transplant recipient. *Thai Journal of Health Education*, 43(2), 179-190.
- Kritmethapak, K., & Anutrakulchai, S. (2019). Uremia. In S. Kantchuvessiri, W. Chancharoenthan, K. Kiatsunthorn, P. Kotchaseni, W. Chailimpamontri, & T. Trakanwanit (Eds.), *Textbook of diseases. Chronic kidney disease: A textbook of chronic kidney disease* (pages 96-113). Text and Journal Publishing.
- Lai, P. -C., Wu, S. -F. V., Alizargar, J., Pranata, S., Tsai, J. -M., & Hsieh, N. -C. (2021). Factors influencing self-efficacy and self-management among patients with Pre-End-Stage Disease (Pre-ESRD). *Healthcare*, 9, 266. <https://doi.org/10.3390/Healthcare9030266>
- Lortrakul, N., Chaiwan, S., Lasuka, D., Pothiban, L., Parisunyakul, S., & Suwanprapisa, T. (2000). *Social support and health promoting behaviors among the elderly with coronary artery disease*. Chiang Mai University.
<https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:97552>



- 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)
- Noppakraw, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Otobe, Y., Hiraki, K., Hotta, C., Izawa, K. P., Sakurada, T., & Shibagaki, Y. (2019). The impact of the combination of kidney and physical function on cognitive decline over 2 years in older adults with pre-dialysis chronic kidney disease. *Clinical and Experimental Nephrology*, 23(6), 756-762.
- Osborne, S. (2000). Introduction: Understanding public-private partnerships in international perspective: Globally convergent or nationally divergent phenomena? In S. Osborne (Ed.), *Public-Private Partnerships: Theory and Practice in International Perspective* (pp. 1-5). Abingdon-on-Thames: Taylor & Francis.
<http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=DLQnVaKwVP0C&pgis=1>
- Patiapinun, A., Toskulkao, T., & Leelahakul, V. (2018). The effects of self-management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self-management behaviors and blood pressure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 29(2), 13-27.
- Phanlek, N., Suwankruhasn, N., & Chintanawat, R. (2022). Factors predicting self-management among older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal CMU*, 49(4), 99-113.
- Sritarapipat, P., Pothiban, L., Panuthai, S., Lumlertgul, D., & Nanasilp, P. (2023). Causal model of elderly Thais' self-management behaviors of pre-dialysis chronic kidney disease. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 277-293.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5566>
- Suttawat, P., Maneenet, S., Chuwongtrakul, J., & Buntam, P. (2021). Relationship between supporting factors and factors that impede the self-management behavior of patients undergoing continuous peritoneal dialysis Nakhon Nayok. *Journal of the Police Nurses*, 30(2), 242-250.
- Thaiwong, A., & Kanoksunthornrat, N. (2018). Symptoms that influence quality of life in patients with chronic kidney disease. *Southern Nursing and Public Health Network Journal*, 5(2), 175-188.
- United States Renal Data System. (2019). *US renal data system 2019 annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States*. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
- Wongsaree, C. (2018). Factors predicting health self-management in end stage renal disease patient receiving hemodialysis in a private hospital, Thailand. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(3), 66-77.



The Relationships of Parenting and Family Relations with Executive Functions in Early Childhood

ความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวต่อการพัฒนาการ
ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

วรรณวิการ์	ใจกล้า*	Wanwika	Jaikla*
มาลี	เอื้ออำนวย**	Malee	Urharmnuay**
ศศิธร	คำมี***	Sasithorn	Kummee***
ขจรวิญา	ประภาเลิศ*	Kajornwithaya	Prapalert****
กมลทิพย์	ใจมาคำ*	Kamontip	Chaimakham*****

Abstract

Executive functions are high-order cognitive abilities which enable children to manage and control their thoughts, emotions, and behavior resulting in their achievement of goals and adaptation to life situations. This correlational descriptive research aimed to investigate executive function development in early childhood and the relationships between parenting, family relationships, and executive function development in early childhood. The sample consisted of 95 parents of children in early childhood. Data were collected at 7 child development centers in Mueang Lampang, Lampang province from October to November 2022. The research instruments included 1) the caregivers and children's personal information questionnaire, 2) the parent's report scale, 3) the family environment scale, and 4) the assessment of executive functions in early childhood form. The reliabilities of the parent's report scale and assessment of executive functions in early childhood, determined by Cronbach's alpha coefficient, were .81 and .80, respectively. The reliability of the family environment scale, demonstrated by the KR20, was .83. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of this study revealed that:

1. The executive function development of the children in early childhood was at a good level ($M = 57.56$, $SD = 11.67$). In determination of each dimension, it was found that three aspects were at a good level: working memory ($M = 56.12$, $SD = 8.87$), inhibitory control ($M = 56.72$, $SD = 8.30$), and emotional control ($M = 56.41$, $SD = 8.78$). The other two aspects were at a moderate level: shift/cognitive flexibility ($M = 55.85$, $SD = 8.82$) and planning and organizing ($M = 55.80$, $SD = 9.18$).

2. Parenting showed a statistically significant positive correlation with executive functions at a low level ($r = .209$, $p < .05$) while family relationships had a statistically significant positive correlation with executive functions at a moderate level ($r = .306$, $p < .01$).

The findings of this study can be used as information for parents to strengthen good parenting behaviors which are particularly appropriate, such as disciplining children consistently, raising children without abandon, and building good family relationships for enhancing the executive functions of children in early childhood.

Keywords: Parenting; Family relationships; Executive function; Early childhood

* Lecturer, Faculty of Nursing, Nation University

** Associated Professor, Faculty of Nursing, Nation University

*** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Nation University; e-mail: sasithorn.nur@gmail.com



บทคัดย่อ

พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร เป็นความสามารถทางสติปัญญาในระดับสูง ทำให้เด็กสามารถบริหารและควบคุมความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ส่งผลให้เด็กไปสู่เป้าหมายและปรับตัวต่อสถานการณ์ในชีวิตได้ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว กับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย เก็บข้อมูลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 7 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 95 คน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก 2) แบบประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง 3) แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัว และ 4) แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .81 และ .80 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวโดยใช้ KR-20 ได้เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 57.56$, $SD = 11.67$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับดี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความจำขณะทำงาน ($M = 56.12$, $SD = 8.87$) ด้านการหยุดยั้งพฤติกรรม ($M = 56.72$, $SD = 8.30$) และด้านการควบคุมอารมณ์ ($M = 56.41$, $SD = 8.78$) อยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการเปลี่ยนความคิด ($M = 55.85$, $SD = 8.82$) ด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการ ($M = 55.80$, $SD = 9.18$)

2. พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .209$, $p < .05$) และสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .306$, $p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับผู้ปกครอง ในการเสริมสร้างพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ดี โดยเฉพาะการใช้เหตุผลที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ การเลี้ยงดูที่ไม่ทอดทิ้งเด็ก และการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร
เด็กปฐมวัย

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น e-mail: sasithorn.nur@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กปฐมวัย (early childhood) มีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 6 ปี (Office of the Education Council, 2021) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (executive functions) ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) (Harnmethee et al., 2018) ในการทำหน้าที่ประสานงานกับสมองส่วนอื่น ๆ และกำกับควบคุมอารมณ์ ความคิด การกระทำของตนให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Diamond, 2013) ซึ่งการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความจำขณะทำงาน (working memory) 2) ด้านการหยุดยั้งพฤติกรรม (inhibitory control) 3) ด้านการเปลี่ยนความคิด/การยืดหยุ่นทางความคิด (shift/cognitive flexibility) 4) ด้านการควบคุมอารมณ์ (emotional control) 5) ด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการ (planning & organizing) (Chutabhakdikul et al., 2017) ซึ่งพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเป็นพื้นฐานของพัฒนาการด้านอื่น ๆ และพัฒนาการขั้นถัดไป (Sungsakul et al., 2021)

กระทรวงศึกษาธิการ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ ปี พ.ศ. 2561-2580 มุ่งเน้นการพัฒนาคนตั้งแต่วัยปฐมวัย เพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ (National Strategic Committee, 2018) ซึ่งกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้จัดให้มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศไทย จำนวน 18,810 ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดการศึกษาที่มีคุณภาพและมาตรฐานให้แก่เด็กอายุ 2-5 ปี อย่างทั่วถึง (Office of the Education Council, 2021) เนื่องจากช่วงปฐมวัยนี้เป็นช่วงเวลาที่สมองมีการพัฒนาสูงสุด โดยมีการแตกแขนงของกิ่งประสาท (dendrites) และเพิ่มจุดเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synapses) มากที่สุด จึงเป็นช่วงหน้าต่างแห่งโอกาสในการพัฒนาสมองและส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ รวมถึงส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาของสมอง (Chutabhakdikul et al., 2017) โดยเด็กที่มีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารดีจะมีความจำดี และมีความลื่นไหลทางสติปัญญา (fluid intelligence) (Ger & Roebers, 2023) มีความพร้อมในการเรียนรู้เกี่ยวกับคำศัพท์ ความเข้าใจภาษา วิทยาศาสตร์ (Nayfeld et al., 2013) และคณิตศาสตร์ (Friso-van den Bos et al., 2013) รวมถึงเด็กที่ได้รับการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารจะมีสมรรถนะทางสังคมที่ดี (Romero-Lopez et al., 2020) ส่วนเด็กที่มีความบกพร่องการคิดเชิงบริหารจะมีสมาธิสั้น ก้าวร้าวมีปัญหาในการปรับตัวและขาดทักษะทางสังคม (Romero-Lopez et al., 2017)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยประเทศไทยยังต่ำกว่าเกณฑ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล และคณะ (Chutabhakdikul et al., 2017) ที่ศึกษาในเด็กอายุ 2-6 ปี จำนวน 2,965 คน พบว่าเด็กมีการคิดเชิงบริหารต่ำกว่าเกณฑ์ เฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 30 ของเด็กในแต่ละช่วงอายุ การศึกษาของ จิระพร ชะโน และ ธนารัตน์ ศรีผ่องงาม (Chano & Sripong-ngam, 2019) ในเด็กอายุ 5-6 ปี จำนวน 87 คน พบว่าเด็กมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ 25.30 และการศึกษาของ ปาริชาติ อาษาธง และ ทองมี ผลาผล (Arsarthong & Palapol, 2022) ในเด็กอายุ 2-6 ปี จำนวน 148 คน มีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ 38.78 ซึ่งพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ (Chutabhakdikul et al., 2017)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็ก ได้แก่ ปัจจัยด้านเด็ก เช่น น้ำหนักแรกเกิด การได้รับนมแม่ ระยะเวลาอนอนกลางคืน (Leungratanamart et al., 2021) เพศ อายุ (Bernier et al., 2015) พัฒนาการ (Seamkhumhom et al., 2019) และพื้นฐานทางอารมณ์ (Labnok et al., 2020) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สัมพันธภาพระหว่างครูและเด็ก (Goble et al., 2019) รูปแบบการสอน (Tamaekong, 2019) ปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว เช่น ความเครียด (Phinthong et al., 2018) พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (Seamkhumhom et al., 2019) รายได้ครอบครัว (Leungratanamart et al., 2021) พัฒนาการ



ด้านการคิดเชิงบริหารของบิตามารดา (Crandall et al., 2015) ความเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว (Lund et al., 2020) สัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร (Labnok et al., 2020) และสัมพันธภาพในครอบครัว (Schroeder & Kelley, 2010) ซึ่งช่วงปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงที่เด็กมีความใกล้ชิดและใช้เวลาอยู่กับผู้ปกครองและครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัวจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหารแตกต่างกัน ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ น้ำหนักแรกเกิดของเด็กเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ จากการศึกษาแม่พบว่า พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของบิตามารดา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหารของบุตร แต่ช่วงปฐมวัยซึ่งเป็นเวลาที่ดีที่สุด (critical period) ของพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (Harnmethee et al., 2018) โดยพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กมีโอกาสในการฝึกคิด และเกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการคิดเชิงบริหารและกำกับตนเองไปสู่ความสำเร็จได้ (Chutabhakdikul et al., 2017) และเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาได้

พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูของผู้ปกครอง เป็นวิธีการเลี้ยงดูที่ พ่อ แม่ หรือสมาชิกในครอบครัวแสดงออกตามการรับรู้ของตน (Cohen et al., 1977) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเคารพตัวตนของเด็ก คือ การเลี้ยงดูที่ส่งเสริมให้เด็กมีความคิดสร้างสรรค์และมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตัวเอง 2) ด้านการใช้กฎระเบียบอย่างสม่ำเสมอ คือ การเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองกำหนดกฎระเบียบในครอบครัวอย่างชัดเจนให้เด็กปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ 3) ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง คือ การเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองเปิดโอกาสให้เด็ก มีส่วนร่วมในการกำหนดกฎระเบียบและเคารพในความคิดเห็นของเด็ก 4) ด้านการไม่ควบคุมเด็กจนเกิดความละอาย คือ การเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองไม่ได้กำหนดกฎระเบียบที่เข้มงวดให้เด็กทำอย่างเคร่งครัด และ 5) ด้านการไม่การทอดทิ้งเด็ก คือ การเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองสนใจอบรมชี้แนะสิ่งที่ถูกต้องเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูของผู้ปกครองของผู้ปกครองที่แตกต่างกัน การศึกษาพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูของผู้ปกครองของมารดาเด็กอายุ 3-6 ปี พบว่า การเลี้ยงดูบุตรแบบประชาธิปไตย โดยการให้ความรักความเอาใจใส่อย่างไม่ตามใจหรือเข้มงวดจนเกินไป และมีเหตุผลยอมรับความคิดเห็นเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) (Labnok et al., 2020) การศึกษาพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็กอายุ 3-5 ปี พบว่า การเลี้ยงดูบุตรเชิงลงโทษเพียงเล็กน้อย โดยผู้ปกครองลงโทษเด็กด้วยการตีด้วยมือ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่อเด็กทำผิดเพื่อให้เด็กเรียนรู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติอีกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) การเลี้ยงดูบุตรเชิงบวก โดยผู้ปกครองพูดคุยกับเด็กอย่างนุ่มนวลเป็นมิตรและกล่าวชมเชยเด็ก การเลี้ยงดูที่ส่งเสริมวินัยไม่สม่ำเสมอรวมทั้งการส่งเสริมวินัยโดยการสอนเด็กเมื่อเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม การเลี้ยงดูทั้ง 3 อย่างนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน (Seamkhumhom et al., 2019) การศึกษาพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูของผู้ปกครองของผู้ปกครองเด็กอายุ 3-6 ปี ผลพบว่า การอบรมเลี้ยงดูแบบทอดทิ้งไม่คอยเอาใจใส่และลงโทษด้วยวิธีรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กด้านการยังคิดไตร่ตรองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .001$) และพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .001$) (Alaniz, 2015) และการเลี้ยงดูที่ใช้ความรุนแรงจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย (Praprom & Surinya, 2018)

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวโดยการทำกิจกรรมร่วมกันดูแลเอาใจใส่ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Moos & Moos, 1986) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสัมพันธ์ คือ สมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดผูกพัน ห่วงใย เอาใจใส่และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) ด้านการแสดงออก คือ สมาชิก



ในครอบครัวแสดงความรู้สึกของตนออกมาอย่างเปิดเผยต่อคนในครอบครัว และ 3) ด้านความไม่ขัดแย้ง คือ สมาชิกในครอบครัวไม่ได้แสดงออกถึงความรู้สึกหรือการกระทำที่ขัดแย้งกัน โดยครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีความขัดแย้งน้อยจะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารดี การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับสัมพันธภาพของมารดากับเด็กอายุ 3-6 ปี ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพของมารดากับเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .73, p < .001$) (Labnok et al., 2020) การศึกษาในต่างประเทศ เกี่ยวกับสัมพันธภาพของมารดากับเด็กอายุ 5-12 ปี ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กด้านการวางแผน จัดระบบดำเนินการ ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51, p < .001$) แต่ด้านความขัดแย้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .001$) (Schroeder & Kelley, 2010) การศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและเด็กที่มีอายุ 15 เดือน -2 ปี ผลพบว่าความผูกพันที่มั่นคงระหว่างมารดากับเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37, p < 0.001$) (Bernier et al., 2015)

การส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารควรเริ่มตั้งแต่ในขวบปีแรก เนื่องจากทักษะด้านความจำเริ่มพัฒนาตั้งแต่เด็กมีอายุ 1 ปี (Chutabhakdikul & Lertawasdatrakul, 2020) ดังนั้นเมื่ออายุ 1-3 ปี ควรฝึกให้เด็กจดจำความคิดและไม่วอกแวกกับสิ่งล่อใจทั้งภายในและภายนอก รวมถึงฝึกให้เด็กเรียนรู้กฎกติกาต่าง ๆ (Hammethee & Boonmak, 2018) เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มเรียนรู้ระเบียบวินัย คุณธรรมจริยธรรม ตามทฤษฎีพัฒนาการของโคลเบอร์ก และเมื่อเด็กอายุ 4-5 ปี ควรพัฒนาด้านการปรับเปลี่ยนความคิด คัดยัดหยุนคิด หลากหลายคิดนอกกรอบ เพื่อเป็นพื้นฐานให้เด็กพัฒนาการควบคุมอารมณ์ และด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการ ต่อไป (Chutabhakdikul & Lertawasdatrakul, 2020)

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม โดยบิดา มารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น (Kanjanaakuntorn & Chaiumporn, 2019) จึงนำบุตรเข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงอายุที่ลดลง ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจเบื้องต้นในพื้นที่ศึกษาพบว่า แม่ครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กส่วนใหญ่ได้เคยอบรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย แต่ยังไม่เคยได้รับการอบรมการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็ก จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กในพื้นที่ ๆ ทำการศึกษา และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาในเด็กช่วงอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ยังไม่พบการศึกษาในเด็กอายุ 2-5 ปี ซึ่งการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กที่มีอายุเพิ่มขึ้นนั้น อาจทำให้พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กล่าช้าได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็ก อายุ 2-5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เริ่มมีการพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในบริบทของพื้นที่การศึกษา เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานแรกที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดและปัจจัยดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลในเสริมสร้างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็กของผู้ปกครองและการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวที่เหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย



2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรม พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองส่วนหน้า ในการทำหน้าที่ประสานงานกับสมองส่วนอื่น ๆ และกำกับควบคุมอารมณ์ ความคิด การกระทำของตนให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Anderson, 2002; Diamond, 2013) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความจำขณะทำงาน คือ ความสามารถในการจำข้อมูลไว้ในใจและจัดการข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ 2) ด้านการหยุด ยับยั้งพฤติกรรม คือ การยับยั้งพฤติกรรมตนเองคิดก่อนทำหยุดพฤติกรรมที่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน รวมถึงควบคุมความคิด จดจ่อในเรื่องที่กำลังทำและยับยั้งไม่ให้คิดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง 3) ด้านการเปลี่ยนความคิด/การยืดหยุ่นทางความคิดคือ ไม่ยึดติดความคิดเดียว รู้จักเปลี่ยนความคิดและมุมมองได้ 4) ด้านการควบคุมอารมณ์ คือ สามารถควบคุมอารมณ์ให้แสดงออกอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ และ 5) ด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการ คือ การวางแผนจัดการงานให้เสร็จ ตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญ เริ่มต้นลงมือทำโดยไม่ติดกับปัญหาเล็กน้อย คาดการณ์และ ติดตามผลการกระทำ เพื่อปรับปรุงงานให้ดีขึ้น พบว่าอาจมีปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความแตกต่างกันในเด็กแต่ละคน คือ พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เด็กมีโอกาสนในการฝึกคิดและเกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการคิดเชิงบริหารและกำกับกับตนเองไปสู่ความสำเร็จได้ (Chutabhakdikul et al., 2017) 1) ปัจจัยพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เป็นวิธีการเลี้ยงดูที่ พ่อ แม่ หรือสมาชิกในครอบครัวแสดงออกตามการรับรู้ของตน (Cohen et al., 1977) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคารพตัวตนของเด็ก ด้านการใช้กฎระเบียบอย่างสมอบต้นสมอบปลาย ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ด้านการไม่ควบคุมเด็กจนเกิดความละเลย และด้านการไม่การทอดทิ้งและ 2) ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวโดยการทำกิจกรรมร่วมกับ ดูแลเอาใจใส่ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Moos & Moos, 1986) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ ด้านการแสดงออก และด้านความไม่ขัดแย้ง ผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็กที่ดีจะเป็นการบ่มเพาะเด็กให้รู้จักใช้เหตุผลในการกระทำต่าง ๆ สามารถอดทนรอคอยได้ จดจ่อในการทำงาน รวมทั้งเด็กสามารถควบคุมอารมณ์และวางแผนการจัดการดำเนินการได้ ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีทำให้เด็กเติบโตในบรรยากาศที่อบอุ่นมีตัวแบบที่ดี ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ที่ดี อาจส่งผลต่อพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยได้ (Hammethee et al., 2018)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดา มารดาหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี เป็นหลักที่นำเด็กมารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดาหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี เป็นหลักที่นำเด็กมารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเปิดตาราง กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) 0.80 และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) ที่ .30 (Polit, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย แต่ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้น ร้อยละ 10 รวมเป็น 95 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไม่สมบูรณ์



การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) ผู้วิจัยจับฉลากเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดเล็ก โดยจับฉลากแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) จำนวน 7 แห่ง จากทั้งหมด 12 แห่ง 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้วยวิธีการเลือกตามสัดส่วนประชากร (proportional sampling) 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ผู้ปกครองอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสาร ภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย
2. เด็กอายุ 2-5 ปี มีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ประเมินจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM) โดยครูพี่เลี้ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ เป็นชุดแบบประเมินประกอบด้วยแบบประเมินจำนวน 4 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และเป็นคำถามชนิดปลายเปิดให้เติมข้อความลงในช่องว่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็ก อายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา เพศ จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และสถานภาพสมรสของบิดามารดาเด็ก 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย อายุ เพศ ลำดับของบุตร ระยะเวลาที่เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ชุดที่ 2 แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กในเด็กปฐมวัย (MU.EF-101) ของ นวลจันทร์ จุฑาภักติกุล และคณะ (Chutabhakdikul et al., 2017) มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด จำนวนทั้งหมด 32 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความจำขณะทำงาน 6 ข้อ ด้านการหยุดยั้งยังพฤติกรรม 10 ข้อ ด้านการเปลี่ยนความคิด 5 ข้อ ด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการ 6 ข้อ ด้านการควบคุมอารมณ์ 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรม และ 4 หมายถึง มีพฤติกรรมทุกวัน คะแนนรวมมีค่า 0-128 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนดิบรวมมาแปลงเป็นคะแนนมาตรฐานที่ (T-score) ตามเกณฑ์ในตารางที่ตรงกับช่วงอายุและเพศของเด็ก แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก/สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก คะแนนมาตรฐานที่มากกว่า 60 คะแนน ระดับดี/สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คะแนนมาตรฐานที่ 56-60 คะแนน ระดับปานกลาง/เกณฑ์เฉลี่ย คะแนนมาตรฐานที่ 45-55 คะแนน ระดับควรพัฒนา/เริ่มต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คะแนนมาตรฐานที่ 40-44 คะแนน และระดับควรปรับปรุง/ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก คะแนนมาตรฐานที่ น้อยกว่า 60 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบประเมินการพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (The Parent's Report Scale) ของ โคเฮน และคณะ (Cohen et al., 1977) แปลและเรียบเรียงฉบับภาษาไทยโดย วชิรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ (Wuthirornarith, 2013) มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด จำนวนรวมทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วยข้อย่อยด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ ด้านการเคารพตัวตนของเด็ก ด้านการใช้กฎระเบียบอย่างเสมอภาค ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ด้านการไม่ควบคุมจนเกิดความล้าชว และด้านการไม่ทอดทิ้งเด็ก คำตอบเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 0-6 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย และ 6 หมายถึง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยมีคำถามเชิงลบ มีการให้คะแนนตรงข้ามกับคำถามด้านบวก คะแนนรวม มีค่า 0-120 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองโดยใช้คะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของผู้ปกครองระดับต่ำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40.00 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 40.01-80.00 คะแนน ระดับสูง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 80.01-120.00 คะแนน



ชุดที่ 4 แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ (Family environment scale) ของ มูส และ มูส (Moos & Moos, 1986) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปณินท์ สกุลทอง (Sakulthong, 1988) ปรับปรุงโดย นันทา สงวนกุลชัย และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (Sanguankulchai & Yunibhand, 2016) มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด จำนวนรวมทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อย่อยด้านละ 9 ข้อ ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ ด้านการแสดงออก ด้านความไม่ขัดแย้ง คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ 0 และ 1 คะแนน หากตอบตรงตามแบบเฉลย ได้ 1 คะแนน และตอบไม่ตรงตามแบบเฉลยได้ 0 คะแนน ยกเว้นด้านความไม่ขัดแย้ง ให้คะแนนตรงข้ามกับแบบเฉลย โดยมีคำถามเชิงลบ มีการให้คะแนนตรงข้ามกับคำถามด้านบวก คะแนนรวมมีค่า 0-27 คะแนน

การแปลผลคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวโดยใช้คะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับดี คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13.51-27.00 คะแนน และ ระดับไม่ดี คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-13.50 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และ .81 ตามลำดับ แบบประเมินพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .67-1 ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทั้งสามแบบประเมินมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยไม่มีการดัดแปลง จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและแบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ทำโดยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย และแบบประเมินพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของผู้ปกครองของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80 และ .81 ตามลำดับ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเนชั่น ตามเอกสารรับรองเลขที่ มนช.จร. 1-005/2565 และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากเทศบาลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม หลังจากนั้นจึงเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม และกรณีปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ซึ่งข้อมูลของเด็กและผู้ปกครองถูกเก็บเป็นความลับ และถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นครูหรือผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์การทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างน้อย 1 ปี และดูแลเด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 3 เดือน ศูนย์ละ 1 คน รวม 7 คน กรณีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีครูมากกว่า 1 คน ผู้วิจัยคัดเลือกหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผู้วิจัยเข้าพบครูหรือผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงรายละเอียดการใช้แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (MU.EF-101) เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยและฝึกใช้แบบประเมินพัฒนาการด้าน



การคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย 1-2 ราย โดยผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้แบบประเมิน MU.EF-101 ร่วมสังเกตการและให้คำแนะนำการใช้แบบประเมินให้แก่ผู้ช่วยวิจัยด้วย เมื่อผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้องและครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่าง จึงให้ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้เวลาศูนย์เด็กเล็กแต่ละแห่งประมาณ 2 สัปดาห์ และแบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก แบบประเมินพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของผู้ปกครอง และแบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ โดยผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลร่วมกับผู้วิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง 1-2 ราย เมื่อผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้องและครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่างจึงให้ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองเมื่อได้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน แสดงว่าผู้ช่วยวิจัยมีความพร้อมจึงให้ผู้ช่วยวิจัยเริ่มรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจนครบตามจำนวน

2. ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ผู้ช่วยวิจัยสอบถามความสนใจและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอม จากนั้นดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครอง โดยให้ตอบแบบประเมินแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก แบบประเมินพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของผู้ปกครอง และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบประเมินกลับไปตอบที่บ้าน ผู้ปกครองอ่านและตอบแบบประเมินด้วยตัวเองและที่นำกลับมาคืนให้กับผู้ช่วยวิจัย หากผู้ปกครองมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบประเมินสามารถสอบถามจากผู้ช่วยวิจัยหรือผู้วิจัยตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในใบยินยอม

3. ผู้ช่วยวิจัยเก็บแบบประเมินคืน โดยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินไม่สมบูรณ์ ผู้ช่วยวิจัยได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินให้ครบถ้วน

4. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้ ผู้ช่วยวิจัยเก็บแบบประเมินใส่ซองใบยินยอมและซองแบบประเมิน และปิดซองให้สนิท

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว และพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูล พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว และพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร โดย Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย

ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 95 ราย เป็นมารดาคิดเป็นร้อยละ 55.80 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.26 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 67.37 สถานภาพสมรสของบิดามารดาเด็ก ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 78.95 มีลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 82.10 มีสมาชิกในครอบครัว 3 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 98.95 มีรายได้ของครอบครัว อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 32.63



เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 95 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 3 ปี- 3 ปี 11 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 46.32 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 58.95 ระยะเวลาที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเฉลี่ย 10.9 เดือน (range = 3-28, SD = 6.4) ส่วนใหญ่มีพี่หรือน้อง คิดเป็นร้อยละ 52.63 และเป็นบุตรคนแรกมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 54.74

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองมีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กโดยรวมเฉลี่ย 66.15 คะแนน (SD = 9.57) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการไม่ทอดทิ้งเด็ก มีคะแนนเฉลี่ย 17.49 (SD = 4.65) ด้านการเคารพตัวตนของเด็ก มีคะแนนเฉลี่ย 16.87 (SD = 4.45) ด้านการใช้กฎระเบียบอย่างเสมอต้นเสมอปลาย มีคะแนนเฉลี่ย 16.51 (SD = 4.10) ด้านไม่ควบคุมจนเกิดความละเลยมีคะแนนเฉลี่ย 8.67 (SD = 5.12) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง มีคะแนนเฉลี่ย 6.60 อยู่ในระดับต่ำ (SD = 4.02)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว

ผู้ปกครองมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมเฉลี่ย 21.42 คะแนน (SD = 3.54) อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าสัมพันธภาพดี ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ย 7.99 (SD = 1.51) ด้านการแสดงออก มีคะแนนเฉลี่ย 5.94 (SD = 1.47) และด้านความไม่ขัดแย้ง มีคะแนนเฉลี่ย 7.49 (SD = 1.39)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่ 57.56 (SD = 11.67) เมื่อพิจารณารายด้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่อยู่ในระดับดี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความจำขณะทำงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่ 56.12 (SD = 8.87) ด้านการหยุดยั้งพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่ 56.72 (SD = 8.30) ด้านการควบคุมอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่ 56.41 (SD = 8.78) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่อยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการเปลี่ยนความคิด มีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่ 55.85 (SD = 8.82) และด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่ 55.80 (SD = 9.18) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนมาตรฐานที่ของพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (n = 95)

พัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหาร	ช่วงคะแนนมาตรฐาน (T-score)	M	SD	การแปลผล
ด้านความจำขณะทำงาน	34-81	56.12	8.87	ดี
ด้านการหยุด ยับยั้งพฤติกรรม	36-75	56.72	8.30	ดี
ด้านการเปลี่ยนความคิด	36-81	55.85	8.82	ปานกลาง
ด้านการวางแผนจัด ระบบดำเนินการ	34-78	55.80	9.18	ปานกลาง
ด้านการควบคุมอารมณ์	37-78	56.41	8.78	ดี
คะแนนรวม	36-90	57.56	11.67	ดี

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร อยู่ในระดับดีมาก (สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก) ร้อยละ 34.74 ระดับดี (สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย) ร้อยละ 27.37 ระดับปานกลาง (เกณฑ์เฉลี่ย) ร้อยละ 26.32 ระดับควรพัฒนา (เริ่มต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย) ร้อยละ 6.31 ระดับควรปรับปรุง (ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก) ร้อยละ 5.26



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็ก
ปฐมวัย (n = 95)

ข้อมูล	ระดับ					ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน SD
	ควร ปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	ควร พัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)		
พัฒนาการ ด้านการคิด เชิงบริหาร โดยรวม (range = 0-128)	5 (5.26)	6 (6.31)	25 (26.32)	26 (27.37)	33 (34.74)	57.56	11.67

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว กับ
พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของ
เด็กปฐมวัยในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .209, p < .05$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการเลี้ยงดูของ
ผู้ปกครองรายด้านกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง
ด้านการใช้กฎระเบียบอย่างสมอดันเสมอปลาย และด้านการไม่ทอดทิ้งเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการ
ด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .425, p < .001$;
 $r = .323, p < .001$) ส่วนด้านการเคารพตัวตนของเด็กด้านไม่ควบคุมจนเกิดความละอายเป็น และด้านการยึดเด็กเป็น
ศูนย์กลางไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

สัมพันธภาพในครอบครัว โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็ก
ปฐมวัยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .306, p < .01$) เมื่อพิจารณาสัมพันธภาพในครอบครัว
รายด้านกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย พบว่าสัมพันธภาพด้านความสัมพันธ์ของสมาชิกใน
ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($r = .211, p < .05$) และสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวมี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($r = .414, p < .001$) ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวด้านความไม่ขัดแย้งไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้าน
การคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว กับพัฒนาการด้าน
การคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (n = 95)

ตัวแปร	พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ของเด็กปฐมวัย
	Spearman's Rho
พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองของผู้ปกครองโดยรวม	.209*
ด้านการเคารพตัวตนของเด็ก	-.020 ^{ns}
ด้านการใช้กฎระเบียบอย่างเสมอต้นเสมอปลาย	.425***
ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง	-.013 ^{ns}
ด้านการไม่ควบคุมเด็กจนเกิดความละอาย	-.181 ^{ns}
ด้านการไม่การทอดทิ้งเด็ก	.323***
สัมพันธภาพในครอบครัว	.306**
ด้านความสัมพันธ์	.211*
ด้านการแสดงออก	.414***
ด้านความไม่ขัดแย้ง	.093 ^{ns}

*p < .05, **p < .01, ***p < .001, ns = not significant

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว
กับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่ของ
เท่ากับ 57.56 (SD = 11.67) หมายถึง เด็กมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารโดยรวมอยู่ในระดับดีหรือสูงกว่า
เกณฑ์เฉลี่ย อธิบายได้ว่าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เด็กส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 3 ปี - 3 ปี 11 เดือน ร้อยละ 46.32
ระยะเวลาที่เด็กอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เฉลี่ยประมาณ 10 เดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เด็กเริ่มสามารถปรับตัวเข้ากับ
เพื่อน ครู และสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ดี (Datler et al., 2012) และเกิดการเรียนรู้และทักษะต่าง ๆ
ผ่านการเรียนการสอนหรือกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาการคิดเชิงบริหาร ซึ่งตามแนวทางการจัดหลักสูตรปฐมวัยครูผู้ดูแล
เด็กปฐมวัยจะมีการจัดประสบการณ์ให้เด็กได้คิดริเริ่ม วางแผน ตัดสินใจ ลงมือกระทำ รวมถึงสร้างความรู้ ความ
เข้าใจ และประสานความร่วมมือในการพัฒนาเด็กร่วมกับผู้ปกครอง (Office of the Basic Education
Commission, 2017) จึงทำให้พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กส่วนใหญ่ เป็นมารดาร้อยละ 55.80 และเป็นเพศหญิง
ร้อยละ 80 ซึ่งในสังคมไทยมารดามักเป็นผู้ดูแลบุตรเป็นหลัก ทำให้มีความผูกพันใกล้ชิดและเอาใจใส่ในการส่งเสริม
พัฒนาการของเด็ก ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีอายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 65.26 ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็น
วัยที่มีวุฒิภาวะและด้านสติปัญญา สมบูรณ์ สามารถคิดเป็นระบบและเรียนรู้ ได้อย่างรวดเร็ว (Kasemsuk &
Boonbunjob, 2018) จึงสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้และประสบการณ์มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้
อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 67.37 ซึ่งเป็น
การศึกษาขั้นพื้นฐาน ทำให้ผู้ปกครองสามารถมีความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้ดี



บิดาและมารดาของเด็กส่วนใหญ่สมรสและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 78.95 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 82.10 และมีพี่น้อง ร้อยละ 52.63 ทำให้เด็กได้รับความรักความอบอุ่นและเรียนรู้การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหลายรุ่น ซึ่งเป็นพื้นฐานของการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม รวมถึงทำให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่หลากหลายจากสมาชิกในครอบครัวที่มีการถ่ายทอดประสบการณ์จากรุ่นสู่รุ่น นอกจากนี้ครอบครัวเด็กส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75 ทำให้ผู้ปกครองมีทางเลือกและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้มากจะมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารสูงกว่าเด็กที่ครอบครัวมีรายได้น้อย (Leungratanamart et al., 2021)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .209, p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ปกครองมีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ย 66.15 คะแนน ($SD = 9.57$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการไม่ทอดทิ้งเด็ก มีคะแนนเฉลี่ย 17.49 ($SD = 4.65$) ด้านการเคารพตัวตนของเด็ก มีคะแนนเฉลี่ย 16.87 ($SD = 4.45$) ด้านการใช้กฎระเบียบอย่างเสมอต้นเสมอปลาย มีคะแนนเฉลี่ย 16.51 ($SD = 4.10$) ด้านไม่ควบคุมจนเกิดความละเลย มีคะแนนเฉลี่ย 8.67 ($SD = 5.12$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง มีคะแนนเฉลี่ย 6.60 อยู่ในระดับต่ำ ($SD = 4.02$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองรายด้านกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย พบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองด้านการใช้กฎระเบียบอย่างเสมอต้นเสมอปลาย และด้านการไม่ทอดทิ้งเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .425, p < .001$; $r = .323, p < .01$) อธิบายได้ว่าการกำหนดกฎระเบียบอย่างเหมาะสมและชัดเจนให้เด็กปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอเป็นการฝึกให้เด็กเรียนรู้การกำกับควบคุมและยับยั้งพฤติกรรมตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงการเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองไม่ทอดทิ้ง คอยเอาใจใส่อยู่ใกล้ชิด คอยสอนหรือชี้แนะเมื่อเด็กทำผิดหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นการฝึกให้เด็กใช้สมองส่วนหน้าในการคิดอย่างอิสระและเรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนาการคิดเชิงบริหาร (Harnmethee et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูของมารดาเด็กอายุ 3-6 ปี พบว่าการเลี้ยงดูโดยให้ความรัก ความเอาใจใส่อย่างไม่ตามใจหรือเข้มงวดจนเกินไปและมีเหตุผลยอมรับความคิดเห็นของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) (Labnok et al., 2020)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .306, p < .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ปกครองมีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมดี คะแนนเฉลี่ย 21.42 คะแนน ($SD = 3.54$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวดี ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ย 7.99 ($SD = 1.51$) ด้านการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ย 5.94 ($SD = 1.47$) และด้านความไม่ขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ย 7.49 ($SD = 1.39$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวรายด้านกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย พบว่าสัมพันธภาพด้านความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



($r = .211, p < .05$) และด้านการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .414, p < .001$) อธิบายได้ว่าครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด การที่สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รักใคร่กลมเกลียวกัน ใช้เวลาร่วมกันในการทำกิจกรรมภายในครอบครัว มีการแสดงออกถึงความรู้สึกต่อกันอย่างเปิดเผยโดยการพูดคุยกันอย่างเหมาะสม ทำให้เด็กเกิดความรักและผูกพัน ไว้วางใจ คนในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือกันในยามที่เกิดปัญหา รวมถึงทำให้เด็กรู้จักการวางแผนจัดการ การตั้งเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต และส่งเสริมให้เด็กกล้าคิด กล้าทำเนื่องจากมีคนในครอบครัวคอยช่วยเหลือและสนับสนุน

นอกจากนี้การที่สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกันน้อยและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลโดยไม่ใช้ความรุนแรงเป็นการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและปลอดภัยภายในบ้าน ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้การควบคุมและแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่ดีสมวัย (Harnmethee et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาสัมพันธภาพของมารดากับเด็กอายุ 3-6 ปี พบว่าสัมพันธภาพของมารดากับเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .73, p < .001$) (Labnok et al., 2020) สัมพันธภาพของมารดากับเด็กอายุ 5-12 ปี พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวด้านความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51, p < .001$) และด้านความขัดแย้ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .001$) (Schroeder & Kelley, 2010) การศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและเด็กที่มีอายุ 15 เดือน-2 ปี พบว่าความผูกพันที่มั่นคงระหว่างมารดากับเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37, p < 0.001$) (Bernier et al., 2015)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยทุกราย เพื่อเป็นข้อมูลในวางแผนการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยให้สอดคล้องกับรายบุคคล รวมถึงสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการให้คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมการเลี้ยงดูและสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารให้กับเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงทำนายพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย หรือวิจัยเชิงทดลองโดยพัฒนาหรือออกแบบโปรแกรมสำหรับผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยต่อไป

References

- Alaniz, Y. C. (2015). *Exploring individual differences relations between executive function and parenting styles*. <https://ddd.uab.cat/record/148877>
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71–82. <https://doi.org/10.1076/chin.8.2.71.8724>



- Arsarathong, P., & Palapol, T. (2022). Development models to promote executive functions of early childhood with participation of families and communities in Roi Et Province. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(2), 266-282. (in Thai)
- Bernier, A., Beauchamp, M. H., Carlson, S. M., & Lalonde, G. (2015). A secure base from which to regulate: Attachment security in toddlerhood as a predictor of executive functioning at school entry. *Developmental Psychology Journal*, 51(9), 1177-1189.
- Chano, J., & Sripong-ngam, T. (2019). A study on the development of executive functions in young children. *Journal of Education Khon Kaen University*, 42(3), 111-118. (in Thai)
- Chutabhakdikul, N., & Lertawasdatrakul, O. (2020). *Tool development and evaluation criteria for assessment of executive function in early childhood* skill guide for teachers. Molecular Genetics and Genetic Engineering, Mahidol University. (in Thai)
- Chutabhakdikul, N., Thanasetkorn P., & Lertawasdatrakul, O. (2017). *Tool development and evaluation criteria for assessment of executive function in early childhood*. Molecular Genetics and Genetic Engineering, Mahidol University. (in Thai)
- Cohen, D. J., Dibble, E., & Grawe, J. M. (1977). Parental style. *Archives of General Psychiatry*, 34(4), 445-451.
- Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review*, 36, 105-126.
- Datler, W., Ereky-Stevens, K., Hover-Reisner, N., & Malmberg, L. (2012). Toddlers' transition to out-of-home day care: Settling into a new care environment. *Infant Behavior and Development*, 35(3), 439-451.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review Psychology*, 64, 135-68.
- Friso-van den Bos, I., Van der Ven, S.G., Kroesbergen, E., & Van Luit, J. H. (2013). Working memory and mathematics in primary school children: A meta-analysis. *Educational Research Review*, 10, 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2013.05.003>
- Ger, E., & Roebers, C. M. (2023). The relationship between executive functions, working memory, and intelligence in kindergarten children. *Journal of Intelligence*, 11(64), 1-19.
- Goble, P., Nauman, C., Fife, K., & Blalock, S. M. (2019). Development of executive function skills: Examining the role of teachers and externalizing behaviour problems. *Infant and Child Development*, 29(1), 1-21.
- Harnmethee, S., Aramrit, P., & Pitaksinsuk, T. (2018). *Executive function brain development skill guide for teachers*. Matichon. (in Thai)
- Harnmethee, S., & Boonmak, P. (2018). *Executive function brain development skill guide for parents 0-3 years*. Aksorn Sampan Press (1987). (in Thai)
- Kanjanakuntorn, P., & Chaiumporn, S. (2019). Thai family relation models in the globalization era. *Journal of Social Development and Management Strategy*, 21(2), 164-175. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jsd/article/view/159965>



- Kasemsuk, K., & Boonbunjob, U. (2018). Health promotion of early adulthood development: Nurses' important role. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 64(3), 101-107. (in Thai)
- Labnok, S., Pongjaturawit, Y., & Chaimongkol, N. (2020). Predictors of executive function development in preschool children. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 14(3), 57-67. (in Thai)
- Leungratanamart, L., Sudjainark, S., Wattanaviroj, N., & Meela, W. (2021). Factors influencing the executive function in preschool-age children. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 31(3), 11-27. (in Thai)
- Lund, J., Toombs, E., Radford, A., Boles, K., & Mushquash, C. (2020). Adverse childhood experiences and executive function difficulties in children: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 106, 1-19.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1986). *Family environment scale*. Consulting Psychologists Press.
- National Strategic Committee. (2018). *The 20-year national strategy*.
<https://drive.google.com/file/d/1XSBMp8OCsawJqECOB-XZLB91-cRrNsEV/view>
- Nayfeld, I., Fuccillo, J., & Greenfield, D. B. (2013). Executive functions in early learning: Extending the relationship between executive functions and school readiness to science. *Learning and Individual Differences*, 26, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.04.011>
- Office of the Basic Education Commission. (2017). *Early childhood curriculum*. Agricultural Cooperative Printing Demonstrations of Thai. (in Thai)
- Office of the Education Council. (2021). *Development plan of early childhood of 2021-2027*. Prikwhan graphic. (in Thai)
- Praprom, K., & Surinya. T. (2018). Child rearing, attitude toward violence, emotional quotient and aggressive behavior of late adolescents at Tambon Khao Mee Keat in Amphoe Sadao, Songkhla Province. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 44(2), 158-176. (in Thai)
- Phinthong, B., Chaimongkol, N., & Pongjaturawit, Y. (2018). Family factors related to executive function development in preschool children. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(2), 20-29. (in Thai)
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Pearson.
- Romero-Lopez, M., Pichardo, M. C., Bembibre-Serrano, J., & Garcia-Berben, T. (2020). Promoting social competence in preschool with an executive functions program conducted by teachers. *Sustainability*, 12(11), 1-17.
- Romero-Lopez, M., Quesada-Condea, A. B., Bernardob, G. A., & Justicia-Arraez, A. (2017). The relationship between executive functions and externalizing behavior problems in early childhood education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237(21), 778-783.
- Sakulthong, P. (1988). *Family relations and mental health of adolescents of chronic alcoholic father: Study in military population in Bangkok Metropolis* [Unpublished master's thesis]. Mahidol University. (in Thai)



- Sanguankulchai, N., & Yunibhand, J. (2016). Relationships between family environment-relationship dimension, parenting behaviors, maternal depression, and paternal alcohol dependent and behaviors problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, upper central region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(2), 83-96. (in Thai)
- Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2010). Family environment and parent child relationships as related to executive functioning in children. *Early Child Development and Care*, 180(10), 1285-1298. (in Thai)
- Seamkhumhom, D., Nookong, A., Rungamornrat, S., & Chutabhakdikul, N. (2019). Factors related to executive functions in preschool-aged children. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(4), 193-205. (in Thai)
- Sungsakul, W., Phongsiri, P., Meenongwah, J., & Ponkaew, W. (2021). Situation and outcome-based recommendations to promote early childhood development. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(1), 193-205. (in Thai)
- Tamaekong, A. (2019). The impacts of the I am tap program on the preschool children's executive function skills. *Journal of Education Research Faculty of Education, Srinakharinwirot University*, 14(1), 182-196. (in Thai)
- Wuthironarith, V. (2013). *Factors influencing co-occurrence of disruptive behavior and depression among Thai adolescents* [Unpublished doctoral dissertation]. Chulalongkorn University.



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection Among Caregivers in Child Development Centers* การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*

จารุวรรณ	ไทยบัณฑิต**	Jaruwan	Thaibandit**
ภัทร์พิชชา	ครูทางคะ***	Phatphitcha	Kruthangka***
กษิดิศ	ครูทางคะ****	Kasidis	Kruthangka****

Abstract

Respiratory infections are common health problems in child development centers, affecting children and caregivers in many dimensions. The objectives of this study were to study the level of preventive behaviors against respiratory infection and compare these behaviors against respiratory infection levels classified by the backgrounds of caregivers. The sample included 396 caregivers working in child development centers under a local government organization. The research instrument was a questionnaire on preventive behaviors against respiratory infection. The content validity of the questionnaire for each item (IOC) was between .67-1.00, and questionnaire's reliability was tested by Cronbach's alpha coefficient, yielding a total value of .92. Data were analyzed by descriptive statistics and one-way analysis of variance.

The results revealed that caregivers had a high level of preventive behaviors against respiratory infection ($M = 62.66$, $SD = 5.65$) and most of the behavioral aspects were at a high level, including hand cleaning ($M = 13.66$, $SD = 1.54$), protective equipment ($M = 10.35$, $SD = 1.74$), environment care ($M = 16.38$, $SD = 1.59$), and respiratory hygiene care ($M = 22.26$, $SD = 2.25$). Background factors affecting the level of behaviors with statistical significance ($p < 0.05$) included education level. Caregivers with postgraduate degrees had the highest mean scores.

Caregivers with higher education are more likely to lead to more preventive behaviors for respiratory infections in children. The study's results could provide a baseline to further develop the effectiveness of caregivers' behaviors.

Keywords: Preventive behaviors; Respiratory infection; Child caregiver; Child development center

* Research funding from the Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

** Instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

*** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Institute of Pathumthani University;
e-mail: Phatphitcha.kru@gmail.com

**** Consultant, Kulladiswittayanusorn School, Phetchabun Province



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection Among Caregivers in Child Development Centers การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและผู้ดูแลในหลายด้าน วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก และเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กแบ่งตามปัจจัยภูมิหลังของผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลเด็ก จำนวน 396 คน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์ (IOC) ในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง .67-1.00 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจาก Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ one way analysis of variance

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 62.66$, $SD = 5.65$) และรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ ($M = 13.66$, $SD = 1.54$) การใช้อุปกรณ์ป้องกัน ($M = 10.35$, $SD = 1.74$) การดูแลสิ่งแวดล้อม ($M = 16.38$, $SD = 1.59$) การดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจ หรือมารยาทการไอ ($M = 22.26$, $SD = 2.25$) ปัจจัยภูมิหลังที่ส่งผลกระทบต่อระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ ระดับการศึกษา กลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด

ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพเด็กให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

* ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

** อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

**** ที่ปรึกษา โรงเรียนกุลศิวิทย์วิทยานุสรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรหลานของตนเอง จึงนิยมนำบุตรหลานที่มีอายุตั้งแต่ 2 ปีครึ่งถึง 6 ปี ไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (child development centers) เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน โดยนโยบายการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเด็กและการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นรวมถึงความปลอดภัยด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (National Development Early Childhood Committee, 2019) ปัจจุบันพบปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้บ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ ปัญหาด้านโรคติดต่อ ปัญหาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ปัญหาด้านสุขอนามัย เป็นต้น (Bureau of general communicable diseases, 2016) โดยการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนใหญ่มักจะเป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง จากการศึกษาในปี ค.ศ. 2019 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยเด็กติดเชื้อทางเดินหายใจมากกว่า 40 ล้านคน และสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจส่วนล่าง สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นโรคปอดอักเสบร้อยละ 60-70 ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสร้อยละ 42 และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็ก ร้อยละ 15 ของเด็กที่เสียชีวิตทั้งหมด (The Thai Society of Pediatric Respiratory and Critical Care Medicine, 2019)

การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เกิดได้ทั้งจากการสัมผัสเชื้อโดยตรง จากฝอยละอองหรือการแพร่ทางอากาศจากการไอหรือจามของผู้ป่วย (Pan et al., 2016; WHO, 2019) สามารถแพร่กระจายและติดต่อกันได้ง่าย เมื่อเด็กที่มีการเจ็บป่วยไปอยู่ในสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันจำนวนมากประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยและทั่วโลกที่ยังคงระบาดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยงานในหลายภาคส่วนรวมทั้งการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเนื่องด้วยลักษณะของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานที่ซึ่งมีเด็กอยู่รวมกันจำนวนมาก และลักษณะการอยู่ร่วมกันของเด็กมีความใกล้ชิดกัน ทำให้เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยจะมีการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งเด็กเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำในร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้มีภูมิคุ้มกันต่อโรคต่ำและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย หากเด็กอยู่รวมกันจำนวนมากจะมีโอกาสในการติดเชื้อทางเดินหายใจได้มากยิ่งขึ้น

เด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบหลายประการ ได้แก่ ด้านผู้ป่วยเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายจากอาการของโรค และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น อาจเกิดการเสียชีวิตได้จากภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว (Wang et al., 2020) ด้านผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลง ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและเครียดมากขึ้นจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (Liu et al., 2020) ต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็ก ทำให้ขาดรายได้ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Heikkinen et al., 2017) ด้านระบบบริการสุขภาพ หากเด็กได้รับการตรวจหรือวินิจฉัยล่าช้า อาจทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้อัตราการนอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจสำหรับเด็กที่เข้ารับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด และมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของเด็ก การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อของเด็กที่อยู่ในความดูแล (Bureau of general communicable diseases, 2016) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (Laemthaisong et al., 2019) ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กที่เหมาะสม



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection Among Caregivers in Child Development Centers การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

พฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก เป็นการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติต่อเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจแก่เด็ก ซึ่งสามารถนำแนวทางการป้องกันทั่วไป (Standard precaution) มาประยุกต์ใช้กับมาตรการในการเปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจ (Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices, 2016) จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งยังดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลป้องกันโรคตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของกระทรวงสาธารณสุขไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ได้ตรวจคัดกรองวัดไข้เด็กทุกราย การทำความสะอาดของเล่นไม่ถูกต้อง การไม่แยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ ภาระงานและจำนวนเด็กที่มากเกินไปทำให้ไม่มีเวลาดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ไม่สามารถระบุโรคจากอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันได้ เป็นต้น (Laemthaisong et al., 2019; Topurin et al., 2020) อีกทั้งยังพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการป้องกันไม่เพียงพอ การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง และการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อยังไม่ดีพอ (Issarasongkhram et al., 2016)

ภูมิหลังของผู้ดูแลเด็ก ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ได้แก่ 1) อายุของผู้ดูแลเด็ก โดยพบว่าผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ลดลงจากการที่ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลเด็กไม่เพียงพอของผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อย (Chanpong et al., 2020) อีกทั้งอายุยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยส่งผลทางอ้อมต่อการรับรู้และการปฏิบัติ (Laemthaisong et al., 2019) 2) ระดับการศึกษา โดยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กของผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กมากกว่า (Tahoun et al., 2019) 3) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยพบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กของผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์มากกว่าจะมีความรู้และทักษะจากการผ่านสถานการณ์ที่หลากหลายเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กมากกว่า (Chanpong et al., 2020; Topurin et al., 2020) และ 4) ประวัติการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็ก โดยว่าการได้รับการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กของผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลเด็กที่ผ่านการอบรมมีทัศนคติที่ดีและสามารถนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการดูแลเด็กได้ดีกว่าผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้ผ่านการอบรม (Chanpong et al., 2020)

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจนถึงการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก แต่ยังคงพบพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (Laemthaisong et al., 2019; Topurin et al., 2020) ประกอบกับสถานการณ์การติดเชื้อในประเทศไทยที่ยังคงมีการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องทำให้มีแนวทางการดูแลเด็กที่เปลี่ยนไปจากเดิมโดยให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจมากขึ้น โดยเฉพาะในขณะนี้ได้มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ยังมีบางประเด็นที่ผู้ดูแลเด็กยังปฏิบัติได้ไม่ดี หรือยังปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนตามแนวทางการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และจะเห็นได้ว่าปัจจัยภูมิหลังดังกล่าวมีความสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กของผู้ดูแลเด็กในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก และวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการ



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection Among Caregivers in Child Development Centers การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

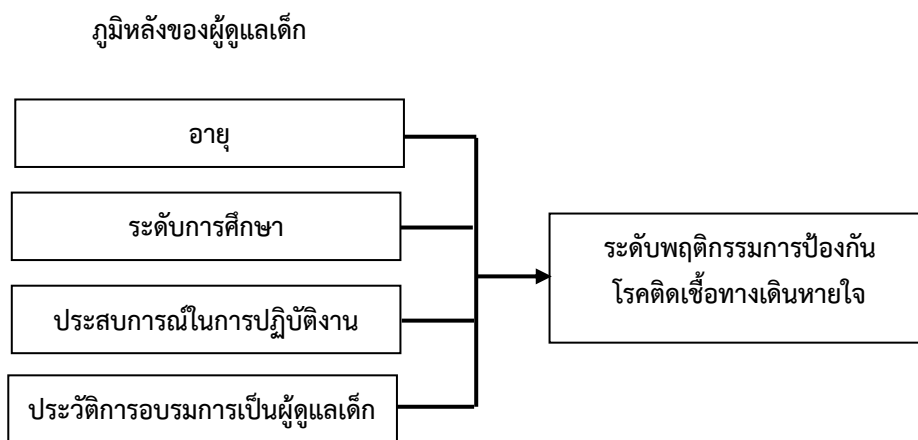
ป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กจำแนกตามปัจจัยภูมิหลังของผู้ดูแลเด็ก โดยศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในการดูแลขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เนื่องจากเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย ข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ตรงตามศักยภาพมากขึ้น และสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กจำแนกตามปัจจัยภูมิหลัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ตามหลักการปฏิบัติของการป้องกันทั่วไป (Standard precaution) ของ ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices, 2016) และเปรียบเทียบปัจจัยภูมิหลังที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และประวัติการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็ก โดยคาดว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้ระดับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กแตกต่างกัน รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2565 ทั่วประเทศ จำนวน 27,723 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 379 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Little & Rubin, 2020) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 450



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection Among Caregivers in Child Development Centers การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ครูผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถอ่าน เขียน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 5 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เพื่อให้ง่ายต่อการสุ่มและเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงตัดภาคตะวันออกออกจากกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีจำนวนจังหวัดน้อยที่สุด หลังจากนั้นทำการสุ่มโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรโดยกำหนดไว้ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) หน่วยการสุ่ม คือ จังหวัด สุ่มจังหวัดแต่ละภาค จำนวน 5 จังหวัด รวมทั้งหมด 25 จังหวัด และขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) หน่วยการสุ่ม คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละจังหวัด จำนวน 6 ศูนย์ รวมทั้งหมด 150 ศูนย์ ศูนย์ละ 3 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 450 คน พื้นที่การวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

ภาค	จังหวัด
ภาคเหนือ	เชียงใหม่ พะเยา ลำพูน เชียงราย น่าน
ภาคกลาง	สุพรรณบุรี อุทัยธานี นครสวรรค์ พระนครศรีอยุธยา เพชรบูรณ์
ภาคตะวันออก	ชลบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว ระยอง จันทบุรี
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ศรีสะเกษ ร้อยเอ็ด มุกดาหาร ยโสธร สุรินทร์
ภาคใต้	สงขลา พัทลุง สุราษฎร์ธานี สตูล ปัตตานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็ก พัฒนาโดยผู้วิจัยจากหลักการปฏิบัติของการป้องกันทั่วไป (standard precaution) ของ ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices, 2016) บูรณาการร่วมกับมาตรการในการเปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็ก แบ่งแบบสอบถามเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ จังหวัดที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็ก และประวัติการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็ก

ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือ จำนวน 5 ข้อ 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกัน จำนวน 4 ข้อ 3) การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ และ 4) การดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง จนถึง ไม่เคยปฏิบัติ กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความเห็นต่อข้อความตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้ง จนถึงไม่เคยปฏิบัติ โดยพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็ก

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-23 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 24-46 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 47-69 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอยู่ในระดับสูง (Laemthaisong et al., 2019)



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection Among Caregivers in Child Development Centers

การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในส่วนของความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความกับนิยามเชิงปฏิบัติการและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย 1 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และเป็นอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมิน 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์ของข้อความ (Item object congruence: IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 หลังจากนั้นนำคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงข้อความให้เข้าใจง่าย สั้นกระชับ ครอบคลุมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และมีจำนวนข้อที่เหมาะสม เพื่อให้แบบประเมินมีความความสมบูรณ์มากขึ้น และการตรวจสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ด้วยการทดสอบกับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่โครงการวิจัย IRB-STIN 2564/15.05.10 ภายหลังจากการรับรองผู้วิจัยดำเนินการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเป้าหมายในการตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงเป็นเอกสารสำหรับอาสาสมัครวิจัย (participant information sheet) เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย การปฏิบัติตนของอาสาสมัครวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิในการให้ข้อมูลในแบบสอบถามและการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย พร้อมทั้งให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลของแบบสอบถามที่ได้จากตัวอย่างวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น นำเสนอข้อมูลเป็นรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยหรือระบุข้อมูลที่ทำให้สามารถระบุถึงตัวบุคคลของตัวอย่างได้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว หากตัวอย่างไม่สะดวกในการให้ข้อมูล มีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้และจะไม่ผลกระทบต่อกับตัวอย่างแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ทำหนังสือแจ้งไปที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยติดต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นพื้นที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ศูนย์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมจำนวนทั้งสิ้น 450 ชุด เพื่อขออนุญาตและขอเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้ดูแลเด็ก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งเอกสารการแสดงความยินยอมให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถาม และแบบของจดหมายที่ติดแสตมป์พร้อมจำหน่ายของถึงผู้วิจัยไปที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามกลับที่มีความสมบูรณ์จำนวน 396 คน คิดเป็นร้อยละ 88 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 8 เดือน ตั้งแต่มีนาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กกับปัจจัยภูมิหลังโดยใช้สถิติ independent samples t-test และการวิเคราะห์ one way ANOVA ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลแล้วว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทั้ง 2 ตัวนี้ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection Among Caregivers in Child Development Centers

การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.74 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 75.00 มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กอยู่ในช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 31.57 และเคยผ่านการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 89.14 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของคุณลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (n = 396)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21-30 ปี	23	6.06
31-40 ปี	113	28.53
41-50 ปี	193	48.74
> 50 ปี	66	16.67
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10	2.53
ปริญญาตรี	297	75.00
สูงกว่าปริญญาตรี	89	22.47
ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็ก		
≤ 5 ปี	38	9.60
6-10 ปี	69	17.42
11-15 ปี	125	31.57
16-20 ปี	81	20.45
> 20 ปี	83	20.96
ประวัติการอบรมหรือพัฒนาการปฏิบัติงานในการเป็นผู้ดูแลเด็ก		
เคย	353	89.14
ไม่เคย	43	10.86

2. ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก พบว่า ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 62.66$, $SD = 5.65$) หากพิจารณาองค์ประกอบปัจจัยเป็นรายด้านพบว่า ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจทุกด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการทำความสะอาดมือ ($M = 13.66$, $SD = 1.54$) ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ($M = 10.35$, $SD = 1.74$) ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม ($M = 16.38$, $SD = 1.59$) ด้านการดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจ หรือมารยาทการไอ ($M = 22.26$, $SD = 2.25$) และเมื่อ พิจารณาเฉพาะกลุ่มส่วนใหญ่ร้อยละ 97.97 พบว่า มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ อยู่ในระดับสูง ($M = 63.05$, $SD = 4.97$) ดังตารางที่ 2



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection
Among Caregivers in Child Development Centers
การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก (n = 396)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ระดับปานกลาง (n = 8 คน)			ระดับสูง (n = 388 คน)			รวม (n = 396 คน)		
		M	SD	แปล	M	SD	แปล	M	SD	แปล
1. ด้านการทำความสะอาดมือ	15	10.13	1.64	สูง	13.73	1.45	สูง	13.66	1.54	สูง
2. ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน	12	5.75	1.83	ปานกลาง	10.44	1.61	สูง	10.35	1.74	สูง
3. ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม	18	12.13	1.81	สูง	16.47	1.46	สูง	16.38	1.59	สูง
4. ด้านการดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจหรือมารยาทการไอ	24	15.63	1.60	ปานกลาง	22.40	2.05	สูง	22.26	2.25	สูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจโดยรวม										
	69	43.63	3.34	ปานกลาง	63.05	4.97	สูง	62.66	5.65	สูง

3. ผลการศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก จำแนกตามปัจจัยภูมิหลัง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยใช้การวิเคราะห์ one way ANOVA พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กอย่างน้อย 1 คู่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กจำแนกตามปัจจัยภูมิหลัง โดยใช้การวิเคราะห์ one way ANOVA

ตัวแปร	n	M	SD	SSB	SSW	dfB	dfW	MSB	MSW	F	Sig.
อายุ											
21-30	24	61.58	5.28	123.01	12484.28	3	392	41.00	31.85	1.29	.278
31-40	113	62.72	5.49								
41-50	193	62.38	5.66								
> 50	66	63.76	5.97								
รวม				Levene's Test of Equality of Error Variance							
				F = 0.159, df1 = 3, df2 = 392, p-value = .924							
ระดับการศึกษา											
<ป.ตรี	10	63.60	5.19	215.02	12392.27	2	393	107.51	31.53	3.410	.034*
ป.ตรี	297	62.23	5.91								
>ป.ตรี	89	63.97	4.54								
รวม				Levene's Test of Equality of Error Variance							
				F = 3.081, df1 = 2, df2 = 393, p-value = .047							
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน											
≤ 5	38	62.13	6.03	125.47	12481.83	4	391	31.37	31.92	0.983	.417
6-10	69	62.30	4.85								
11-15	125	62.32	5.84								
16-20	81	62.64	5.76								



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection
Among Caregivers in Child Development Centers
การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กจำแนกตามปัจจัย
ภูมิหลัง โดยใช้การวิเคราะห์ one way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	n	M	SD	SSB	SSW	dfB	dfW	MSB	MSW	F	Sig.
>20	83	63.71	5.68	Levene's Test of Equality of Error Variance							
รวม	369	62.66	5.65	F = 0.795, df1 = 4, df2 = 391, p-value = .529							

*p < .05

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Multiple comparisons) ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็กด้วยวิธี Tukey HSD พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็กด้วยวิธี Tukey HSD

ระดับการศึกษา	M	Mean Difference (Sig.)		
		ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
ต่ำกว่าปริญญาตรี	63.60			
ปริญญาตรี	62.23	1.37 (.729)		
สูงกว่าปริญญาตรี	63.97	-1.73* (.030)		

*p < .05

5. ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กกับประวัติการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็ก โดยใช้การทดสอบ independent sample t-test พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่เคยผ่านการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กแตกต่างกับผู้ดูแลเด็กที่ไม่เคยผ่านเข้ารับการอบรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กจำแนกตามปัจจัย
ภูมิหลัง โดยใช้สถิติ independent sample t-test

ตัวแปร	n	M	SD	Levene's test of equal of			t	df	p	ผลการเปรียบเทียบ
				variance		Equal variances				
				F	Sig					
ประวัติการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็ก										
เคย	353	2.71	.25	0.033	.856	Assumed	0.117	394	.907	ไม่แตกต่าง
ไม่เคย	43	2.70	.29							
รวม	396	2.71	.26							

* p < .05



การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมากกว่า 11 ปี และเกือบทุกคนเคยผ่านการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กอยู่ในระดับดี พบว่าผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 43.2 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีวุฒิภาวะและประสบการณ์ชีวิตในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและผู้อื่น ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีซึ่งระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล (Laemthaisong et al., 2019) และการมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมานานทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ผ่านมาได้ดียิ่งขึ้น และถ้าเคยผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพในการเป็นผู้ดูแลเด็ก จะส่งผลให้มีความรู้ในการจัดการสุขภาพและมีแนวทางการดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น (Topurin et al., 2020)

เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจเด็กอยู่ในระดับสูง ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำความสะอาดมือ ($M = 13.66$, $SD = 1.54$) ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ($M = 10.35$, $SD = 1.74$) ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม ($M = 16.38$, $SD = 1.59$) และด้านการดูแลสุขภาพอนามัยทางเดินหายใจหรือมารยาทการไอ ($M = 22.26$, $SD = 2.25$) อาจเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจที่สามารถแพร่กระจายได้ง่าย ทำให้ผู้ดูแลเด็กให้ความสำคัญและปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ดูแลเด็กปฏิบัติได้ดีทั้งการล้างมือของตนเองเป็นประจำและดูแลให้เด็กล้างมือบ่อย ๆ ผู้ดูแลเด็กมีการทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นประจำแยกของใช้ของเด็กแต่ละคนเพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจจิมา ชนะกุล (Chanakun, 2015) และการศึกษาของ บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ และคณะ (Punthmatharith et al., 2018) พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลด้านการดูแลเด็ก และด้านการดูแลความสะอาดอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ในการป้องกันโรค รวมทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากหน่วยงานต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้ดียิ่งขึ้น (Weiangkham, et al., 2017)

จากผลการศึกษาพบว่า มีผู้ดูแลเด็กบางส่วนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจบางด้านอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยทางเดินหายใจหรือมารยาทการไอ โดยเฉพาะการหยุดปฏิบัติงานเมื่อผู้ดูแลเด็กมีอาการเจ็บป่วย เช่น มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เป็นต้น อาจเนื่องมาจากอาการดังกล่าวเป็นเพียงการเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้ และด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันโดยเฉพาะการใส่ถุงมือเมื่อสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง หรือทำความสะอาดบริเวณที่เด็กอาเจียน อาจเนื่องมาจากความสะดวกในการปฏิบัติงาน และการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งหรืออาเจียนของเด็กสามารถป้องกันได้ หรือเมื่อสัมผัสอาจใช้การล้างมือที่ทำเป็นประจำช่วยป้องกันการติดเชื้อได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทาฮูน และคณะ (Tahoun et al., 2019) พบว่า การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น ถุงมือ แอลกอฮอล์ ผ้ากั้นเปื้อนของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของการควบคุมการติดเชื้อในเด็ก พบว่า ปัจจัยระดับการศึกษาเป็นปัจจัย เดียวที่มีผลต่อคะแนนความรู้ด้านการควบคุมการติดเชื้อ ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถ นำความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และให้การ ดูแลป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ (Tahoun, et al., 2019) และ ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้น ปวส./อนุปริญญาหรือสูงกว่า และมีความรู้



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection Among Caregivers in Child Development Centers การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในระดับมากมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ดี (Laemthaisong et al., 2019) ในส่วนของปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และประวัติการอบรมการเป็นผู้ดูแลเด็ก แม้ว่าผู้ดูแลเด็กจะมีอายุน้อยกว่า แต่หากเคยได้รับการอบรมการดูแลเด็กหรือการป้องกันโรคติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาจส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กที่สูงได้ จะเห็นได้จากผู้ดูแลเด็กร้อยละ 89.14 ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพการเป็นผู้ดูแลเด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษารื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านและทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวนเด็กในบ้านที่ต้องดูแล และลักษณะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 แต่ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุของเด็กปฐมวัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 (Moonsan et al., 2020)

เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็กกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษสุตา ศรีจักร และ ภูเบศร์ แสงสว่าง (Sujuk & Saengsawang, 2021) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 ซึ่งผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล สร้างองค์ความรู้ และนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง (Nuankerd & Mekrungrongwong, 2020) จากผลการศึกษาจะพบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง โดยมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ตามลำดับ ระดับการศึกษาจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้เป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กที่ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือต่ำกว่า ข้อเสนอแนะในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจแก่ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้เด็กได้รับการดูแลและป้องกันที่ถูกต้อง หรือใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ในการปรับปรุงระบบการจัดการควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสบการณ์ ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลเด็กที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปออกแบบหรือพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ดูแลเด็กให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กที่ดีขึ้น
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสนับสนุนการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น



References

- Bureau of general communicable diseases. (2016). *Guidelines for the prevention and control of communicable diseases in early childhood centers and kindergartens for children's caretaker-teachers* (2nd ed.). Born to Be. (in Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices. (2016). *Guide to infection prevention for outpatient settings: Minimum expectations for safe care*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/outpatient/guide.pdf>
- Chanakun, U. (2015). Behavior of teachers for control and prevention of hand foot mouth disease in childcare centers Mueang District, Krabi Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 3(3), 453-468. (in Thai)
- Chanpong, S., Nakakasien, P., & Krinuwat, K. (2020). Predicting factors of preventive and control behaviors of communicable diseases in children among teachers in childcare centers, Bangkok metropolitan administration. *Chulalongkorn Medical Journal*, 64(4), 417-424.
- Heikkinen, T., Ojala, E., & Waris, M. (2017). Clinical and socioeconomic burden of respiratory syncytial virus infection in children. *The Journal of Infectious Diseases*, 215(1), 17-23. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiw475>
- Issarasongkhram, M., Boonprakong, T., & Chunkao, K. (2016). The effect of education and practice development program for prevention and control of communicable diseases for care-giver volunteers in the early childhood development centers, Bangkok. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 23(1), 11-21. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Laemthaisong, J., Toonsiri, C., & Homsin, P. (2019). Factor influencing on preventive behaviors of respiratory tract infections among caregivers of preschool aged children in childcare, Bangkok Metropolitan Administration. *Journal of Public Health Nursing*, 33(1), 1-29. (in Thai)
- Little, A., & Rubin, D. B. (2020). *Statistical analysis with missing data* (3rd ed.). Wiley.
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Moonsan, S., Kalampakorn, S., & Sillabut, J. (2020). Effects of self-efficacy enhancement program on home accident prevention and first aid skills for early childhood caregivers. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(2), 271-287. (in Thai)
- National development Early Childhood Committee. (2019). *National standard for early childhood care, development, and education Thailand*. Office of the Education Council. (in Thai)
- 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)



A Comparison of Preventive Behaviors Against Respiratory Infection
Among Caregivers in Child Development Centers
การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็ก
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- Pan, H., Cui, B., Huang, Y., Yang, J., & Ba-Thein, W. (2016). Nasal carriage of common bacterial pathogens among healthy kindergarten children in Chaoshan Region, Southern China: A cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 16(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0703-x>
- 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. (in Thai)
- Sijuk, K., & Saengsawang, P. (2021). Factors related to prevention and control of hand foot and mouth disease of responsible person in kindergartens. *Journal of Health Science*, 30(4), 597-604. (in Thai)
- Tahoun, M. M., Hasab, A. A. H., & El-Nimr, N. A. (2019). Infection control in child daycare centers: Logistics, knowledge, and practices of caregivers. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 94(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0016-7>
- The Thai Society of Pediatric Respiratory and Critical Care Medicine. (2019). *Guidelines for the treatment of acute respiratory infections in children 2019*. Beyond Enterprise. (in Thai)
- Topurin, C., Thongprachum, A., & Lampang, K. N. (2020). Factors related to hand, foot and mouth disease prevention and control behaviors among caregivers in childcare centers, Li District, Lamphun Province. *Lanna Public Health Journal*, 16(1), 1-12. (in Thai)
- Wang, X., Li, Y., O'Brien, K. L., Madhi, S. A., Widdowson, M. A., Byass, P., Omer, S. B., Abbas, Q., Ali, A., Amu, A., Azziz-Baumgartner, E., Bassat, Q., Brooks, W. A., Chaves, S. S., Chung, A., Cohen, C., Echavarria, M., Fasce, R. A., Gentile, A., ... Respiratory Virus Global Epidemiology Network. (2020). Global burden of respiratory infections associated with seasonal influenza in children under 5 years in 2018: A systematic review and modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(4), e497–e510. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30545-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30545-5)
- Weiangkham, D., Ponmark, J., Thisara, P., & Samerchuea, S. (2017). Predictors of preventive behaviors for hand foot mouth disease among caregivers in childcare center. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(2), 16-24. (in Thai)
- World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. L'IV Com Sàrl.



Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ณัฐธิดา ทรัพย์เพชร* Nutcha Soiphet*
กมลทิพย์ ไจมาคำ** Kamontip Chaimakham**

Abstract

The use of electronic media as a teaching assistance tool is considered an effective alternative that improves the learning process among students. It is also currently integrated into the teaching of the tutorial preparation for the Child and Adolescent Nursing Practicum course. This quasi-experimental study used a one-group, pre-test/post-test design. The objectives were to 1) develop an electronic media tutorial for the Child and Adolescent Nursing Practicum course; 2) study the effectiveness of the electronic media tutorial and nursing students' achievement; and 3) assess the nursing students' satisfaction with the electronic media tutorial. The sample included 59 third-year nursing students at the Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, who enrolled in the Child and Adolescent Nursing Practicum course for the 2022 academic year. The instruments were the electronic media tutorial preparation, an achievement test after using the electronic media tutorial, and a questionnaire that measured students' satisfaction towards the electronic media tutorial. The data were analyzed using descriptive analysis and paired t-test.

The findings indicated that: 1) the efficiency of the developed electronic media tutorial was 82.35/84.63 which was higher than the standard level of 80/80; 2) nursing students' achievement was significantly higher than before the electronic media tutorial application ($p = .001$); and 3) student satisfaction with the electronic media tutorial was at a high level (Mean = 4.31, SD = 0.91).

Suggestions from the study include applying the electronic media tutorial for nursing student preparation in other nursing practicum courses in the nursing curriculum.

Keyword: Electronic media tutorial; Nursing practicum course; Nursing student

* Corresponding author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University;
e-mail: nutcha.soi@psru.ac.th

** Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University



บทคัดย่อ

การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อการสอน สามารถสร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2) ศึกษาประสิทธิผลของสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมต่อผลสัมฤทธิ์ของนักศึกษาพยาบาล และ 3) ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ที่ศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 59 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์หลังการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) การพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมมีประสิทธิภาพเท่ากับ 82.35/ 84.63 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์ E1/E2 เท่ากับ 80/ 80 2) ผลสัมฤทธิ์ของนักศึกษาหลังใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และ 3) นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมในระดับมาก ($M = 4.31$, $SD = 0.91$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรนำสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาฝึกปฏิบัติในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

คำสำคัญ: สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม รายวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม,
e-mail: nutchaso@psru.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนพัฒนาตนเองตามธรรมชาติและเต็มศักยภาพ หัวใจสำคัญของการศึกษาพยาบาลเน้นการนำความรู้ที่นำเชื่อถือไปสู่การตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีวิจารณญาณและเป็นระบบ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยมากที่สุด การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นการจัดการจัดการเรียนรู้ที่สำคัญของการศึกษาพยาบาลที่จะนำไปสู่การดูแล (caring) และการปฏิบัติการพยาบาล (nursing care) ได้อย่างถูกต้องตรงตามเป้าหมายและความต้องการของผู้รับบริการ

การเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงต้องผ่านการเรียนรู้และฝึกฝนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เนื่องจากพยาบาลเป็นศาสตร์ที่มีความจำเป็นต้องเรียนรู้ทฤษฎีเพื่อให้เข้าใจเนื้อหาความรู้อย่างถ่องแท้ และเพื่อนำไปสู่การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ซึ่งก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติจริงนั้นต้องผ่านการฝึกฝน การเรียนการสอนในสาขาการพยาบาลมีการจัดการเรียนการสอนหลากหลายวิธี เช่น วิธีการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับทิศทางการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นหลัก การเรียนรู้โดยการให้นักศึกษาสะท้อนคิด การเรียนรู้ทางสังคม การเรียนรู้โดยการปฏิบัติและการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น e-Learning, google application for education เป็นต้น ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาตลอด 24 ชั่วโมงตามความต้องการของตนเอง การเรียนรู้ด้วยตนเองจะเรียนได้มากกว่า ดีกว่าการเป็นเพียงผู้รับหรือรอให้ผู้สอนถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ บุคคลที่เรียนรู้ด้วยตนเอง จะเรียนอย่างตั้งใจ มีจุดมุ่งหมายและมีแรงจูงใจสูง สามารถใช้ประโยชน์จากการเรียนรู้ได้ดีกว่า และยาวนานกว่ารอรับการสอนแต่อย่างเดียว

การฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย นักศึกษาต้องเตรียมความรู้ภาคทฤษฎีและต้องเตรียมความพร้อมด้านทักษะการปฏิบัติงาน ถ้านักศึกษาปฏิบัติได้จะมีความพึงพอใจในการฝึกปฏิบัติงาน มีความสุขประสบความสำเร็จในการศึกษา สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากนักศึกษาปรับตัวไม่ได้จะเกิดความคับข้องใจ มีความรู้สึกขัดแย้งในใจ มีความทุกข์ใจ เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ทำให้ประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยลดลง การฝึกปฏิบัติในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้นมีหลายสาขาวิชา นักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่าย เนื่องจากต้องเผชิญปัญหาทั้งในด้านการปรับตัว ด้านรูปแบบการเรียนการสอน การทำงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้อื่น นักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีทักษะและมั่นใจปฏิบัติงานตามความคาดหวังของวิชา ฝึกฝนและควบคุมตนเองให้มีความรับผิดชอบสูง รู้จักการแก้ปัญหา มีการตัดสินใจที่ถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้การพยาบาลต่อผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ขอบเขตการปฏิบัติงานในรายวิชาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

การเรียนการสอนด้วย e-Learning เป็นการถ่ายทอดเนื้อหาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์รวมกับการใช้สื่อการสอนอื่น ๆ ประกอบในการศึกษา เช่น เอกสารประกอบการสอน หนังสือ ตำราหรือ วิดีทัศน์ เพื่อให้นักศึกษาเข้าถึงเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น เกิดรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นสื่อการสอนที่จัดประสบการณ์ใกล้เคียงความจริง และเสริมความเข้าใจในสิ่งที่เรียนไปแล้ว (Clank & Mayer, 2003)

การเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์มีความแตกต่างไปจากการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ โดยมีการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนักศึกษา เปิดโอกาสให้นักศึกษาหาความรู้ และเรียนรู้ได้มากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ศึกษาจากบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ ส่งเสริมให้นักศึกษาได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เกิดองค์ความรู้ใหม่จากการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง สามารถเข้าถึงเนื้อหาสาระได้อย่างไม่มีขีดจำกัดเรื่องเวลา สถานที่ (Marun, 2016) สื่อการเรียนการสอนจึงเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้การเรียนการสอนดำเนินไปด้วยดีและมีประสิทธิภาพ เพราะสื่อการสอนกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนและมีส่วนร่วมในการเรียนช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจชัดเจน จำได้เร็วและจำได้นาน เรียนรู้ในเวลาที่มีจำกัด (Kiger et al., 2014) ซึ่งการเตรียมพร้อมให้กับนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเด็กด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จะช่วยให้นักศึกษา



Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course

ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

มั่นใจในการปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ งานที่ได้รับมอบหมายในขอบเขตหน้าที่ที่รับผิดชอบ วัตถุประสงค์การเรียนรู้การประเมินความรู้เป็นไปตามความคาดหวังรายวิชา สอดคล้องกับการศึกษาของ เดือน-เพ็ญ บุญมาชู และคณะ (Bunmachu et al., 2021) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วย e-Learning ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่าหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วย e-Learning นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วย e-Learning อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ วณิชชา พึ่งชมภู และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (Puengchompoo & Panuthai, 2014) ที่พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย e-Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในกระบวนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่าผลสัมฤทธิ์ต่อการเรียนการสอนด้วย e-Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การเรียนโดยใช้ e-Learning สามารถตอบสนองผู้เรียนได้มากกว่าการจัดการศึกษาในห้องเรียนโดยเฉพาะการเข้าถึงเนื้อหา ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงเนื้อหาองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่มีมากกว่าในตำราที่ใช้สอนช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจ

การเตรียมนักศึกษาให้มีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมีความจำเป็น เนื่องจากการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่ต้องใช้ทักษะและความสามารถในการเรียนสูงเพราะต้องปฏิบัติงานกับชีวิตคน ผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นจึงได้พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลรุ่นที่ 1 จำนวน 14 คน พบว่า เมื่อไปปฏิบัติงานจริงนักศึกษามีทักษะการปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการปฏิบัติการประเมินการเจริญเติบโต การพ่นยา การจัดทำเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ และการดูดเสมหะในเด็กดีกว่ากลุ่มที่ไม่ผ่านการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนำไปใช้จริงเพื่อให้ให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจในการฝึกปฏิบัติงาน สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาพยาบาล ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
2. ศึกษาประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
3. ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

ผลสัมฤทธิ์ของการทำบทเรียนสอนเสริมของนักศึกษาพยาบาลสูงขึ้นหลังการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ กูกลิเอลมิโน (Guglielmino, 1978) ซึ่งให้ความสำคัญกับความพร้อมในการเรียนรู้โดยการขึ้นนำตนเอง ประกอบด้วย 1) การเปิดโอกาสต่อการเรียนรู้ 2) อัตมโนทัศน์ในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ 3) การริเริ่มและอิสระในการเรียนรู้ 4) ความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตน 5) ความรักใน



Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course

ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

การเรียนรู้ 6) ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 7) การต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิต 8) ความสามารถในการใช้ทักษะพื้นฐานด้านการศึกษาและทักษะในการแก้ปัญหา มาใช้ในขั้นเตรียมความพร้อมในการพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อสร้างความพร้อมในการเรียนรู้โดยการชี้แนะตน เป็นการนำเสนอด้วยตัวอักษรภาพนิ่ง ผสมผสานกับการใช้ภาพเคลื่อนไหววิดีโอทัศน์และเสียง ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการสื่อสาร ใช้ความร่วมมือในการสอนโดยอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล ร่วมกันการออกแบบบทเรียน โดยนำสื่อมัลติมีเดียมาผสมผสาน ใช้เทคนิควิธีการสอนเพื่อช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้ เป็นการสร้างความรู้ ทักษะใหม่ให้แก่ผู้เรียนสอดคล้องกับเป้าหมายของผู้เรียนที่ต้องการ สำหรับขั้นการออกแบบและพัฒนากิจกรรมการสอนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม ผู้วิจัยออกแบบตามแบบจำลอง ADDIE (McGriff, 2000) 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ 2) การออกแบบ 3) การพัฒนา 4) การนำไปใช้ และ 5) การประเมินผล โดยคาดว่าผลของการเรียนรู้โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมจะส่งผลต่อระดับความรู้ และความพึงพอใจของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก โดยการเรียนรู้แบบชี้แนะตนเองทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ตนเองสนใจตามเป้าหมายของตนเองมากกว่าการให้ผู้อื่นชี้แนะ และกำหนดเป้าหมายไว้ให้เป็นการเรียนรู้ที่นักศึกษาต้องรับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเองให้อิสระและมีความยืดหยุ่นแก่นักศึกษาที่มีความแตกต่างกัน (Fisher et al., 2001) เริ่มจากการให้นักศึกษามีความริเริ่มในการวิเคราะห์และตัดสินใจว่าต้องการเรียนรู้สิ่งใด กำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้รวมทั้งระบุวิธีการค้นคว้าที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และสามารถตรวจสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้ นักศึกษาจะเป็นผู้ควบคุมกำกับและจัดการต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Brockett & Donaghy, 2011)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (one group pretest-posttest designs) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ระยะที่ 2 นำสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาพยาบาลไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จำนวน 59 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในปีการศึกษา 2566 ภาคการศึกษาที่ 1 ผลการเรียนรู้ผ่านรายวิชาทฤษฎีการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเป็นสื่อการเรียนรู้ประเภทสื่อเสริม (complementary) นักศึกษาสามารถเข้าถึงบทเรียนตามกิจกรรมการเรียนรู้รายบท ผู้วิจัยพัฒนาสื่อบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์สอนเสริม ตามแนวคิดของ กุกลิเอลมีโน (Guglielmino, 1978) ในการเตรียมการจัดสภาพการณ์ที่เอื้อต่อการเรียนการสอน การสร้างสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์นำมาจากผลการประเมินการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักศึกษาพยาบาลรุ่น 1 (2564) มาจัดการเรียนการสอน จากนั้นนำแบบจำลอง ADDIE (McGriff, 2000) มาออกแบบบทเรียนและการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของบทเรียน เนื้อหาและกิจกรรม



วิธีการนำเสนอ การติดต่อสื่อสารกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การตรวจสอบ การเข้าร่วมกิจกรรม การจัดลำดับการเรียนรู้ และการวัดและประเมินผล

บทเรียนสอนเสริมประกอบด้วย บทเรียนย่อยและแผนการสอนจำนวน 4 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1 การประเมินการเจริญเติบโตของเด็ก

เรื่องที่ 2 การพ่นยาในเด็ก

เรื่องที่ 3 การจัดทำเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ

เรื่องที่ 4 การดูดเสมหะในเด็ก

2. แบบวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็นบทละ 10 ข้อ ข้อทดสอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก สำหรับผู้ที่ตอบถูกต้อง คำนวณน้ำหนักคะแนนข้อละ 1 คะแนน หรือผู้ที่ตอบผิด ให้คำนวณน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ผู้วิจัยแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับชั้นคะแนน (Srisaard, 2017) คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ จากคำถาม 40 ข้อ มีคะแนนเต็ม 40 คะแนน มีการจัดระดับคะแนนได้ดังนี้ คะแนนระดับมาก หมายถึงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (32-40 คะแนน) คะแนนระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนร้อยละ 60-79 (24-31 คะแนน) คะแนนระดับน้อย หมายถึงคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-23 คะแนน) แบบฝึกหัดอัตโนมัติ பயงานบทวนเนื้อหา

3. แบบวัดความพึงพอใจการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (likert's scale) 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึงความพึงพอใจการใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุดระดับ 4 หมายถึงความพึงพอใจการใช้งานอยู่ในระดับมากระดับ 3 หมายถึงความพึงพอใจการใช้งานอยู่ในระดับปานกลาง ระดับ 2 หมายถึงความพึงพอใจการใช้งานอยู่ในระดับน้อย ระดับ 1 หมายถึงความพึงพอใจการใช้งานอยู่ในระดับน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (Srisaard, 2017) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงมีความเหมาะสมมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึงมีความเหมาะสมมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึงมีความเหมาะสมปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึงมีความเหมาะสมน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงมีความเหมาะสมน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 คน อาจารย์สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อม ภาษาที่ใช้ จากนั้นนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข และผู้วิจัยได้นำสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม แบบวัดผลสัมฤทธิ์การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม และแบบวัดความพึงพอใจการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 1 (ปีการศึกษา 2564) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน นำข้อสอบมาตรวจให้คะแนน และคัดเลือกข้อสอบที่มีความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.20-0.80 และค่าอำนาจจำแนก (B) ระหว่าง 0.20-1.00 ไว้จำนวน 40 ข้อ มีค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.36-0.64 และมีค่าอำนาจจำแนก (B) ระหว่าง 0.53-0.93 ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามเลขที่ 017/2023 และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหาร หัวหน้าภาควิชาสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยมีการอธิบายและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ



Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course

ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ได้รับ การดำเนินการวิจัย สติของกลุ่มตัวอย่าง การปกปิดความลับ และความรับผิดชอบของผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและให้อิสระในการตัดสินใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถปฏิเสธได้ หรือระหว่างที่เข้าร่วมวิจัยหากมีความประสงค์ที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัย สามารถกระทำได้โดยไม่มีผลเสียใด ๆ และในการเขียนรายงานการวิจัยจะเปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริงในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงทำความเข้าใจแก่กลุ่มตัวอย่าง และนำแบบวัดความรู้ในเนื้อหา 4 เรื่อง ได้แก่ การประเมินการเจริญเติบโตของเด็ก การพ่นยาในเด็ก การจัดทำเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ และการดูดเสมหะในเด็ก นำมาวัดกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 59 คน เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวนเรื่องละ 10 ข้อ รวมเป็น 40 ข้อ
2. ผู้วิจัยแจกคู่มือการเรียนรู้ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และเนื้อหาบทเรียนสอนเสริมแก่กลุ่มนักศึกษา และติดตามจำนวนการเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกันกับนักศึกษาช่วงเวลาวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น.
3. หลังจากสิ้นสุดการเรียนรู้แล้ว ผู้วิจัยวัดความรู้แบบวัดความรู้ในเนื้อหา 4 เรื่องเดิม และประเมินความพึงพอใจโดยนำแบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้เรียนต่อการใช้อีอิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิจัยเป็นสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของสื่อการสอน โดยใช้สัดส่วนร้อยละของคะแนนวัดความรู้ภายหลังเรียนอยู่ในเกณฑ์ 80/80 (E1/E2)
3. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้เปรียบเทียบก่อนหลัง one group pre-post test ใช้สถิติทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 59 คน เพศหญิง จำนวน 53 คน เพศชาย จำนวน 6 คน ทุกคนมีประสบการณ์การใช้อีอิเล็กทรอนิกส์ และมีความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการเข้าถึงสื่อ เช่น มีโทรศัพท์มือถือ โน้ตบุ๊กคอมพิวเตอร์ ไอแพด ร้อยละ 100
2. การพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมมีประสิทธิภาพ ซึ่งค่า E1 หมายถึง ประสิทธิภาพของกระบวนการ (Efficiency of Process) และ E2 หมายถึง ประสิทธิภาพของผลลัพธ์เนื่องจากเนื้อหาสาระในบทเรียนเป็นจิตพิสัย (Affective Domain) และทักษะพิสัย (Skill Domain) ต้องใช้เวลาไปฝึกฝนและพัฒนา ผู้วิจัยจึงตั้งเกณฑ์ไว้ที่ 80/80 (Phromwong, 2013) ดังตารางที่ 1 พบว่า สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมมีประสิทธิภาพของกระบวนการ และผลลัพธ์เท่ากับ 82.35/84.63 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพกระบวนการของการใช้อีอิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม

เรื่องที่	กระบวนการจัดการเรียนการสอน (E1)	หลังการเรียนการสอน (E2)
1	80.00	86.39
2	82.74	83.76
3	85.10	85.68
4	81.54	82.68
รวมเฉลี่ย	82.35	84.63



Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course

ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

3. ประสิทธิภาพของนักศึกษาที่เรียนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนักศึกษาได้คะแนนก่อนเรียนทุกบทน้อย เนื่องจากนักศึกษาเรียนวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นภาคทฤษฎีไปแล้ว 1 ภาคการศึกษาและไม่มีการเตรียมความพร้อมในเนื้อหาตามบทเรียน แต่เมื่อหลังเรียนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติ คะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 5.94 รองลงมาคือ เรื่องที่ 2 ผลการเรียนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.04 และ เรื่องที่ 3 เท่ากับ 3.91 เรื่องที่ 4 เท่ากับ 3.39 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน หลังเรียนและการเพิ่มขึ้นของผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามรายบท

เรื่องที่	คะแนนก่อนเรียน (10 คะแนน)	คะแนนหลังเรียน (10 คะแนน)	การเพิ่มขึ้น ของผลการเรียน
1	1.76	7.70	5.94
2	1.59	7.64	6.04
3	1.42	5.34	3.91
4	1.62	5.02	3.39
รวม	1.60	6.42	4.82

4. ผลสัมฤทธิ์ของนักศึกษาก่อนและหลังเรียนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมพบว่า นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ที่เรียนด้วยด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้ค่า t มีค่าเท่ากับ 10.39 ($t_{0.001, 58}$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพผลลัพธ์ของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ชุดวิชาการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ 80/80 มีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

คะแนน	จำนวนนักศึกษา	Mean	SD	t	P
pretest	59	10.64	2.51	10.39*	.001
posttest	59	21.89	1.97		

*p < .001

5. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมพบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเรียนโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้อิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม

รายการประเมิน	Mean	SD	แปลผล
ด้านเนื้อหา			
1. การนำเสนอเนื้อหาที่มีรูปแบบชัดเจนเข้าใจง่าย	4.49	0.86	มาก
2. เนื้อหามีความเหมาะสมกับเวลาที่เรียน	3.77	1.07	มาก
3. เนื้อหามีความยากง่ายเหมาะสมกับผู้เรียน	4.28	1.14	มาก
4. เนื้อหาแต่ละชุดมีความแปลกใหม่	4.10	1.05	มาก
5. เนื้อหาแต่ละชุดเป็นเรื่องที่น่าสนใจนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	4.47	0.94	มาก
รวมเฉลี่ย	4.22	0.98	มาก



Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation
in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course
ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม
นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้อิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม (ต่อ)

รายการประเมิน	Mean	SD	แปลผล
ด้านภาพและภาษา			
1. ภาพมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับเนื้อหา	4.37	0.93	มาก
2. ภาพสร้างความสนใจต่อผู้เรียน	4.23	0.90	มาก
3. ภาพช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจง่ายและเรียนรู้ได้รวดเร็ว	4.27	0.68	มาก
4. คำสั่งใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายต่อการนำไปปฏิบัติกิจกรรม	3.98	1.25	มาก
รวมเฉลี่ย	4.21	0.84	มาก
ด้านตัวอักษรและสี			
1. รูปแบบของตัวอักษรที่ใช้มีขนาดเหมาะสม	4.70	0.77	มากที่สุด
2. สีตัวอักษรมีความเหมาะสม	4.45	0.77	มาก
3. ตัวอักษรที่มีสีสันทนสวยงามน่าอ่าน	4.27	0.98	มาก
รวมเฉลี่ย	4.47		มาก
ด้านการวัดและประเมินผล			
1. ความชัดเจนของคำสั่งของแบบทดสอบโดยรวม	4.42	0.92	มาก
2. ความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาแบบทดสอบ	4.13	0.85	มาก
3. แบบทดสอบแต่ละชุดทำให้ผู้เรียนทราบความก้าวหน้าของตนเอง	4.53	0.73	มากที่สุด
4. ผู้เรียนมีโอกาสได้ทราบคะแนนของผลงานที่ตนเองทำมาก	4.35	0.75	มาก
5. แบบทดสอบมีความยากง่ายเหมาะสมกับผู้เรียน	4.30	0.92	มาก
รวมเฉลี่ย	4.35	0.48	มาก
เฉลี่ยภาพรวม	4.31	0.91	มาก

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบดังนี้ ในปีการศึกษา 2564 ผู้วิจัยได้พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 4 บท ประกอบด้วย การประเมินการเจริญเติบโต การพ่นยา การจัดทำเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ และการดูดเสมหะ เนื่องจากทั้ง 4 บทเรียน นักศึกษาต้องมีความพร้อมและทักษะในการปฏิบัติงานตามคาดหวังที่กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ (Pediatric nursing and midwifery department, 2016) จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 1 (ปีการศึกษา 2564) จำนวน 14 คน พบว่า ทุกคนผ่านการประเมินผลการปฏิบัติงานในครั้งที่ 1 ขณะที่นักศึกษาที่ไม่ได้เรียนสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมทุกคน ผ่านการประเมินการปฏิบัติงานในครั้งที่ 2-4 แสดงถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสามารถทำให้นักศึกษาบรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมตามแนวคิดของ กุกลีเอลมีโน (Guglielmino, 1978) ในการเตรียมการจัดสภาพการณ์ที่เอื้อต่อการเรียนการสอน และได้นำกระบวนการจัดการเรียนการสอนตามแบบจำลอง ADDIE (McGriff, 2000) มาออกแบบบทเรียน การนำไปใช้และการประเมินผล จากนั้นผู้วิจัยได้นำสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมไปหาประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้จริงกับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 2 (ปีการศึกษา 2565) พบว่า สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมมีประสิทธิภาพเท่ากับ 82.35/84.63 ซึ่ง



Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation
in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course
ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม
นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

สูงกว่าเกณฑ์ 80/80 ที่ตั้งไว้ เนื่องจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนอกจากจะเป็นสื่อ
มัลติมีเดียที่ทำให้เข้าใจได้ดีขึ้นแล้วยังเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถเลือกเรียนเฉพาะเนื้อหาส่วนที่ต้องการทบทวน
โดยไม่ต้องเรียนส่วนที่เข้าใจแล้ว เพื่อทบทวนให้เข้าใจมากขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา มีนาสันติรักษ์
และคณะ (Meenasantirak et al., 2018) ที่ศึกษาการพัฒนาบทเรียน e-Learning เรื่องหลักการและเทคนิคการ
ทำแผลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผลวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของ
บทเรียน e-Learning เรื่องหลักการและเทคนิคการทำแผลมีค่าเท่ากับ 97.64/92.15 มีค่ามากกว่าเกณฑ์ 80/80

ด้านผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ก่อนและหลังเรียนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมพบว่า นักศึกษามี
ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.001 สะท้อนให้เห็นว่าสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจ เกิด
การเรียนรู้จากการเข้าถึงข้อมูล และการจากสำรวจการเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมพบว่า นักศึกษา
สามารถจัดลำดับการเรียนรู้ มีการสื่อสาร และปรึกษากิจกรรมการเรียนรู้รายบทร่วมกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบ
รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นได้ นักศึกษาสามารถพิมพ์ข้อความสงสัย ข้อคำถามหรือสิ่งที่นักศึกษา
อยากจะพิมพ์ในกระดานสนทนา เพื่อช่วยเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาบทเรียนดีขึ้น ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการเรียน แสดงให้เห็นว่า การเรียนการสอนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมทำ
ให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ มีความพร้อมด้านความรู้และทักษะการฝึกปฏิบัติงานตามความคาดหวังของ
รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์ (Wajanawisit,
2014) ที่พบว่า ผู้เรียนมีคะแนนสอบเฉลี่ยหลังเรียนด้วยบทเรียน e-Learning รายวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะ
พยาบาล-ศาสตร์การุณย์ มีคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย
ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสูงขึ้นเพราะในการออกแบบ และพัฒนาบทเรียนมี
ขั้นตอนดำเนินการอย่างเป็นระบบ บทเรียนออกแบบให้เนื้อหาแต่ละหัวข้อ มีภาพประกอบที่สามารถสื่อ
ความหมายและเกี่ยวข้องกับเนื้อหาทำให้ผู้เรียนเข้าใจและจำเนื้อหาได้ง่ายยิ่งขึ้น วณิช พิงชมภู และ ศิริรัตน์ ปาน
อุทัย (Pueng- chompoo & Panuthai, 2014) ได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย e-Learning สำหรับ
นักศึกษาพยาบาล-ศาสตร์ ในกระบวนการวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ต่อการเรียนการสอนด้วย e-
Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
โดยการเรียนโดยใช้ e-Learning สามารถตอบสนองผู้เรียนได้มากกว่าการจัดการศึกษาในห้องเรียนโดยเฉพาะการ
เข้าถึงเนื้อหา ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงเนื้อหาองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่มีมากกว่าในตำราที่ใช้สอนช่วยให้ผู้เรียนเกิดการ
เรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจ

ด้านความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริม ภาพรวมพบว่า ค่าเฉลี่ย
รวม 4.31 อยู่ในระดับมาก โดยด้านเนื้อหาบทเรียน พบว่า มีความครอบคลุมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้
มีความสะดวกในการเรียนรู้ และทบทวนเนื้อหาบทเรียน รูปแบบการนำเสนอเนื้อหาที่น่าสนใจ และเข้าใจง่าย ด้าน
รูปแบบการใช้งานพบว่า รูปภาพประกอบ กราฟิกมีความสวยงามเหมาะสม ขนาดของตัวอักษรง่ายต่อการอ่าน
และโทนสีมีความสวยงามเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมการเรียนการสอนในระบบ e-Learning มีการ
ออกแบบส่วนติดต่อกับผู้ใช้ (user interface) ที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและสะดวกต่อการใช้งาน การจัด
สภาพแวดล้อม และการนำเสนอบทเรียนสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วารินทร์
บินโฮเซ็น และ รัชนิ นามจันทรา (Binhosen & Namjunytra, 2015) ที่พบว่า สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์รายวิชา
BNS 405 การพยาบาลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าร้อยละ 80 เนื่องจากสามารถเข้าถึง
เนื้อหาบทเรียนได้ดี การเรียงลำดับเนื้อหาเป็นระบบชัดเจน ช่วยทบทวนเนื้อหาสำคัญ และแบบทดสอบท้ายบท
ช่วยเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหา ความพึงพอใจต่อสื่อการสอนอยู่ในระดับมาก โดยรูปแบบและการนำเสนอ ขนาด



Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ของภาพ เมนูการใช้งาน การบรรยายนำเสนอ การแสดงผล คะแนนแบบทดสอบช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ทุกด้านอยู่ในระดับมาก นอกจากนั้นผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อสภาพการเรียนการสอนในระบบ e-Learning เนื่องจากสภาพแวดล้อมการเรียนการสอนในระบบ e-Learning มีการออกแบบส่วนติดต่อกับผู้ใช้ (user interface) ที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและสะดวกต่อการใช้งาน (Kimsungnoen & Petchtang, 2016) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะรัตน์ แสงบำรุง และคณะ (Sangbumrung et al., 2019) ที่พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจในการใช้สื่ออยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.14 ต่อโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อรองรับโปรแกรมมัลติมีเดียที่หลากหลายในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้ง่าย กระตุ้นทักษะการคิดวิเคราะห์ เชื่อมโยง จดจำ ทำความเข้าใจด้วยภาพ และสื่อวิดีโอ และจากการศึกษาของ มาณี นาคณาคุปต์ และ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (Nakanakupt & Iamchareon, 2017) ที่พัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการทำคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยรังสิต ในรายวิชา BNS 344 การผดุงครรภ์ 2 พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อวีดิทัศน์เรื่องการทำคลอดสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดคือ สื่อวีดิทัศน์ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการฝึกปฏิบัติการทำคลอดด้วยตนเองได้มากขึ้น รองลงมาคือ เนื้อหามีความเหมาะสม มีขั้นตอนที่ทำให้ฝึกปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรติดตามผลการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานหลังนักศึกษาได้ศึกษาสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติ
2. ควรนำสื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมก่อนฝึกปฏิบัติงานรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักศึกษาพยาบาลเข้าสู่ระบบจัดการการเรียนการสอนออนไลน์ผ่านเครือข่าย อินเทอร์เน็ต ที่มีเครื่องมือที่สำคัญสำหรับผู้สอน ผู้เรียน และผู้ดูแล (Learning Management System)
3. ควรมีการประเมินพฤติกรรมรายบทในการวัดผลสัมฤทธิ์นอกจากวัดเฉพาะการตอบคำถามเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์กับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการจัดการเรียนการสอนรูปแบบอื่นกับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนอิเล็กทรอนิกส์
3. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการเรียนการสอนภาคปฏิบัติสาขาหลักของนักศึกษาพยาบาล

References

- Binhosen, V., & Namjuntra, R. (2015). A development of e-learning course ware media of BNS 405: Elderly nursing on student's readiness for nursing licensing examination school of Nursing Rangsit University. *Journal of Nursing and Education*, 8(4), 114–124. (in Thai)
- Brockett, R. G., & Donaghy, R. C. (2011). Self-directed learning: The houle connection. *International Journal of Self-directed Learning*, 8(2), 1-10.



Effectiveness of Using an Electronic Media Tutorial for Nursing Student Preparation
in a Child and Adolescent Nursing Practicum Course
ประสิทธิผลการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์บทเรียนสอนเสริมสำหรับการเตรียมความพร้อม
นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

- Bunmachu, D., Klungchunan, D., & Kaewlee, P. (2021). Effects of e-Learning on learning achievements of nursing student in child and adolescent nursing I, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(3), 352-264. (in Thai)
- Clank, R. C., & Mayer, R. E. (2003). *E-Learning and the science of instruction*. JohnWiley & Sons.
- Fisher, M., King, J., & Tague, G. (2001). Development of self directed learning readiness scale for nursing education. *Nurse Education Today*, 21, 516-525.
- Guglielmino, L. M. (1978). Development of the self-directed learning readiness. *Dissertation Abstracts International*, 38, 64-67.
- Kiger, M., Hardy, R., & Mitchell, C. (2014). *Teaching for health*. Churchill Livingstone.
- Kimsungnoen, N., & Petchtang, S. (2016). The effect of e-Learning courseware media on the learning achievement of nursing students at the school of Nursing, Rangsit University. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 9(1), 63-74. (in Thai)
- Marun, R. (2016). Effective management of teaching and learning at the higher education level. *Journal of Southern Technology*, 9(2), 169-176. (in Thai)
- McGriff, S. J. (2000). Instructional System Design (ISD): Using the ADDIE Model. *Instructional Design Models*, 22(14), 1-2.
- Meenasantirak, A., Wangwun, P., Siripitakchai, C., Plodpluang, U., & Muenthaisong, S. (2018). Development of wound dressing e-Learning lesson for nursing student in Srimahasarakham Nursing College. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 28(3), 145-155. (in Thai)
- Nakanakupt, M., & Iamchareon, T. (2017). Development of video media on childbirth for third-year nursing students, Rangsit University. In *RSU national research conference 2017* (pp.1343-1353). Rangsit University. (in Thai)
- Pediatric Nursing and Midwifery department. (2016). *Basic procedures in pediatric nursing*. Chulalongkorn Printing. (in Thai)
- Phromwong, C. (2013). Media efficiency test or teaching package. *Journal of Silpakorn Education Research*, 5(1), 7-19. (in Thai)
- Puengchompoo, W., & Panuthai, S. (2014). Developing of the learning and teaching with e-learning model for undergraduate nursing students in a Gerontological Nursing Course. *Nursing Journal*, 41(5), 11-25. (in Thai)
- Sangbumrung, P., Koolsantao, T., & Tlppawat, S. (2019). Development of electronic learning materials newborn screening for nursing students. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 3(1), 66-79. (in Thai)
- Srisaard, B. (2017). *Basic research* (10th ed.). Suweereyasan. (in Thai)
- Wajanawisit, T. (2014). Development of e-Learning lessons for the information technology course, Kuakarun Faculty of Nursing. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(1), 100-113. (in Thai)



Nursing Care for Children Undergoing Cardiac Catheterization:

A Case Study

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการสวนหัวใจ: กรณีศึกษา

วราพรรณ วงษ์จันทร์* Waraphan Wongchan*

Abstract

Cardiac catheterization is a special procedure which is very important and useful for diagnosis and treatment. Cardiac catheterization can help children with congenital heart disease by increasing their survival rates. Therapeutic cardiac catheterization can replace some cardiac surgeries that are not very complicated. However, there may also be complications or risks before or after cardiac catheterization, that can lead to death. Pediatric nurses should have knowledge and skill in caring for children following the principles of caring for children undergoing therapeutic cardiac catheterization by monitoring patients to reduce adverse symptoms and complications that may occur in order to increase the quality of nursing care.

This paper addressed information related to children admitted to a hospital for therapeutic cardiac catheterization, including the nursing care before and after cardiac catheterization, complications of cardiac catheterization, discharge planning, and a case study.

Keywords: Nursing care; Therapeutic cardiac catheterization; Pediatric patient

* Corresponding author, Lecturer, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing;
e-mail: waraphan.w@stin.ac.th



บทคัดย่อ

การสวนหัวใจ เป็นหัตถการการตรวจพิเศษที่มีความสำคัญและมีประโยชน์มากในการวินิจฉัย และการรักษา เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น การสวนหัวใจเพื่อการรักษา สามารถทดแทนการผ่าตัดโรคหัวใจบางชนิดที่ไม่ซับซ้อนได้ อย่างไรก็ตามการสวนหัวใจเพื่อการรักษาอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อน ทั้งขณะทำการสวนหัวใจและหลังทำการสวนหัวใจ ซึ่งความเสี่ยงที่พบอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องมีความรู้ และมีทักษะในการดูแลเด็กตามหลักการพยาบาลสำหรับ เด็กที่ได้รับการสวนหัวใจ เฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยเพื่อการลดอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้ทันท่วงที อันเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแล

บทความนี้นำเสนอ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการสวนหัวใจ ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลก่อนและหลังการสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนของการสวนหัวใจ การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย และกรณีศึกษา

คำสำคัญ: การพยาบาล การสวนหัวใจเพื่อการรักษา ผู้ป่วยเด็ก

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

วันที่รับบทความ 25 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 23 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 6 กรกฎาคม 2566



บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease: CHD) เป็นความพิการแต่กำเนิดพบได้บ่อยที่สุด เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและ/หรือหลอดเลือดขณะอยู่ในครรภ์มารดา สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่แรกคลอด ทำให้มีระบบการไหลเวียนโลหิตทั้งเข้าและออกจากหัวใจไปยังอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติ (Bakheet et al., 2013) รายงานอุบัติการณ์โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั่วโลกพบประมาณ 8-10 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 โดย 1 ใน 4 ราย เด็กจะมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตและจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด หรือทำหัตถการอื่น ๆ ในขวบปีแรก หากไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องเด็กอาจเสียชีวิตได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2022)

ประเทศไทยจากรายงานระบบทะเบียนข้อมูลเด็กพิการแต่กำเนิดระดับชาติ พบความชุกของความผิดปกติแต่กำเนิดร้อยละ 2.6 ของทารกเกิดมีชีวิต โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็น 1 ใน 5 อันดับแรก (Kuptanon & Pangkanon, 2018) ชนิดที่พบบ่อยคือ ชนิดที่มีรูรั่วของผนังกันหัวใจห้องล่าง (ventricular septal defect: VSD) ชนิดที่มีรูรั่วของผนังกันหัวใจห้องบน (atrial septal defect: ASD) และชนิดที่มีหลอดเลือดเกินระหว่างหลอดเลือดเอออร์ตาที่ออกจากหัวใจและหลอดเลือดแดงพัลโมนารีที่ไปปอด (patent ductus arteriosus: PDA) เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกลุ่มที่ไม่มีอาการเขียว (acyanotic congenital heart disease: ACHD) โดยชนิดที่มีรูรั่วจะส่งผลให้มีการไหลกลับของเลือดจากหัวใจห้องซ้ายไปยังห้องขวาและมีเลือดไปปอดมาก (Qu et al., 2016) ซึ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กในกลุ่มนี้ประกอบด้วยการใช้ยาเพื่อควบคุมการทำงานของหัวใจ เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ภาวะหัวใจวาย และภาวะความดันหลอดเลือดในปอดสูง (Schroeder et al., 2019) ส่วนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกลุ่มที่มีอาการเขียว (cyanotic congenital heart disease: CCHD) ที่พบบ่อยที่สุดคือ ชนิดกลุ่มที่มีเลือดไปปอดน้อย (tetralogy of fallot: TOF) อันเกิดจากการตีบตันของทางเดินเลือดในหัวใจห้องขวา และ/หรือเส้นเลือดที่นำเลือดไปปอดที่ปอดตีบหรือตัน ทำให้มีเลือดดำไปปอดที่ปอดได้น้อย และมีการไหลกลับของเลือดจากหัวใจห้องขวาไปยังห้องซ้าย ส่งผลให้เลือดมีออกซิเจนต่ำไปเลี้ยงร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน ภาวะเลือดข้น (Sriboonyawattana, 2019) จากรายงานอุบัติการณ์และปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีความคุกคามต่ออัตราการรอดชีวิตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การสวนหัวใจจึงเป็นหัตถการหนึ่งที่น่าสนใจใช้รักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติที่ไม่ซับซ้อนได้ตั้งแต่หลังแรกเกิด และเป็นการรักษาประคับประคองเพื่อรอความพร้อมในการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติที่ซับซ้อนต่อไป

การสวนหัวใจ (cardiac catheterization) เป็นหัตถการการตรวจพิเศษทางการแพทย์ที่มีการใส่สายสวนขนาดเล็กเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2 มิลลิเมตรเข้าไปในหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำที่ขาหนีบของผู้ป่วยเด็ก ผ่านไปตามหลอดเลือดใหญ่จนถึงหลอดเลือดหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเอกซเรย์เพื่อดูโครงสร้างลักษณะของหลอดเลือด วัดความดันและระดับออกซิเจนในห้องหัวใจ (Cardiac center at King Chulalongkorn Memorial Hospital, 2018) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค การรักษาโรคหัวใจบางชนิดที่มีความผิดปกติทางโครงสร้าง และเพื่อการรักษาทดแทนการผ่าตัดบางอย่างได้ (Hill et al., 2019) เช่น การปิดหลอดเลือดเกินระหว่างปอดและหัวใจ (PDA closure) การปิดรูรั่วผนังหัวใจห้องบน (ASD device closure) การปิดรูรั่วผนังหัวใจห้องล่าง (VSD device closure) ผู้ป่วยจึงได้รับการวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วและถูกต้อง ทำให้สามารถวางแผนการรักษาโรคได้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยอัตราเสี่ยงและผลสำเร็จในการรักษาใกล้เคียงกับการผ่าตัด ไม่ต้องดมยาสลบใช้เพียงยานอนหลับ ไม่ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ไม่ต้องใส่สายระบายทรวงอก ไม่มีรอยแผล ค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการผ่าตัด การพักฟื้นน้อยกว่าการผ่าตัด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล และหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับบ้านได้เร็ว จึงมีแนวโน้มจะมาแทนที่การผ่าตัด



ได้ในอนาคต (Krasemann, 2015) ทั้งยังนำมาใช้ในการรักษาชีวิตผู้ป่วยเด็กในภาวะเร่งด่วน เช่น การทำ balloon atrial septostomy (BAS) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดใหญ่ของหัวใจสลับซ้าย (D-transposition of the great arteries: d-TGA) และ intact ventricular septum (IVS) ที่มีอาการเขียวมาก และมี atrial septum ที่เล็กมาก เพื่อรอการผ่าตัด หรือกลุ่มที่มี pulmonary atresia (PA), tricuspid atresia (TA) และ hypoplastic left heart syndrome (HLHS) เพื่อลดภาวะเลือดคั่งที่ปอด (pulmonary congestion) รวมถึงในกลุ่มที่ไม่เร่งด่วน เช่น โรคลิ้นหัวใจเส้นเลือดไปปอดตีบ (pulmonic valve stenosis) โรคลิ้นหัวใจเส้นเลือดไปร่างกายตีบ (aortic valve stenosis) โรคหลอดเลือดใหญ่ไปเลี้ยงร่างกายตีบ (coarctation of aorta) และโรคเส้นเลือดไปปอดตีบ (pulmonary artery stenosis) เป็นต้น (Lawanna, 2019)

พยาบาลเด็กมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นผู้ให้คำแนะนำที่ต่อเนื่องกับผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การสวนหัวใจในเด็กเป็นการรักษาที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกาย (invasive procedure) ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจเพื่อรักษาดังกล่าวได้ตลอดเวลา จึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพ (The Announcement of the National Health Security Office, 2018) การส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลด้านความรู้และทักษะพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอให้มีความพร้อมในการติดตามดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาแต่ละชนิดได้อย่างเข้าใจและครอบคลุมต่อเนื่องจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ตั้งแต่การประเมินแรกเริ่ม การพยาบาลก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำการสวนหัวใจ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และสามารถค้นพบภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีและปลอดภัย ผ่อนคลายความวิตกกังวล ทั้งวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suddee et al., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการสวนหัวใจพบว่า ยังค่อนข้างไม่ครอบคลุม (Naowapanich, 2014) บทความนี้จะกล่าวถึงการให้ความรู้การสวนหัวใจในเด็กและบทบาทพยาบาลตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังทำการสวนหัวใจ การสวนหัวใจเด็กเพื่อการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การวางแผนการจำหน่าย และกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการรักษาด้วยการสวนหัวใจ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและความพึงพอใจทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจต่อไป

การสวนหัวใจเพื่อการรักษาในเด็ก (Therapeutic cardiac catheterization)

การสวนหัวใจเพื่อการรักษา เป็นการแก้ไขความผิดปกติที่ไม่ซับซ้อนได้ ช่วยทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งการสวนหัวใจเพื่อการรักษา (Khositseth, 2012; Kumar et al., 2014) มีดังนี้

1. การเปิดทางติดต่อระหว่างหัวใจห้องบน (Open atrial communication) ได้แก่ การขยายขนาดของผนังกันหัวใจห้องบนโดยการใส่บอลลูน (Balloon atrial septostomy: BAS)
2. การขยายรอยตีบ (Dilation procedure) ได้แก่ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Balloon angioplasty) การขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูน (Balloon valvuloplasty) และการวางขดลวดบริเวณหลอดเลือด (Stent placement)
3. การปิดรูรั่ว (Closure devices) โดยการใช้อุปกรณ์ในการปิดรูรั่วที่ผนังหัวใจและในหลอดเลือด ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ในการปิดรูรั่วที่ผนังกันหัวใจผ่านทางสายสวนหัวใจ (Transcatheter device closure of septal defects) การใช้อุปกรณ์ หรือขดลวดในการปิดหลอดเลือด (Transcatheter vascular occlusion) การใช้ขดลวดในการปิดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงใหญ่ (Coil embolization of aortopulmonary collaterals)



การสวนหัวใจเพื่อการรักษาในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้นมีหลากหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์และความยากง่ายในการทำที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจขึ้นกับหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะแทรกซ้อนของการสวนหัวใจในเด็ก

ภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการสวนหัวใจ เพราะเกี่ยวข้องกับทุกโครงสร้างในระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้นตามภาวะความรุนแรงของโรค ความยากง่าย และความซับซ้อนของกระบวนการสวนหัวใจ (Julian, 2021; Nantasukhon et al., 2019) ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจ ได้แก่

1.1 ภาวะเลือดออก (bleeding) เนื่องจากตำแหน่งที่แทงสายสวนหัวใจเป็นหลอดเลือดใหญ่ จึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย (morbidity) และการเสียชีวิต (mortality)

1.2 ก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (hematoma) จากการมีเลือดออกมาสะสมรอบหลอดเลือดบริเวณที่แทงสายสวนหัวใจ จะมองเห็นเป็นก้อนนูนใต้ผิวหนัง และส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายลดลง

1.3 จ้ำเลือด (ecchymosis) จากการบอบช้ำของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อจากการแทงสายสวนหัวใจ ซึ่งสามารถหายได้เองประมาณ 7-14 วัน

2. ภาวะแทรกซ้อนขณะทำหรือหลังทำการสวนหัวใจ ได้แก่

2.1 หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) เพราะการใส่สายสวนหัวใจอาจไปรบกวนการส่งคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้

2.2 การเกิดลิ่มเลือด (thrombus) หรือก้อนไขมัน (fat embolism) จากลิ่มเลือดขณะสวนหัวใจ ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมอง หัวใจ ปอด หรือหลอดเลือดส่วนปลายได้

2.3 การเกิดปฏิกิริยาการแพ้ (allergic reactions) ซึ่งอาจเกิดจากการแพ้สารทึบรังสีหรือยาปฏิชีวนะที่ได้รับระหว่างการสวนหัวใจ

2.4 ภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury) จากการได้รับสารทึบรังสี (contrast induce acute kidney injury: CI-AKI) และไม่มีการกำจัดออกจากร่างกาย

2.5 การติดเชื้อบริเวณแผล (infection) ที่ทำการสวนหัวใจ

2.6 ภาวะตัวเย็น (hypothermia) ด้วยการสัมผัสกับอุณหภูมิเย็นเป็นเวลานานในห้องสวนหัวใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยทารกหรือเด็กเล็กที่ศูนย์ควบคุมความร้อนของสมองส่วนไฮโปทาลามัสยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์

2.7 เสียชีวิต พบน้อยมาก อาจพบได้ในเด็กแรกเกิดหรือเด็กเล็ก ในรายที่มีอาการของโรครุนแรง และหรือ/ขั้นตอนในการสวนหัวใจที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

จะเห็นได้ว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจในเด็กนั้นอาจเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนกระบวนการสวนหัวใจทั้งบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจ ขณะทำการสวนหัวใจ และหลังทำการสวนหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กก่อนทำการสวนหัวใจ

การวางแผนและการประเมินก่อนทำการสวนหัวใจ เป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดของการพยาบาล เพื่อค้นหาและป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลก่อนการทำสวนหัวใจ ดังนี้

วันแรกหรือวันก่อนทำการสวนหัวใจ

การประเมินด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1. การซักประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ ประวัติการแพ้อาหาร แพ้อาหาร โดยเฉพาอาหารทะเล



การสวนหัวใจครั้งที่ผ่านมามีการแพ้สารทึบรังสีหรือไม่ การแพ้ยา และการใช้ยาที่ส่งผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น แอสไพริน วาร์ฟาริน หรือสุมุนไพโร เช่น ฟาโทะลายโจร เป็นต้น สำหรับวัยรุ่นหญิงให้ชักประวัติการมีประจำเดือน หรือโอกาสที่จะตั้งครรภ์ เนื่องจากรังสีที่ใช้ในการสวนหัวใจจะมีผลต่อทารกในครรภ์ (Krungkrai-etch, 2015)

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจลักษณะภายนอกทั่วไปตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยเฉพาะหาบนีติระในเด็กหญิง เล็บมือเล็บเท้าสั้นและสะอาด ไม่ทาเล็บ ส่วนเด็กวัยรุ่นที่เริ่มมีขน จะต้องโกนขนบริเวณผิวหนัง หลอดเลือดขาหนีบทั้งสองข้างที่จะทำการสอดใส่ท่อนำสายสวนหัวใจ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดค่าความอึดตัวของออกซิเจน และวัดสัญญาณชีพ หากพบว่าผู้ป่วยมีไข้ต้องรายงานแพทย์

3. การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลตรวจพิเศษ ได้แก่ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) ตรวจประสิทธิภาพการทำงานของไตและเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr) และ Electrolyte ตรวจการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Prothrombin time (PT), Partial thromboplastin time (PTT) และ International ratio (INR) ตรวจหาเชื้อ Anti-HIV, ตรวจทางรังสีวิทยา (chest x-ray) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) และตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) หรืออื่น ๆ ตามแผนการรักษา

4. ผู้ป่วยเด็กตั้งแต่วัยเรียนขึ้นไป สอนวิธีการบอกระดับความปวด (pain scale) เพื่อให้สามารถบอกระดับความปวดของตนเองได้ภายหลังทำการสวนหัวใจ

5. แนะนำผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเกี่ยวกับการงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมงก่อนการทำสวนหัวใจ ซึ่งในผู้ป่วยเด็กจะมีระยะเวลาการเริ่มงดน้ำและอาหารที่แตกต่างกันตามอายุ และช่วงเวลาที่ทำการสวนหัวใจ รวมถึงการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

6. ประเมินความรู้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเกี่ยวกับการสวนหัวใจ อาการหลังทำ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยการดูแลและให้ความรู้ในเรื่องที่พร้อมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล การอธิบายให้ข้อมูลด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย เชื่อถือได้ และชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจรักษา วิธีการตรวจ ประโยชน์ ขั้นตอนระยะเวลาในการสวนหัวใจตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นประมาณ 1-3 ชั่วโมง และสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น มีบาดแผล มีไม้ตามขาข้างที่ทำ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการทำสวนหัวใจ รวมถึงวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังการทำสวนหัวใจ ด้วยการใช้สื่อวิดีโอ หรือนิทานเล่าเรื่อง โดยเลือกให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็ก และประสบการณ์ในอดีต พร้อมสังเกตความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวที่แสดงออก จากการศึกษาพบว่า การสอนรายบุคคลเป็นการสอนที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Aguiar et al., 2016)

วันไปทำการสวนหัวใจ

การประเมินและการดูแลผู้ป่วยเด็กในวันไปทำการสวนหัวใจ ดังนี้

1. วัดสัญญาณชีพ ค่าความอึดตัวของออกซิเจน คลำชีพจรหลังเท้าบริเวณ dorsalis pedis artery พร้อมทำเครื่องหมายกำกับ เพื่อตรวจความชัดเจนของชีพจรสองข้าง และไว้เปรียบเทียบกับหลังทำการสวนหัวใจ

2. ตรวจสอบความเรียบร้อยของใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมทำหัตถการ และป้ายชื่อมือทุกครั้ง

3. เตรียมไม้ตามขา ขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก

4. แนะนำและดูแลถอดสิ่งแปลกปลอม เช่น คอนแทคส์เลนส์ (ถ้ามี) แว่นตา นาฬิกา เครื่องประดับ สายสัญญาณ อุปกรณ์ที่เป็นโลหะ เป็นต้น

5. ดูแลให้ปัสสาวะ หรือเปลี่ยนผ้าอ้อมให้เรียบร้อย

6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาก่อนไปสวนหัวใจประมาณ 30 นาที เช่น chloral hydrate, valium เป็นต้น



การประเมินด้านจิตใจ การดูแลจิตใจเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล เพราะผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลมักมีความวิตกกังวลกับสิ่งที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ กลัวอันตรายและความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะในรายที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำการสวนหัวใจมาก่อน จากผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 40.8 ของผู้ป่วยก่อนทำการสวนหัวใจมีความวิตกกังวล (Vlastra et al., 2018) การประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ด้วยการให้เวลาในการซักถามอย่างเข้าใจ เต็มใจ เป็นกันเอง และกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการสวนหัวใจเป็นครั้งแรก พยาบาลควรให้ความรู้ควบคู่ไปกับการให้กำลังใจ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย หากนอนไม่หลับให้รายงานแพทย์ในการพิจารณาให้ยาคลายความวิตกกังวล หรือนอนหลับ เพื่อให้หลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กหลังทำการสวนหัวใจ

การพยาบาลภายหลังการทำการสวนหัวใจมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย สิ่งสำคัญของหลังการสวนหัวใจระยะนี้คือ การเฝ้าระวัง การค้นหาความผิดปกติ เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับเมื่อถึงหอผู้ป่วย ได้แก่

1.1 ประเมินการไหลเวียนโลหิตและอวัยวะส่วนปลาย โดยดูจากระดับความดันโลหิต อัตราการหายใจ และความสม่ำเสมอในการเต้นของหัวใจ ซิฟรทั้ง 4 ระยะเวลา โดยเฉพาะการคลำชีพจรหลังเท้าทั้งสองข้าง บริเวณ dorsalis pedis artery ที่ทำเครื่องหมายกำกับไว้ก่อนไปสวนหัวใจ หากพบว่าสีผิวนิ้วเท้าของขาข้างที่ทำสวนหัวใจซีด ปลายเท้าเย็น คลำชีพจรได้ไม่ชัดเจน และ capillary refill นานกว่า 2 วินาที แสดงว่ามีปัญหาการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายให้รายงานแพทย์

1.2 วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ หลังจากนั้นทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการไหลเวียนโลหิตและการทำงานของหัวใจ

1.3 ประเมินสภาวะพื้นฐานและการทำหน้าที่ของระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การตอบสนองด้วยการลืมตา การพูด การเคลื่อนไหวเป็นระยะจนผู้ป่วยตื่นดี เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมอง

1.4 ประเมินทางเดินหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ความตื้นลึก ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ และจังหวะการหายใจ พร้อมติดตามค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ทั้งดูแลช่วยเหลือให้ระบบทางเดินหายใจโล่ง มีการระบายอากาศที่ดี และดูแลให้ออกซิเจนตามความจำเป็น

1.5 ประเมินและเฝ้าระวังอุณหภูมิ ทั้งอุณหภูมิในส่วนแกน (core temperature) และอุณหภูมิส่วนปลาย (peripheral temperature) เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อและภาวะหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน

1.6 ประเมินและเฝ้าระวังลักษณะแผลที่ปิดด้วยผ้าก๊อสนาและทับด้วย tensoplast elastic adhesive bandage ว่ามีเลือดซึมหรือไม่ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อบริเวณแผลที่ทำการสวนหัวใจ

1.7 ประเมินความปวดของแผลทุก 4 ชั่วโมงหลังจากการประเมินครั้งแรก ด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมตามวัย เพื่อติดตามอาการปวด

2. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียงและจำกัดการเคลื่อนไหว โดยจัดทำให้ขาข้างที่ใส่สายสวนหัวใจเหยียดตรงด้วยไม้ตามขา หรือหามงอขา อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงหลังการทำการสวนหัวใจ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก หรือมีก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณแผล



3. สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผื่น แ่นหน้าอก เหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ เพื่อประเมินปฏิกิริยาการแพ้สารทึบรังสี (Sousa et al., 2015)

4. ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ให้รับประทานอาหารได้ และหยุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ

5. ดูแลให้ปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมง พร้อมประเมินสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพราะผู้ป่วยได้รับสารทึบรังสี เพื่อติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต

6. ในวันรุ่งขึ้นภายหลังการทำสวนหัวใจ แพทย์หรือพยาบาลจะเปิดแผลทำความสะอาด และปิดแผลด้วยก๊อสทึบด้วยพลาสติกใสกันเปียกน้ำ (transparent waterproof plaster) เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผล และสามารถประเมินลักษณะแผลได้ชัดเจน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการพื้นฐานการดูแลต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการสวนหัวใจ หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะสามารถกลับบ้านได้ในวันถัดไป การวางแผนการจำหน่ายที่ดี ควรมีการวางแผนตั้งแต่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงกลับบ้าน ซึ่งต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล (Tinnuch & Jirapaet, 2020) ดังนี้

1. ประเมินระดับความวิตกกังวล โดยดูจากการแสดงออกและการสอบถามผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล พร้อมรับฟังอย่างเข้าใจและใส่ใจ

2. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการเรียนรู้ เพื่อให้ข้อมูลได้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย

3. อธิบายให้ข้อมูลผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ในเรื่อง

3.1 การดูแลแผล ให้อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายได้ เพราะปิดพลาสติกใสกันเปียกน้ำไว้แล้ว

3.2 ในเด็กโตสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและไปโรงเรียนได้ตามปกติ ให้ระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุ การถูกระแทกบริเวณแผล และควรงดเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล ยกน้ำหนัก ปั่นจักรยาน เป็นต้น ในเด็กบางรายที่อาจมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์จะเขียนใบรับรองให้พักระยะหนึ่งหลังจากออกจากโรงพยาบาล

3.3 การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการใส่อุปกรณ์พิเศษเพื่อปิดผนึกกันหัวใจ จะต้องรับประทานยาแอสไพริน อย่างน้อย 6 เดือน และมาตรวจให้ตรงตามนัดอย่างเคร่งครัด

3.4 การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ มีไข้ แผลอักเสบ บวม แดง เขียวฟกช้ำ เพิ่มขึ้น หรือปวดแผลมาก ทั้งอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น เหนื่อยง่าย ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น

4. กระตุ้นให้ซักถามและตอบข้อสงสัย โดยใช้ข้อคำถามที่เหมาะสมกับวัยและระดับความรู้ของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลแต่ละราย

ตัวอย่างกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 1 ปี เป็นบุตรคนที่ 2 น้ำหนัก 7.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 78 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค PA, VSD, PDA with Right side aortic arch ภูมิแพ้ทางผิวหนังเฉียบพลัน อาการทั่วไปปกติ ไม่เหนื่อย แพทย์นัดมาอนโรงพยาบาลเพื่อสวนหัวใจครั้งที่ 2 เพื่อขยายเส้นเลือดที่ปอดด้วยบอลูน (evaluate PDA stent with LPA)



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ Hb 17.4 gm/dl, Hct 53.2%, Platelets 226,000 cell/mm³, WBC 5,300 k/UL, BUN 15 mg/dl, Cr 0.44 mg/dl, Na 138 mmol/L, K 4.4 mmol/L, Cl 105 mmol/L, HCO₃ 20 mmol/L, CXR: no pulmonary congestion, Echo: partial functioning PDA stent to LPA with proximal LPA stenosis

คำสั่งการรักษาแรกรับ NPO after 04.00 น., on 5%D/N/3 IV rate 35 ml/hr. at 06.00 น., chloralhydrate 4 ml 30 นาที ก่อนส่งทำสวนหัวใจ

แรกรับที่หอผู้ป่วยภายหลังการสวนหัวใจ ผู้ป่วยหลับ O₂ saturation 79% on O₂ flow 10 LPM มี sheath ที่ right femoral artery and vein แพทย์ off sheath ภายหลังการ off sheath มีเลือดออกชุ่ม ก้อน แพทย์จึงใช้ก้อนขนาดเล็กเพื่อ stop bleeding เป็นเวลา 40 นาที แผลไม่มีก้อนเลือดใต้ผิวหนัง ไม่มี รอยขีดและพันพลาสเตอร์เหนียวไว้ ปลายเท้าขวาเย็น ผิวสีม่วง คลำชีพจรปลายเท้าขวาได้ไม่ชัดเจน สัญญาณชีพ BT 37°C, PR 116 bpm., RR 26 bpm., BP 83/46 mmHg.

การรักษาที่ให้ start Heparin 1,900 unit in Normal Saline Solution up to 25 ml IV rate 1 ml/hr., Cefazolin 370 mg IV stat then 180 mg IV q 6 hr. ครบ 24 hr., Lasix 5 mg IV stat, chest x-ray portable

ยากลับบ้านที่ได้รับ Aspirin (81mg) ½ per oral OD pc เข้า, Lanoxin (50 mcg/ml) 0.5 ml per oral bid pc, Aldactone syrup (2 mg/ml) 3.5 ml per oral bid pc, Lasix syrup (2 ml/dl) 3.5 ml per oral bid pc, Ferdex (15 mg/0.6 ml) 1.5 ml per oral OD เข้า

ผู้ดูแล หญิงไทย อายุ 28 ปี สุขภาพแข็งแรงดี มีบุตร 2 คน ไม่มีโรคประจำตัว อาชีพอิสระ (ขายของออนไลน์) พูดคุยน้อย สีนํ้าค่อนข้างวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามได้มาดูแลบุตรเพื่อทำสวนหัวใจเป็นครั้งแรก

ข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลตัวอย่างกรณีศึกษา ก่อนทำการสวนหัวใจ หลังทำการสวนหัวใจ และการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

ก่อนทำการสวนหัวใจ

ข้อที่ 1 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังทำการสวนหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ดูแลพูดคุยน้อย มีสีหน้าวิตกกังวล และพูดว่า “กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น ตนมีลูกสาวคนเดียว และเป็นครั้งแรกที่มาอยู่กับลูกเพื่อทำการสวนหัวใจ”
- เป็นการสวนหัวใจครั้งที่ 2 แต่เป็นครั้งแรกที่ได้มาดูแลบุตรทำสวนหัวใจ

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ดูแลมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล แจ่มใส พูดคุยมมากขึ้น
- ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้ เมื่อถามคำถามย้อนกลับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล และให้การพยาบาลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อ่อนโยน ให้กำลังใจ พร้อมเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและข้อมูลที่ต้องการทราบ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ
2. ให้ความรู้เข้าใจแก่ผู้ดูแล แนะนำการดูแลก่อนและหลังทำการสวนหัวใจ โดยใช้สื่อวิดีโอเรื่องการสวนหัวใจในเด็กที่มีภาพและเสียงอธิบายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายและสามารถรับข้อมูลได้ดี
3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยกับผู้ดูแลรายอื่น เพื่อเรียนรู้แลกเปลี่ยนจากประสบการณ์ เป็นการสร้างความรู้สึกทางบวกต่อการทำการสวนหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการรักษาใน



โรงพยาบาล

การประเมินผล

ผู้ดูแลมีสีหน้าผ่อนคลาย กล่าวพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง เมื่อถามคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการสวนหัวใจ

หลังทำการสวนหัวใจ

ข้อที่ 2 เสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

ข้อมูลสนับสนุน

- อุณหภูมิปลายเท้าขวาเย็น ผิวสีม่วง
- คลำชีพจรบริเวณหลังเท้าขวาได้ไม่ชัดเจน

เกณฑ์การประเมิน

- คลำอุณหภูมิปลายเท้าอุ่นเท่ากันทั้ง 2 ข้าง
- คลำชีพจรบริเวณปลายเท้าได้ชัดเจนทั้ง 2 ข้าง
- สีผิวไม่ซีด capillary refill ไม่เกิน 3 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบและประเมินการไหลเวียนโลหิตไปยังอวัยวะส่วนปลาย ความแรงของชีพจรส่วนปลายบริเวณ dorsalis pedis pulses และ posterior tibial pulses ที่ปลายขาทั้งสองข้างเปรียบเทียบกับ และเปรียบเทียบกับ ก่อนทำการสวนหัวใจ เพื่อประเมินการอุดตันหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หากพบว่า ชีพจรส่วนปลายเต้นช้า เบา ไม่ชัดเจน หรือคลำไม่ได้ ปลายมือและปลายเท้าซีด เย็น หรือมีสีผิวเปลี่ยนไปให้รายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินค่าความอึดตัวของออกซิเจน capillary refill ลักษณะสีผิว และอุณหภูมิที่ปลายขาทั้งสองข้างเปรียบเทียบกับ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย
3. นอนพักบนเตียงและเหยียดขาข้างที่ทำสวนหัวใจให้ตรงเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกบริเวณที่แทงสายสวนหัวใจ
4. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลช่วยกระตุ้นขยับปลายนิ้วเท้าทั้งสองข้าง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โดยการคลำอุณหภูมิปลายเท้าอุ่นเท่ากันทั้ง 2 ข้าง คลำชีพจรบริเวณปลายเท้าได้ชัดเจนทั้ง 2 ข้าง สีผิวไม่ซีด capillary refill ไม่เกิน 3 วินาที

ข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการสูญเสียเลือดภายหลังการนำสายสวนออก

ข้อมูลสนับสนุน

- Post-op cardiac catheterization day 0
- แผล off sheath ที่ขาหนีบขวามีเลือดออกชุ่มก๊อส ต้องทับด้วยก๊อสหนาและใช้เวลากดเพื่อห้ามเลือดประมาณ 40 นาที
- O₂ saturation 79%
- ปลายเท้าขวาเย็นและผิวสีม่วง

เกณฑ์การประเมิน

- ระดับ O₂ saturation มากกว่า 80%



- ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว เหนื่อย กระสับกระส่าย สีผิวซีดหรือเขียว เหงื่อออกมาก
- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 75-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-30 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการ off sheath ได้แก่ เลือดออก (bleeding) มีจ้ำเลือด (ecchymosis) หรือก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (hematoma)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O₂ flow 10 LPM ตามแผนการรักษา และติดตามภาวะพร่องออกซิเจนได้แก่ การสังเกตการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน โดย keep มากกว่า 80% เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ
2. ดูแลให้นอนราบศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี
3. ประเมินพร้อมบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ เพื่อประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลง
4. ติดตามและประเมินผลที่ใส่สายสวนหัวใจทุก 1 ชั่วโมงว่ามีเลือดออกหรือไม่ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ หากมีเลือดออกให้รายงานแพทย์
5. ประเมินความแรง จังหวะ และความสม่ำเสมอของชีพจร เพื่อประเมินการไหลเวียนโลหิต หากพบว่า ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ หรือเบาลง ให้รายงานแพทย์ทันที
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกต่อการพักผ่อน โดยรบกวนผู้ป่วยเด็กให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

การประเมินผล

ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน มากกว่า 80% ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะเลือดออก ไม่มีจ้ำเลือด และไม่มีก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณที่แทงสายสวนหัวใจ

การวางแผนจำหน่าย

ข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการวางแผนการจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ดูแลมีสีหน้าวิตกกังวลขณะที่ถามคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อต้องกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง
- ผู้ดูแลมีสีหน้าผ่อนคลาย และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความต้องการในการวางแผนการจำหน่าย โดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมและคลายความวิตกกังวล
2. ประเมินความสามารถผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลทำความสะอาดร่างกายและการดูแลแผล ให้อาบน้ำได้ปกติ เพราะบริเวณแผลปิดพลาสติกใสกันเปียกน้ำไว้แล้ว เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. ประเมินและแนะนำผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ส่วนยาแอสไพรินต้องให้หลังมื้ออาหารทันที เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้
4. แนะนำเรื่องการพาผู้ป่วยเด็กมาตรวจตรงตามแพทย์นัด เพื่อติดตามการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง



5. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยเด็กที่ต้องรับมาพบแพทย์ ได้แก่ มีไข้ แผลอักเสบ บวม แดง เหนื่อย หายใจเร็ว ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

6. รับฟังและให้กำลังใจ พร้อมเปิดโอกาสระบายความรู้สึกและกระตุ้นให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การประเมินผล

ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เมื่อถามคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

บทสรุป

การสวนหัวใจในเด็กเพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา เป็นหัตถการที่สามารถนำมาใช้ทดแทนการผ่าตัด หรือการรักษาประคับประคองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดบางชนิดได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กทุกช่วงอายุมีโอกาสเข้ารับการรักษามีระยะเวลาการพักฟื้นในโรงพยาบาลน้อย และมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นชัดเจน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาทั้งในระยะก่อนทำการสวนหัวใจ วันที่ไปทำการสวนหัวใจ ระยะหลังทำการสวนหัวใจ และระยะก่อนกลับบ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินเด็กและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนการนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแลจึงมีความสำคัญและจำเป็น โดยใช้กลยุทธ์การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำการสวนหัวใจและการปฏิบัติตัวของเด็กเมื่อกลับบ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ สามารถปรับวิถีชีวิตได้เหมาะสมกับโรค บริบทตนเองและครอบครัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

References

- Aguiar, B. F., Rinaldi, E. C. A., Cintho, L. M. M., Martins, C. L., Da, S., & Zimmerman, M. H. (2016). Importance of nursing care in cardiac catheterization. *Ciência Cuidado e Saúde*, 15(3), 460-465. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.24894>
- Bakheet, M. A., Metwalley, K. A., & Abdel-raheem, A. S. (2013). Evaluation of persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) in Upper Egypt. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, 61(3), 96-99. <https://doi.org/10.1016/j.epag.2013.11.008>
- Cardiac center at King Chulalongkorn Memorial Hospital. (2018). *Cardiac catheterization*. <https://www.chulacardiaccenter.org/th/health-information/cardiac-testings> (in Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Care and treatment for congenital heart defects*. <https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/care-and-treatment-for-congenital-heart-defects>
- Hill, K. D., Roark, J., & Fleming, G. A. (2019). Cardiac catheterization laboratory. In R. M. Ungerleider, J. N. Meliones, K. Nelson McMillan, D. S. Cooper, & J. P. Jacobs (Eds.), *Critical Heart Disease in Infants and Children* (3rd ed., pp. 465-479). Elsevier.
- Julian, B. M. (2021). Cardiac catheterization. In E. M. Perpetua & P. A. Keegan (Eds.), *Cardiac nursing: The red reference book for cardiac nurses* (7th ed.). pp. 428-460. Wolters Kluwer Health.



- Khositseth, A. (2012). Diagnostic cardiac catheterization. In B. Sirichongkolthong, K. Durongpisitkul, C. Vijarnsorn, K. Vithessonthi, M. Panamonta, A. Gengsakul, & S. Roymanee (Eds.), *Pediatrics (Congenital Heart Disease)*. (pp.103-130). Igrouppress. (in Thai)
- Krasemann, T. (2015). Complications of cardiac catheterization in children. *Heart (British Cardiac Society)*, 101(12), 915. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-307453>
- Krungkraipetch, K. (2015). Heart disease in pregnancy. *Burapha Journal of Medicine*, 2(1), 51-64. (in Thai)
- Kumar, P., Joshi, V. S., & Madhu, P. V. (2014). Diagnostic pediatric cardiac catheterization: Experience of a tertiary care pediatric cardiac centre. *Medical Journal Armed Forces India*, 70(1), 10-16.
- Kuptanon, C., & Pangkanon, S. (2018). Birth defect. *Journal of the Department of Medical Services*, 43(4), 11-13. (in Thai)
- Lawanna, V. (2019). Nursing care of children undergoing balloon atrial septostomy. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 20(1), 56-63. (in Thai)
- Nantasukhon, A., Ausawakijpanich, S., & Siripittayakunkit, A. (2019). A study of the patients' vascular complications and pain after cardiac catheterization between transfemoral artery and transradial artery approach at post catheterization care unit, Ramathibodi Hospital. *Mahidol R2R e-Journal*, 6(2), 42-54. <https://doi.org/10.14456/jmu.2019.13> (in Thai)
- Naowapanich, S. (2014). Nursing care in acute coronary syndrome patient who receiving balloon angioplasty. In S. Sudde, S. Naowapanich, S. Sriprasong, W. Pinyopasakul, (Eds.), *Cardiac nursing procedure*. (pp. 69-87). Parbpim. (in Thai)
- Qu, Y., Liu, X., Zhuang, J., Chen, G., Mai, J., Guo, X., Ou, Y., Chen, J., Gong, W., Gao, X., Wu, Y., & Nie, Z. (2016). Incidence of congenital heart disease: The 9-year experience of the guangdong registry of congenital heart disease, China. *PLOS ONE*, 11(7), e0159257. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159257>
- Sousa, S. M., Bernadino, E., Bueno, R. R. L., Tironi, N. M., Mercês, N. N. A., Aued, G. K. (2015). Checklist for monitoring of heart catheterization: A strategy for nursing management. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 9(12). 1063-1068. <https://doi.org/10.5205/reuol.8127-71183-1-SM.0912201502>
- Sriboonyawattana, N. (2019). Nursing care of children with congenital heart disease. *Nursing Journal*, 46(Suppl.), 128-138. (in Thai)
- Suddee, S., Naowapanich, S., Sariprasong, S., & Pinyopasakul, W. (2014). *Cardiac nursing procedures*. Parbpim. (in Thai)
- The announcement of the National Health Security Office (NHSO). (2018). Assessment criteria for registration as a service unit that receives specific referrals procedures for treatment percutaneous coronary intervention B. E. 2561 (A. D. 2018). (2018, 12 July). *Royal Thai Government Gazette*, 135(Suppl.), part 201, pp. 11-12. (in Thai)



- Tinnuch, S., & Jirapaet, V. (2020). The effect of discharge planning program on caregiver's caring behavior for children with congenital heart disease after heart surgery at home. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 397-405. (in Thai)
- Vlastra, W., Delewi, R., Rohling, W. J., Wagenaar, T. C., Hirsch, A., Meesterma, M. G., Vis, M. M., Wykrzykowska, J. J., Koch, K. T., de Winter, R. J., Jr, J. B., Piek, J. J., Sprangers, M. A. G., & Henriques, J. P. S. (2018). Premedication to reduce anxiety in patients undergoing coronary angiography and percutaneous coronary intervention. *Open Heart*, 5, e000833, 1-8.
<https://doi.org/10.1136/openhrt-2018-000833>
- Schroeder, M. L., Baker, A. L., Bastardi, H., & O'Brien, P. (2019). The child with cardiovascular dysfunction. In: M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG'S nursing care of infants and children*. (11th ed., pp. 958-1019). Elsevier.



Application of the Health Belief Model in Promoting COVID-19 Prevention Among Pregnant Women

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19
ในหญิงตั้งครรภ์

สุจิตรา

พิมพากรณ์

อะเคื้อ

ชัยวุฒิ*

กลั่นกลิน**

อุณหเลขกะ***

Sujitra

Pimpaporn

Akeau

Chaiwuth*

Klunklin**

Unahalekhaka***

Abstract

The Coronavirus disease 2019 or COVID-19 is an emerging infectious disease pandemic caused by the coronavirus, the same virus responsible for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Middle East Respiratory Syndrome (MERS). Although the transmission rate of COVID-19 is currently declining, transitioning it to an endemic status, new viral mutations persistently emerge. Vigilance against and prevention of COVID-19 infection are very important, especially among pregnant women. This group is more susceptible to COVID-19 than others due to physiological changes during pregnancy potentially resulting in severe respiratory complications and adverse pregnancy outcomes such as fetal growth restriction, intrauterine hypoxia, premature rupture of membranes, postnatal infection, and an increased risk of cesarean delivery. Therefore, midwives need to play a pivotal role in ensuring the well-being of pregnant women, requiring comprehensive knowledge and the ability to assess and provide effective care throughout pregnancy, delivery, and the postpartum period. Effective care results in both the pregnant woman and the fetus achieving safety and optimal well-being.

The aim of this article is to present the potential outcomes of applying the Health Belief Model as a guideline for promoting self-care behaviors among pregnant women during the pre-partum, intra-partum, and postpartum periods in the context of COVID-19 transitioning from a pandemic to an endemic state. Midwives play a crucial role in imparting accurate knowledge and understanding to pregnant women, ensuring their health and the well-being of their fetuses, and preventing COVID-19 infections. This adaptation aids in safely transitioning from a pandemic to an endemic state in the new normal era.

Keywords: Health belief model; COVID-19; Emerging infectious diseases; Endemic disease; Pregnant women

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

e-mail: sujitra.c@cmu.ac.th

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

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

Received 11 June 2023; Revised 25 September 2023; Accepted 28 September 2023

**บทคัดย่อ**

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่กำลังระบาด เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งเป็นไวรัสชนิดเดียวกันกับที่ก่อโรค SARS (Severe acute respiratory syndrome) และ MERS (Middle East respiratory syndrome) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มลดลง เปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น แต่เชื้อไวรัสยังคงมีการกลายพันธุ์เพิ่มขึ้น การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของร่างกายเมื่อตั้งครรภ์ ทำให้เพิ่มโอกาสการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง และเกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกขาดออกซิเจน น้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด การติดเชื้อในระยะหลังคลอด รวมทั้งเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ โดยต้องมีความรู้ความเข้าใจ ความสามารถในการประเมินและวางแผนการดูแลสตรีทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งการได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยและมีสุขภาพดี

วัตถุประสงค์ของบทความนี้ คือ การนำเสนอผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น โดยพยาบาลผดุงครรภ์ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่สตรีตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และทารกในครรภ์ให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับโควิด-19 จากโรคอุบัติใหม่สู่โรคประจำถิ่นอย่างปลอดภัย ภายใต้การใช้ชีวิตในยุควิถีปกติใหม่

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรคประจำถิ่น สตรีตั้งครรภ์

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sujitra.c@cmu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นหนึ่งในโรคอุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) ของระบบทางเดินหายใจ ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในสถานการณ์ทั่วโลกที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จากการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว เกิดจากการแพร่เชื้อที่อยู่ในรูปแบบฝอยละออง (droplet transmission) ร่วมกับการสัมผัส (contact transmission) สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ จึงเกิดการแพร่กระจายของเชื้อที่มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์ที่เร็วขึ้นด้วย เพราะเชื้อจะมีการกลายพันธุ์ที่ตำแหน่งโปรตีนหนาม (spike protein) ของ SARS-CoV-2 ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการเข้าจับกับ receptor บนเซลล์บุผิวทางเดินหายใจ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการติดเชื้อที่เพิ่มความรุนแรง และความเร็วในการแพร่ระบาดอย่างมาก สายพันธุ์ที่ระบาดทั่วโลกตั้งแต่เริ่มต้นที่พบจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ สายพันธุ์แอลฟา สายพันธุ์เบต้า สายพันธุ์แกมมา สายพันธุ์เดลต้า และสายพันธุ์โอไมครอน และที่สำคัญเมื่อเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ ภาวะหายใจลำบาก และภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Center for Medical Genomics, 2022)

ปัจจุบันถึงแม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะลดลง ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย (Ministry of Public Health, 2022) ได้ออกประกาศเปลี่ยนผ่านโรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น ตามยุทธศาสตร์การบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) จัดเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค อีกทั้งการคาดการณ์ว่าระดับภูมิคุ้มกันหมู่ในประชาชนลดลงจากการมีผู้ฉีดวัคซีนเข็มล่าสุดมีระยะเวลานานกว่า 6 เดือน เพิ่มขึ้น และพบการกลายพันธุ์ของสายพันธุ์ต่าง ๆ ของโควิด-19 ในสายพันธุ์ย่อยอื่น ๆ จากต่างประเทศ ส่งผลให้พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Sila et al., 2022) เช่น กลุ่มผู้ป่วยมีระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง รวมถึงกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะผู้ที่มีการตั้งครรภ์และมีโรคร่วมขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคโลหิตจาง โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์เป็นพิษโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์มีการติดเชื้อโควิด-19 อาจเกิดผลกระทบที่รุนแรงตามมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้ เช่น การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และที่สำคัญอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ทำให้ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกแรกเกิดเสียชีวิตได้ รวมถึงส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด และครอบครัวได้ (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2021)

สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ทุกสายพันธุ์มากกว่าบุคคลทั่วไป รวมทั้งมีโอกาสติดเชื้อซ้ำได้ตลอดการตั้งครรภ์ จนถึงภายหลังคลอด และอาจทำให้ทั้งมารดาและทารกเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ (CDC, 2022) สตรีตั้งครรภ์เมื่อเกิดการติดเชื้อโควิด-19 มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยและมีอาการรุนแรงมากกว่าสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในหลาย ๆ ระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากเชื้อโควิด-19 มีการแพร่กระจายเชื้อได้จากละอองฝอยจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย ซึ่งสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสหายใจเอาเชื้อโควิด-19 จากผู้ติดเชื้อ และสามารถรับเชื้อเข้าไปในทางเดินหายใจได้มากกว่าคนปกติ เนื่องจากผลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) เอสโตรเจน (estrogen) และรีแลกซิน (relaxin) ทำให้สตรีตั้งครรภ์หายใจเร็วและลึก (hyperventilation) มากกว่าก่อนการตั้งครรภ์ รวมทั้งมีเลือดมาเลี้ยงภายในโพรงจมูกมากขึ้น ทำให้เยื่อบุจมูกบวม และชุ่มชื้น ส่งเสริมให้จับกับเชื้อโรคได้ง่าย ด้านระบบการไหลเวียนโลหิต การติดเชื้อในร่างกาย ทำให้หลอดเลือดเกิดการอักเสบ และมีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจและปอดทำให้มีโอกาเสียชีวิตได้ (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2021) และระบบภูมิคุ้มกันของสตรีตั้งครรภ์เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย



จะมีการสร้างสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบต่ออวัยวะสำคัญในร่างกาย เช่น หลอดเลือด หัวใจ และปอดที่เรียกว่า ภาวะไซโตไคน์-สโตรม (cytokine-storm) ผลของการอักเสบทำให้สารประกอบในระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย เช่น เม็ดเลือดขาวชนิดต่าง ๆ (phagocytes, natural killer, T-cells) และเซลล์เดนไดรต์ (dendrite) มีจำนวนลดลง (Liu et al., 2020) นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคโลหิตจาง โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์เป็นพิษ โรคเบาหวาน หากมีการติดเชื้อโควิด-19 อาจเกิดผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบ เช่น การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และที่สำคัญอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ทำให้ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ทารกแรกเกิดเสียชีวิตได้ รวมถึงส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด และครอบครัวได้ (CDC, 2022)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม อธิบายพฤติกรรมของบุคคล การกระทำที่แสวงหาและปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้านสุขภาพ การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้จะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค แล้วเมื่อเกิดโรค จะทำให้เกิดความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (Rosenstock et al., 1988) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรง หากตนเองเกิดการเจ็บป่วย เกิดการติดเชื้อ ผลกระทบที่รุนแรง จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ (CDC, 2022) ดังนั้น บทบาทของผดุงครรภ์ต้องเข้าใจและติดตามสถานการณ์ปัจจุบันรวมทั้งทำความเข้าใจถึงมาตรการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค เพื่อสามารถวางแผนการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม ดังนั้น การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันโรคโควิด 19 จึงเป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น ได้อย่างเหมาะสม

ความรู้พื้นฐานของของโรคระบาด โรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่

ความหมายของโรคต่าง ๆ มีความแตกต่างกัน ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้ให้ความหมายนิยามศัพท์ทางระบาดวิทยาไว้ ดังนี้ (Department of Diseases Control, 2023)

1. โรคติดต่อ หมายความว่า โรคที่เกิดจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรคซึ่งสามารถแพร่ โดยทางตรงหรือทางอ้อมมาสู่คน
2. โรคติดต่ออันตราย หมายความว่า โรคติดต่อที่มีความรุนแรงสูงและสามารถแพร่ ไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว โรคติดต่ออันตราย ปัจจุบันมี 13 โรค ได้แก่ 1) โรคกาฬโรค 2) ไข้ทรพิษ 3) ไข้เลือดออกไครเมียคองโก 4) ไข้เวสต์ไนล์ 5) ไข้เหลือง 6) โรคไข้ลาสซา 7) โรคติดเชื้อไวรัสฮิบา 8) โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก 9) โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า 10) โรคติดเชื้อไวรัสเฮนตรา 11) โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส 12) โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส และ 13) วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก
3. โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หมายความว่า โรคติดต่อที่ต้องมีการติดตาม ตรวจสอบ หรือจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ปัจจุบัน มี 57 โรค ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID - 19)) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอันดับที่ 57 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
4. โรคระบาด หมายความว่า โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคแน่ ชัด ซึ่งอาจแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวางหรือมีภาวะของการเกิดโรคมกติดกกว่าที่เคย เป็นมา



5. โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging infectious diseases: EID) หมายถึง โรคติดเชื้อที่ปรากฏในประชากรเป็นครั้งแรก หรือโรคที่เคยมีอยู่เดิมแต่ได้มีการแพร่ระบาดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วย และการแพร่ระบาดไปยังภูมิภาคอื่น (WHO, 2014) จำแนกได้ 5 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (new infectious diseases: NID) 2) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (new geographical areas) เป็นโรคที่มาจากประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่ง หรือข้ามทวีป 3) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re-emerging infectious diseases) เป็นโรคติดเชื้อที่เคยถูกควบคุมการแพร่ระบาดได้ แต่กลับมาอุบัติใหม่อีกครั้ง ทั้งในด้านจำนวนผู้ป่วยหรือรูปแบบการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น 4) กลุ่มเชื้อโรคดื้อยา (Antimicrobial resistant organism: AMR) หมายถึง การดื้อของเชื้อจุลินทรีย์ที่มีต่อยาปฏิชีวนะ ซึ่งเคยได้ผลดีในการรักษาโรคติดเชื้อชนิดนั้น และ 5) กลุ่มโรคจากอาวุธชีวภาพ (Deliberate use of bio-weapons) เป็นเหตุการณ์จงใจกระทำของมนุษย์ ด้วยสารชีวะ โดยใช้เชื้อโรคหลายชนิดผลิตเป็นอาวุธ เช่น เชื้อแอนแทรกซ์ ไข้ทรพิษ

โรคโควิด-19 ปัจจุบันนี้ เป็นหนึ่งในโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ที่ยังเป็นโรคติดต่อที่ยังต้องเฝ้าระวัง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อแห่งชาติ พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยมีการจัดระดับการแพร่กระจายของโรคติดต่อออกเป็น 4 ระดับ (Department of Health, 2020) ดังนี้

1. ระดับที่ 1: Endemic (โรคประจำถิ่น) คือ โรคที่เกิดขึ้นประจำในพื้นที่นั้น มีอัตราป่วยคงที่และสามารถคาดการณ์ได้โดยขอบเขตของพื้นที่อาจเป็นเมือง ประเทศ หรือใหญ่กว่านั้นอย่างกลุ่มประเทศ หรือทวีป เช่น ไข้เลือดออกในประเทศไทย โรคมาลาเรียในทวีปแอฟริกา

2. ระดับที่ 2: Outbreak (การระบาด) คือ เหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นผิดปกติ ทั้งในกรณีโรคประจำถิ่น แต่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่คาดการณ์ หรือในกรณีโรคอุบัติใหม่ ถึงแม้จะมีผู้ป่วยเพียงรายเดียว เช่น การระบาดของไข้เลือดออก และการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่

3. ระดับที่ 3: Epidemic (โรคระบาด) เป็นการระบาดของโรคที่แพร่กระจายกว้างขึ้น ในเชิงภูมิศาสตร์ ซึ่งโรคระบาดที่แพร่ไปในพื้นที่ที่กว้างขึ้นนั้น เป็นการระบาดที่เพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน และมีจำนวนผู้ติดเชื้อเกินกว่าที่คาดการณ์ได้

4. ระดับที่ 4: Pandemic (การระบาดใหญ่/ทั่วโลก) เป็นระดับการระบาดสูงสุด ลักษณะของการระบาดของโรคที่แพร่กระจายไปทั่วโลก เช่น การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ระบาดไปทั่วโลก ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่เมื่อปี พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หลังจากนั้น เกิดการติดเชื้อกระจายไปหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทย ได้ประกาศลดระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 และได้มีการเปลี่ยนผ่านของโรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19)

พยาธิสภาพและการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19

การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์โอไมครอนเพิ่มมากขึ้น ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้น สำหรับประเทศไทย มีการตรวจหาสายพันธุ์ พบเป็นสายพันธุ์โอไมครอนร้อยละ 100 (Department of Medical Sciences Ministry of Public Health, 2022) และมีแนวโน้มในการกลายพันธุ์ไปเรื่อย ๆ ในแต่ละสายพันธุ์ หากมีการกลายพันธุ์ตำแหน่งมากขึ้นเรื่อย ๆ ยิ่งมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ดังนั้นการเฝ้าระวังการเกิดโรค การติดตามข้อมูล จะนำไปสู่การป้องกันและการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ ปัจจุบัน พบผู้ป่วยติดเชื้อโควิดสายพันธุ์โอไมครอน เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีมาตรการการเฝ้าระวัง เพราะจากการศึกษาพบว่า สายพันธุ์นี้จะกลายเป็นสายพันธุ์หลักของการแพร่ระบาดทั่วโลก (WHO, 2023) ซึ่งจุดเด่นของโควิด



สายพันธุ์โอไมครอน คือ การแพร่เชื้อได้รวดเร็ว (High transmissibility) กว่าสายพันธุ์อื่นถึง 5 เท่า มีการแพร่กระจายได้ง่ายและไวกว่าสายพันธุ์เดลต้า มีการกลายพันธุ์ถึง 50 ตำแหน่ง และมีการกลายพันธุ์บนโปรตีนหนาม (Spike Protein) จำนวน 32 ตำแหน่ง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ไวรัสสามารถแพร่กระจายและติดต่อยุติได้เร็วขึ้น และสามารถหลบหลีกภูมิคุ้มกันได้อีกด้วย ถึงแม้ว่า ความรุนแรงจะน้อยกว่าเชื้อสายพันธุ์เดลต้า แต่มีความสามารถในการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในเซลล์ปอดได้ดี ทำให้เกิดปอดอักเสบ นอกจากนี้ ยังมีความสามารถในการหลบเลี่ยงภูมิคุ้มกัน ต่อดื้อแอนติบอดีของมนุษย์ แม้จะมีการติดเชื้อมาก่อนหรือฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มาแล้วก็ตาม สามารถเกิดการติดเชื้อซ้ำ (Re-infection) ได้ตลอดเวลา

โรคโควิด-19 มีโอกาสที่จะพัฒนาสายพันธุ์ นำไปสู่การแพร่ระบาดของโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้นได้ จากวิวัฒนาการของสายพันธุ์เกิดขึ้นในปัจจุบัน เป็นไปในทิศทางซึ่งทำให้ไวรัสมีศักยภาพสูงขึ้นในการติดเชื้อ หลบหลีกระบบภูมิคุ้มกันจากการได้รับวัคซีน การตรวจสอบสายพันธุ์ของไวรัส จึงมุ่งเน้นการติดตามการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส และการช่วยสร้างภูมิคุ้มกัน ให้ทันกับการปรับตัวและการป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง (Sila et al., 2022) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) จัดให้ไวรัสโควิดสายพันธุ์โอไมครอน เป็นสายพันธุ์ที่อยู่ในระดับน่ากังวล (Variants of concern: VOC) เพราะมีการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจส่วนบนและในปอด ส่วนใหญ่ การแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 จะผ่านทางละอองฝอยในอากาศ จากการหายใจระหว่างคนใกล้ชิด หรือในอากาศที่เป็นระบบปิด การติดต่อจะเป็นแบบคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ชนิดแบบตัวต่อตัว (face-to-face contact) หลักฐานเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา การแพร่กระจายเชื้อ การวินิจฉัยโรคและการจัดการโรคโควิด-19 (Wiersinga et al., 2020)

อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อโควิด-19

ความรุนแรงของโรคโควิด-19 นี้ จะมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ในเด็กและวัยรุ่นจะมีความรุนแรงน้อยกว่าแทบไม่มีการแสดง เมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นความรุนแรงของโรคจะมากขึ้นตามลำดับ กรณีวัยผู้ใหญ่ สุขภาพดี เมื่อติดเชื้อ 2-3 สัปดาห์ อาจจะมีแค่อาการไอ เพราะร่างกายที่จะสกัดกั้นไม่ให้ไวรัสลงสู่ปอด เมื่อระบบภูมิคุ้มกัน จัดการกับไวรัสได้ อาการไอก็จะหายไป แล้วอาการจะหายปกติได้เอง ซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ หรือกรณีมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคอื่น ๆ เชื้อไวรัสอาจจะลงสู่ปอดได้เร็ว ซึ่งลงสู่ปอดจะมีเซลล์ระบบภูมิคุ้มกันมากมาย เช่น เม็ดเลือดขาว lymphocytes และ macrophages รวมถึงสาร หลั่ง cytokines, chemokines และ factors อื่น ๆ ของระบบภูมิคุ้มกัน ที่มีบทบาทที่ดักจับและทำลายสิ่งแปลกปลอมที่เข้าไปกับอากาศที่เราหายใจ การต่อต้านเชื้ออย่างรุนแรงของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยจะทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (lymphopenia) และ ปอดบวม (pneumonia) มีจุดในปอดเนื่องจากเซลล์ปอดถูกทำลาย นำไปสู่ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary Edema) ภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) และเสียชีวิตเพราะขาดออกซิเจนในที่สุด (Abdulmir & Hafidh, 2020)

การติดเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่กระจายได้โดยไม่แสดงอาการ เวลาเฉลี่ยจากการสัมผัสกับผู้มีอาการคือ 5 วัน ร้อยละ 97.5 ของผู้ที่มีอาการจะเกิดขึ้นภายใน 11.5 วัน อาการที่พบมากที่สุด คือ ไข้ ไอแห้งๆ และหายใจถี่ เป็นต้น ความรุนแรงของอาการที่พบในผู้ที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อและระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน และดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ต้องให้ออกซิเจนและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ปอดที่รุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 (Wiersinga et al., 2020)



ภาวะ Long COVID-19 หรือ Post COVID syndrome เป็นเป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังจากหายจากโรคโควิด-19 พบระยะเวลาที่เกิดอาการตั้งแต่ 1 ถึง 3 เดือน ภายหลังจากการติดเชื้อ โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายระบบ อาการอาจคงอยู่ตั้งแต่เริ่มป่วยหรือเกิดขึ้นหลังจากหายจากโรคโควิด-19 และมีอาการรุนแรงภายหลังอีกได้ อาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการรักษาหาย ซึ่งสามารถเกิดความผิดปกติได้ในทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันอาจส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิต โดยมักพบมีอาการภายหลังได้รับเชื้อระหว่างช่วง 4 ถึง 12 สัปดาห์ โดยอาการที่พบสามารถดีขึ้นหรือแย่ลงได้หรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ (Department of Medical Sciences Ministry of Public Health, 2022) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ความเหนื่อยล้า (fatigue) หายใจถี่หรือหายใจลำบาก (hyperventilation syndrome /dyspnea) และความผิดปกติทางการรับรู้ (เช่น สับสน หลงลืม ขาดสมาธิ) รวมทั้ง อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ การทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป (WHO, 2023)

ผลกระทบของการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

สตรีตั้งครรภ์เมื่อเกิดการติดเชื้อโควิด-19 จะเกิดอาการรุนแรงกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์ สตรีจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบภูมิคุ้มกันและระบบหัวใจและหลอดเลือดในระหว่างตั้งครรภ์ ทั้ง SARS-CoV และ MERS-CoV มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (CDC, 2022) จากการศึกษาความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ในประเทศอเมริกาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อโควิด-19 มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) นอกจากนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เช่น หอบหืด (asthma) ความดันโลหิตสูง (hypertension) เบาหวาน type 2 (type 2 diabetes mellitus) และ โรคภูมิแพ้ตัวเอง หรือ โรคภูมิต้านเนื้อเยื่อตนเอง (Autoimmune Diseases) เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีการติดเชื้อโควิด-19 จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมากขึ้น (Lokken et al., 2021) และมีรายงานว่า ถึงแม้จะได้รับการรักษาโรคโควิด-19 จนหายป่วยแล้ว ก็อาจเกิดการติดเชื้อซ้ำได้ (Post Covid Syndrome) (Wiersinga et al., 2020) นอกจากนี้ ยังพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 จะเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit, ICU) เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า และใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) เพิ่มขึ้น 2.9 เท่า การติดเชื้อจะเพิ่มความรุนแรงได้ หากสตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดครรภ์เป็นพิษ ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะอ้วน และอาจส่งผลกระทบต่อคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งพบว่าทารกมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และน้ำหนักตัวน้อยแรกคลอดเพิ่มขึ้น 9 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่คลอดจากสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Villar et al., 2021)

ผลกระทบที่เกิดขึ้น จะมีความรุนแรงโดยเฉพาะทางระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดบวมรุนแรง ร่วมกับภาวะหายใจลำบาก และอาจเกิดโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe acute respiratory syndrome: SARS) และอาจเสียชีวิตได้ (Department of Medical Services Ministry of Public Health, 2022) อาการและอาการแสดงทางคลินิก ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อโควิด-19 พบว่าไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ซึ่งอาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ไข้ ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ท้องเสีย (Ryan et al., 2020) อาการดังกล่าวอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกได้แก่ ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Premature Rupture of



Membranes) ภาวะติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) และ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension: PIH) เป็นต้น นอกจากนี้ มีการทำลายของระบบประสาทและสมอง ทำให้มีอาการของระบบประสาทที่รุนแรง และ leukoencephalopathy เช่น มีอาการชัก ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดได้ (Rodriguez et al., 2020) ภาวะแทรกซ้อนในทารก ได้แก่ หายใจหอบ ไข้ ไอ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ การทำงานของตับผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว อาเจียน มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Fetal Growth Restriction: FGR) ภาวะการคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) การแท้ง (Abortion) และทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Fetal death) ภาวะตัวเหลืองของทารก (Hammad et al., 2021) และพบการติดเชื้อจากการดาสู่ทารกได้ (Kotlyar et al., 2021)

จากการศึกษาวิจัยในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ได้รับการผ่าตัดคลอดมากถึงร้อยละ 84.7 เนื่องจากป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความเสี่ยงของโรคที่มีผลต่อมารดาและทารกในครรภ์ (Huntley et al., 2020) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อโควิด-19 เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด จะมีการเจ็บครรภ์คลอด และหากพบว่ามีแนวโน้มจะใช้เวลาในระยะรอคลอดยาวนาน ซึ่งเสี่ยงต่อการคลอดล่าช้า และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน ร่วมกับการแพร่กระจายเชื้อโรค จึงควรเน้นมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด และหากมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ สามารถผ่าตัดคลอดได้ตามความจำเป็น (Vongmaneeprapit, 2022) สำหรับการผ่าตัดคลอด ต้องเน้นการปฏิบัติตามมาตรการลดความเสี่ยงจากการสัมผัส จึงต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด การป้องกันการติดเชื้อจากบุคลากรด้านสุขภาพและมารดาที่มีการติดเชื้อโควิด-19

แนวทางการรักษาโรค COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เปลี่ยนจากโรคระบาดใหม่ สู่ “โรคประจำถิ่น” กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับแนวทางการปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อโดย ปรับเปลี่ยนการแยกกักผู้ติดเชื้อ เป็นการแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อ ปรับการให้บริการทางการแพทย์โดยขึ้นกับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ในการประเมินความเสี่ยงต่อโรครุนแรง ปรับคำแนะนำในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Admission) ปรับการให้ยาต้านไวรัสในกลุ่มอาการต่าง ๆ รวมทั้งปรับคำแนะนำในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 (Probable case) ผู้ที่มีผลตรวจ ATK หรือ RT-PCR ต่อ SARS-CoV-2 ให้ผลบวก โดยกระทรวงสาธารณสุข มีมาตรการหลักในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังนี้ (Ministry of Public Health, 2022)

1. มาตรการสาธารณสุข มีเป้าหมายเพื่อให้อัตราการติดเชื้ออยู่ในระดับที่สามารถรองรับได้และประชากรมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น โดยมีกลยุทธ์ คือ 1) เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 2) ปรับระบบการเฝ้าระวังเน้นการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและผู้ป่วยปอดอักเสบ 3) ผ่อนคลายมาตรการสำหรับผู้เดินทางจากต่างประเทศ และ 4) ปรับแนวทางแยกกักผู้ป่วย และกักกันผู้สัมผัส
2. มาตรการการแพทย์ มีเป้าหมายเพื่อลดการป่วยตายจากโรคโควิด 19 และมุ่งเน้น Home base และ Community base โดยมีกลยุทธ์ คือ 1) ปรับแนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD) และ 2) ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงรวมทั้งภาวะ Long COVID
3. มาตรการกฎหมายและสังคม มีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อม ในการป้องกัน ควบคุม การแพร่ระบาดในระดับบุคคล องค์กร และสถานที่ โดยมีกลยุทธ์ ดังนี้ 1) บริหารจัดการด้านกฎหมายในทุกหน่วยงานให้สอดคล้องกับการปรับตัวเข้าสู่ Post-pandemic 2) ผ่อนคลายมาตรการทางสังคม ลดการ “จำกัดการเดินทาง



และการรวมตัวของคนหมู่มาก” และ 3) ทุกภาคส่วนส่งเสริมมาตรการ UP, COVID Free Setting

4. มาตรการกลไกการสนับสนุน มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนด้านสาธารณสุขและการแพทย์ให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น โดยมีกลยุทธ์การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ดังนี้ 1) ทุกภาคส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรม ให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโควิด-19 อย่างปลอดภัย (Living with COVID-19) 2) สื่อสารประชาสัมพันธ์ เชิงรุก อย่างครอบคลุม ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างความร่วมมือของประชาชนในแต่ละช่วงเวลา

จะเห็นได้ว่า มาตรการการจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่ปรับเปลี่ยนสู่โรคประจำถิ่น เป็นแนวทางการให้คำแนะนำและการพยาบาลในกลุ่มประชาชนทุกคน ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการนำมาปรับให้เหมาะสมในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถปรับตัวกับการใช้ชีวิตในยุควิถีใหม่ (New normal) อย่างเหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่เปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) เป็นแบบแผนที่พัฒนาขึ้นมาจาก ทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรค (Preventive health behavior) และพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) โดยที่พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล มีความเชื่อหรือการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้ว่าการเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติที่เหมาะสม จะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ต่างกัน ส่งผลให้บุคคลป้องกันการเกิดโรค โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อรักษาสุขภาพตนเองที่มีความแตกต่างกันแต่ละบุคคล จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือ การเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพ รวมถึงผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ การประเมินความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับระดับสิ่งเร้าที่เข้ามามีผลกระตุ้นของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นว่าทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตหรือไม่ หรืออาจส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานอาชีพ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลนั้น ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค และจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสม ที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย



4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรม อนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้นำมาพยากรณ์พฤติกรรมให้ ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมและร่วมมือในการมีพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการให้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดหรือแพทย์ โดยปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติทั้งที่มาจากภายในและภายนอกบุคคล จะช่วยให้บุคคลไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนั้น จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรคจนสามารถควบคุมสถานการณ์และมีพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคจนสำเร็จและหายจากโรคได้

จากการศึกษาวิจัย พบว่า มีการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดในการส่งเสริมและป้องกันโรค ในกลุ่มของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด-19 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอดได้ (Tong et al., 2020; Yaowarat et al., 2022) นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่ศึกษาการใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับ ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 มาเป็นแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ (Hakerinejad et al., 2023)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นกรอบแนวคิดที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาล โดยนำมาวางแผนในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยพิจารณากลยุทธ์ในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเป็นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยได้ (Fathian-Dastgerdi et al., 2021) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น ได้ โดยอธิบายในแต่ละองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์

The International Confederation of Midwives (ICM) (2020) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันสตรีตั้งครรภ์จากการติดเชื้อโควิด-19 ให้ปฏิบัติงานครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและชัดเจน และการจัดหาทรัพยากรเพื่อตอบสนองความต้องการของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวตามความจำเป็น และในสถานการณ์ปัจจุบัน การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ลดลงและเปลี่ยนเข้าสู่โรคประจำถิ่น มีการปรับมาตรการการจัดการกับสถานการณ์โควิด-19 พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ใน



สตรีตั้งครรภ์ในทุกระยะของการคลอด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) พยาบาลผดุงครรภ์ ต้องมีความรู้ความเข้าใจโรคโควิด-19 การดำเนินของโรค การแพร่กระจายของเชื้อโรค และความเสี่ยงที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการติดเชื้อโควิด-19 ได้ ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ ต้องสามารถประเมินการรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างครอบคลุม โดยให้ความรู้ คำแนะนำ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อโควิด-19 พยาบาลผดุงครรภ์ ต้องให้ข้อมูลความเสี่ยงของโรคเมื่อเกิดการติดเชื้อโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการติดเชื้อ อาจเกิดการคลอดก่อนกำหนด เกิดการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง และอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ อาจเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ (Lokken et al., 2021) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ต้องส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงที่เหมาะสม เพื่อที่จะเฝ้าระวังตนเองไม่ให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 เพราะนำไปสู่ความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ เช่น การแท้ง (Abortion) การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) รวมถึงทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายจากการติดเชื้อของมารดาได้ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด (LBW) ทารกน้ำหนักตัวน้อย (IUGR) อาจเสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์ (DFU) หรือเสียชีวิตขณะคลอด และภายหลังคลอดได้ (Rodriguez et al., 2020)

ในระยะคลอดและหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ว่ามีการรับรู้ป้องกันตนเองจากความเสี่ยงที่อาจนำมาสู่การติดเชื้อโควิด-19 ได้ โดยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อโควิด-19 เช่น การใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล และในที่ชุมชน และการล้างมือทุกครั้งเมื่อปฏิบัติกิจกรรมของตนเอง รวมถึงการเว้นระยะห่าง นอกจากนี้ ในระยะหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินการรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด-19 ในการให้นมแม่ โดยที่กระตุ้นให้มารดาหลังความรับรู้ความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ โดยให้มารดาหลังคลอดรับรู้ความเสี่ยง โดยปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยล้างมือก่อนและหลังสัมผัสทารกทุกครั้ง และควรสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งขณะให้นมบุตร (Kamonratananun et al., 2020) นอกจากนี้ สตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดที่มีภาวะ Long COVID ต้องรับรู้ความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อสู่ทารกแรกเกิด โดยสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ได้แก่ มีไข้ ไอ อาการคล้ายหวัด ควรตรวจ ATK เพื่อความปลอดภัยต่อตนเองและทารกในครรภ์ รวมทั้งการเฝ้าระวังความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 จากบุคคลใกล้ชิด และหากมีอาการผิดปกติที่นำมาของโรคโควิด-19 และเป็นกลุ่มเสี่ยงควรตรวจและประเมินอาการตนเองเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป (CDC, 2022) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ว่า มีการรับรู้ที่เหมาะสม และควรช่วยเหลือให้คำแนะนำส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) พยาบาลต้องประเมินการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ต่อความรุนแรงเมื่อเกิดการติดเชื้อโควิด-19 ขึ้น โดยความรุนแรงของโรคจะส่งผลกระทบต่อตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ได้ (Ministry of Public Health, 2022) มีการศึกษาของ อัลโลตี้ และคณะ (Allotey et al., 2020) เกี่ยวกับโรคร่วมกับการตั้งครรภ์ต่อโควิด-19 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และการตั้งครรภ์เมื่อมีอายุมาก โรคเหล่านี้จะส่งผลทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น (Wirifa & Luddangam, 2021) สตรีตั้งครรภ์เมื่อเกิดการติดเชื้อโควิด-19 จะมีความรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป เนื่องจาก ในระยะตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบภูมิคุ้มกันและระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์ได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ รกลอกก่อนกำหนด หากมีการติดเชื้อที่รุนแรงอาจเกิดภาวะหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน และเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวทำให้เสียชีวิตได้ (Wang et



al., 2021) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ ควรให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ที่ถูกต้องเหมาะสม ปัจจุบันถึงแม้ว่า โควิด-19 เปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น มีการพัฒนาสายพันธุ์อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ความรุนแรงของโรคจะลดลง แต่การแพร่ระบาดยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลต้องประเมินการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ถึงความรุนแรงของโรคโควิด-19 ที่มีการเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น ถึงแม้การรับรู้ถึงความรุนแรงลดลง แต่ยังคงให้ความสำคัญในการป้องกันตนเองในการติดเชื้อโควิด-19 ว่ายังปฏิบัติการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 เพราะการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 จะผ่านทางละอองฝอยในอากาศ จากการหายใจระหว่างคนใกล้ชิด หรือในอากาศที่เป็นระบบปิด ดังนั้น พยาบาลควรสร้างความตระหนัก และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด-19 หากสตรีตั้งครรภ์เกิดการติดเชื้อโควิด-19 ควรรับรู้ถึงความรุนแรงที่อาจจะเกิดจากการที่ตนเองปฏิบัติการป้องกันที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง (Sila et al., 2022) จึงเป็นสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ควรรับรู้ถึงความรุนแรงและปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 ตลอดการตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits) พยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค รวมทั้งประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประโยชน์ของการล้างมือและการใช้เจลทำความสะอาดมือเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ โดยกระตุ้นการปฏิบัติตน โดยพยาบาลผดุงครรภ์คอยกระตุ้น และให้ข้อมูลการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ดังนั้น พยาบาลควรแนะนำการป้องกันโรคโควิด-19 โดยแนะนำประโยชน์ของการได้รับวัคซีน และเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ได้แสดงความต้องการในการรับวัคซีน หรือสอบถามเหตุผลในกรณีที่ได้มีความต้องการได้รับวัคซีน และส่งเสริมการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และความปลอดภัยของการรับวัคซีนระหว่างตั้งครรภ์ และแนะนำการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่ หรือ แอลกอฮอล์เจล เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ควรต้องรับรู้ประโยชน์ของการได้รับวัคซีนตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือหากมีการติดเชื้อ จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและลดโอกาสการเสียชีวิต (Hammad et al., 2021) และมาตรการด้านสาธารณสุข เดินหน้า Universal Vaccination จะเร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นให้ได้มากกว่าร้อยละ 60 (Ministry of Public Health, 2022) และการได้รับวัคซีนในสตรีตั้งครรภ์ จะให้รับวัคซีนได้เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ขึ้นไป ยกเว้นกรณีที่มีประวัติแพ้ส่วนประกอบของวัคซีน ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนทุกครั้ง (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2021)

ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ ควรประเมินการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ควรสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการได้รับวัคซีนโควิด-19 เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เห็นความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อที่อาจจะรุนแรงและอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ (Chaiboonruang & Sriarporn, 2022) นอกจากนี้ การได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม และเข็มกระตุ้นตามแพทย์แนะนำ จะช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อสู่ตนเองและทารกในครรภ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการสร้างภูมิคุ้มกันและประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ในสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะให้นมบุตร (Fu et al., 2021) พบว่า สตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่ได้รับวัคซีนไม่ว่าชนิดใด ตรวจพบภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ในเลือดสตรีตั้งครรภ์ เลือดจากสายสะดือและในน้ำนม และยังพบความสัมพันธ์เชิงบวกของ Placenta transfer ratio หรือระดับ IgG ของเลือดในสายสะดือกับระยะเวลาที่เริ่มฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 และหรือเข็มที่ 2 จนถึงหลังคลอด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภูมิคุ้มกันโรค สามารถส่งผ่านไปถึงทารกแรกเกิดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ นอกจากนี้ การได้รับวัคซีนเข็ม



กระตุ้น และเป็นวัคซีนชนิด mRNA จำนวน 3 เข็ม จะช่วยเพิ่มระดับของภูมิคุ้มกันยับยั้งเชื้อโอไมครอนสายพันธุ์ใหม่ และลดอาการรุนแรงของโรคได้ (Qu et al., 2022)

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Perceived Barriers) บทบาทของพยาบาลควรค้นหาปัญหาอุปสรรค ที่ขัดขวางการปฏิบัติที่เหมาะสมของสตรีตั้งครรภ์ โดยพยาบาลผดุงครรภ์ ควรช่วยหาแนวทางในการลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค รวมทั้งการเสริมสร้างความมั่นใจ สร้างสมรรถนะ หรือค้นหาแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคของสตรีตั้งครรภ์ นอกจากนี้ พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นการกระทำที่แสดงออกในลักษณะของการดูแลตนเอง และเป็นผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และติดตามข่าวสารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค รู้จักการป้องกันตนเองจากการระบาด ประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง เกี่ยวกับโอกาสของการติดเชื้อ รวมถึงการระมัดระวังตนเองและสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวมีการติดเชื้อ ย่อมมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองที่จะปกป้องตนเองและทารกในครรภ์ไม่ให้เกิดการติดเชื้อได้นั้น พยาบาลผดุงครรภ์ต้องเน้นย้ำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยสวมใส่หน้ากากอนามัย ใช้เจลแอลกอฮอล์ ล้างมืออย่างถูกวิธี รักษาความสะอาดและปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพอนามัยที่ต่ออย่างเคร่งครัด ขณะอยู่ที่พื้นที่ส่วนบุคคล หรือพื้นที่สาธารณะ หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่แออัด (Sakdapat, 2021) รวมถึงการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ได้แก่ สุขอนามัยของการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่ชุมชน การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล และหมั่นสังเกตอาการตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไปสัมผัสกลุ่มเสี่ยง และมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเองมากยิ่งขึ้น (Foongfaung et al., 2021) นอกจากนี้ พยาบาลผดุงครรภ์ช่วยหาแนวทางในการลดอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมให้สตรีตั้งครรภ์เตรียมเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสามีและครอบครัวในการดูแลสตรีระยะหลังคลอดและให้นมบุตรในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดโควิด-19 สุโรครประจำถิ่นได้อย่างเหมาะสม

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) บทบาทของพยาบาลควรให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยกระตุ้นสตรีตั้งครรภ์เกิดความพร้อมและร่วมมือในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 นอกจากนี้ พยาบาลผดุงครรภ์ควรกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ โดยเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และพยาบาลผดุงครรภ์ควรเน้นการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ควรให้สตรีตั้งครรภ์มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสตรีตั้งครรภ์รายอื่น ที่มีการปฏิบัติตัวการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้อง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง และยังเป็นส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยที่สตรีตั้งครรภ์มีศักยภาพจากการรับรู้ข้อมูลจากที่ต่าง ๆ นำมาสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) บทบาทของพยาบาลควรสร้างความเชื่อมั่นในสตรีตั้งครรภ์ ว่าสามารถปฏิบัติการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ โดยกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ได้เกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และสามารถปรับตัวตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง การล้างมือบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด การเว้นระยะห่างทางสังคมในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น อาการไข้ ไอ เจ็บคอ ซึ่งอาจนำไปสู่อาการที่รุนแรงมากขึ้น รวมถึงมาตรการป้องกันที่จำเป็นอื่น ๆ ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างทันเหตุการณ์ตามสถานการณ์ปัจจุบัน



ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

การเกิดการแพร่ระบาดของไวรัสสายพันธุ์ใหม่ การกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพ ที่ต้องให้ความรู้สร้างความเข้าใจและคำแนะนำที่ถูกต้อง แก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อลดผลกระทบต่อนตนเองและทารกต่อการติดเชื้อโควิด-19 ดังนั้น การที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำเอาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 จึงเป็นแนวทางที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้มีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสามารถรับรู้ความเสี่ยง ประโยชน์และสามารถปฏิบัติการป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ช่วยในการให้ความรู้ และข้อมูล คอยสนับสนุน และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม และสามารถปฏิบัติจนเป็นวิถีชีวิตประจำวัน และสามารถอยู่ร่วมกับโควิดได้ (Living with COVID) ภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ได้อย่างเหมาะสม

บทสรุป

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สามารถพัฒนาสู่เชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ และนำไปสู่โรคอุบัติใหม่ได้ตลอดเวลา ระดับความรุนแรงของอาการและผลกระทบก็จะเพิ่มมากขึ้น สตรีที่ตั้งครรภ์ เข้าสู่ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จึงควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่นอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีการเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น และอยู่ร่วมกับโควิด 19 จาก Pandemic สู่ Endemic อย่างปลอดภัย ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ สามารถนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย สิ่งชักนำในการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ต่อไป

Reference

- Abdulmir, A. S., & Hafidh, R. R. (2020). The possible immunological pathways for the variable immunopathogenesis of COVID-19 infections among healthy adults, elderly and children. *Electronic Journal of General Medicine*, 17(4), em202. <https://doi.org/10.29333/ejgm/7850>
- Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T., Debenham, L., Llavall, A. C., Dixit, A., Zhou, D., Balaji, R., Lee, S. I., Qiu, X., Yuan, M., Coomar, D., Sheikh, J., Lawson, H., Ansari, K., van Wely, M., ... Thangaratinam, S. (2020). Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: Living systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 370, m3320. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>
- CDC. (2022). *Pregnant and recently pregnant people at increased risk for severe illness from COVID-19*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnant-people.html>
- Center for Medical Genomics. (2022). *Knowing omicron XE variant, spreading and severity*. https://www.khaosod.co.th/covid-19/news_6992054 (in Thai)
- Chaiboonruang, T., & Sriarporn, P. (2022). Application of the protection motivation theory for preventing Covid-19 infection among pregnant women: The role of nurse-midwives. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 403-417.



- Department of Health. (2020). *Communicable disease act B.E. 2018*.
<https://ddc.moph.go.th/law.php?law=1>
- Department of Medical Sciences Ministry of Public Health. (2022). *Publish news of progress in monitoring the COVID 19*. <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/1708>
- Department of Diseases Control. (2023). *List of communicable diseases that must be reported for epidemiological surveillance according to the communicable diseases act B.E. 2558* (revised on February 1, 2023). <https://ddc.moph.go.th/doe/>
- Fathian-Dastgerdi, Z., khoshgoftarb, M., Tavakolib, M. B., & Jaleh, M. (2021). Factors associated with preventive behaviors of COVID-19 among adolescents: Applying the health belief model. *Research in Social and administrative Pharmacy*, 17(10), 1786-1790.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.01.014>
- Foongfaung, S., Wachiraphan, A., Thangthum, W., & Phawo, P. (2021). Preventing infectious of the spread of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in a Community Promotion. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 15(3), 195-204. (in Thai)
- Fu, W., Sivajohan, B., McClymont, E., Albert, A., Elwood, C., Ogilvie, G., & Money, D. (2021). Systematic review of the safety, immunogenicity, and effectiveness of COVID-19 vaccines in pregnant and lactating individuals and their infants. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 156(3), 406-417. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14008>
- Hakerinejad, G., Navak, T., Hatemzadeh, N., Haghi, M., & Haghigizadeh, M. H. (2023). Investigating the effect of multimedia education based on the health belief model in preventing COVID-19 in pregnant women. *BMC Public Health*, 23(1), 681.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14965-1>
- Hammad, W. A. B., Beloushi, M. A., Ahmed, B., & Konje, J. C. (2021). Severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus-2 infection (COVID-19) in pregnancy - An overview. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 263, 106–116.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.06.001>
- Huntley, B. J. F., Huntley, E. S., Di Mascio, D., Chen, T., Berghella, V., & Chauhan, S. P. (2020). Rates of maternal and perinatal mortality and vertical transmission in pregnancies complicated by severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 136(2), 303-312.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2020). *Global call to action: Protecting midwives to sustain care for women, newborns and their families in the COVID-19 pandemic*.
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/05/1call-to-action.pdf>
- Kamonratananun, N., Chaingam, N., Wongwisaskul, S., & Sriwong, K. (2020). Breastfeeding amidst the Pandemic of Covid-19. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(2), 175-185. (in Thai)



- Kotlyar, A. M., Grechukhina, O., Chen, A., Popkhadze, S., Grimshaw, A., Tal, O., Taylor, H. S., & Tal, R. (2021). Vertical transmission of coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(1), 35–53. e3. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.049>
- Liu, H., Wang, L. L., Zhao, S. J., Kwak-Kim, J., Mor, G., & Liao, A. H. (2020). Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. *Journal of Reproductive Immunology*, 139, 103-122. <https://doi.org/10.1016/j.jri.2020.103122>
- Lokken, E. M., Huebner, E. M., Taylor, G. G., Hendrickson, S., Vanderhoeven, J., Kachikis, A., Coler, B., Walker, C. L., Sheng, J. S., Al-Haddad, B. J. S., McCartney, S. A., Kretzer, N. M., Resnick, R., Barnhart, N., Schulte, V., Bergam, B., Ma, K. K., Albright, C., Larios, V., ... Washington State COVID-19 in Pregnancy Collaborative. (2021). Disease severity, pregnancy outcomes, and maternal deaths among pregnant patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in Washington State. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 225(1), 77.e1-77.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.1221>
- Ministry of Public Health. (2022). *Plans and measures for managing the situation of COVID-19 to endemic diseases (Endemic Approach to COVID-19)*. <https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/42090.pdf>
- Qu, P., Faraone, J., Evans, J. P., Zou, X., Zheng, Y. M., Carlin, C., Bednash, J. S., Lozanski, G., Mallampalli, R. K., Saif, I. J., Oltz, E. M., Mohler, P. J., Gumina, R. J., & Liu, S. L. (2022). Neutralization of the SARS-CoV-2 Omicron BA.4/5 and BA.2.12.1 Subvariants. *The New England Journal of Medicine*, 386(26), 2526-2528. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2206725>
- Rodriguez, C., Baia, I., Domingues, R., & Barros, H. (2020). Pregnancy and breastfeeding during COVID-19 pandemic: A systematic review of published pregnancy cases. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.558144>
- 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. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Ryan, G. A., Purandare, N. C., McAuliffe, F. M., Hod, M., & Purandare, C. N. (2020). Clinical update on COVID-19 in pregnancy: A review article. *Journal Obstet Gynaecol Research*, 46(8), 1235-1245. <https://doi.org/10.1111/jog.14321>
- Sakdapat, N. (2021). Psychosocial factors related to the COVID-19 prevention behaviors of undergraduate students. *Warasan Phuettikamma*, 27(2), 39-62.
- Sila, T., Laochareonsuk, W., Surachart, K., Surasombatpattana, S., Saelim, W., & Sangkhathat, S. (2022). Evolution and bioinformatic analysis of the whole genome sequences of SARS-CoV-2. *PSU Medical Journal*, 2(2), 85-98.
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2021). *Pregnancy care: COVID-19 vaccination*. <https://www.rtcog.or.th/content/viewid/75>



- Tong, K. K., Chen, J. H., Yu, E. W., & Wu, A. M. S. (2020). Adherence to COVID-19 precautionary measures: Applying the health belief model and generalised social beliefs to a probability community sample. *Applied Psychology, Health and Well-Being*, 12(4), 1205-1223. <https://doi.org/10.1111/aphw.12230>.
- Villar, J., Ariff, S., Gunier, R. B., Thiruvengadam, R., Rauch, S., Kholin, A., Roggero, P., Prefumo, F., do Vale, M. S., Cardona-Perez, J. A., Maiz, N., Cetin, I., Savasi, V., Deruelle, P., Easter, S. R., Sichitiu, J., Soto Conti, C. P., Ernawati, E., Mhatre, M. ... Papageorgiou, A. T. (2021). Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: The INTERCOVID multinational cohort study. *JAMA Pediatrics*, 175(8), 817-826. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1050>
- Vongmaneepratip, K. (2022). A comparison of maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 between modes of delivery in Krathumbaen Hospital Samut Sakhon Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 2(1), 13-24.
- Wang, C. L., Liu, Y. Y., Wu, C. H., Wang, C. Y., & Long, C. Y. (2021). Impact of COVID-19 on Pregnancy. *International Journal of Medical Sciences*, 18(3), 763-767. <https://doi.org/10.7150/ijms.49923>
- Wirifa, S., & Luddangam, P. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: Challenges for midwifery. *Journal of Nursing, Siam University*, 22(43), 89-102. <https://doi.org/10.1152/physrev.00024.2020>
- Wiersinga, W. J., Rhodes, A., Cheng, A. C., Peacock, S. J., & Prescott, H. C. (2020). Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review. *The Journal of the American Medical Association*, 324(8), 782-793. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12839>
- World Health Organization. (2023). *Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition*. [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)
- World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. (2014). *A brief guide to emerging infectious diseases and zoonoses*. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204722>
- Yaowarat, N., Mungkhamanee, S., & Wihokharn, P. (2022). Factors predicting of Covid 19 prevention behaviour among postpartum mothers. *Journal of Health and Nursing Education*, 28(1), 1-16. (in Thai)