

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.ดราวรรณ ต๊ะปันตา 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
ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส Professor Dr. Ratchneewan Ross,	School of Nursing, The University of Louisville, USA Ph.D, RN, FTNSS, FAAN
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง Associate Professor Dr. Supreeda Monkong	School of Nursing, The University of Louisville, USA Ph.D, RN, FTNSS, FAAN โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุกตศุท
Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth

รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น
Associate Professor Dr. Sunee Lagampan

รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกุล
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 สุคนธสรวรพ์
Associate Professor Dr. Achara Sukonthasarn

รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ
Associate Professor Dr. Wannee Deoisres

รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร
Associate Professor Dr. Ampornpan Theeranut

รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์
Associate Professor Dr. Marisa Krairiksh

รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังสี
Assoc. Prof. Dr. Wandee Suttharangsee

รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์
Associate Professor Dr. Ploenpit Thaniwattananon

รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ
Associate Professor Dr. Sasikarn Kala

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาตา ลักคหนทัย
Assistant Professor Dr. Nada Lukkahatai,

รองศาสตราจารย์ ดร.นัทธมน วุฒานนท์
Associate Professor Dr. Nuttamon Vuttanon

รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนิย์ ทั้งเจริญกุล
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul

รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin

รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์
Associate Professor Dr. Pratum Soivong

รองศาสตราจารย์ ดร.นงค์คราญ วิเศษกุล
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Nursing, Mahidol University

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Public Health, Mahidol University

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Public Health, Mahidol University

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Faculty of Nursing, Thammasat University

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing Khon Kaen University

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing Khon Kaen University

สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Education and Innovative Learning Academy,
Prince of Songkla University

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Johns Hopkins University, School of Nursing
Ph.D, MSN, RN, FANN

Johns Hopkins University, School of Nursing
Ph.D, MSN, RN, FANN

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐยาน์ สุวรรณคุณหาสน์
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
Assistant Professor Dr. Jittawadee Rhiantong
อาจารย์ ดร.ปรีyakamol ไกรกิจราษฎร์
Lecturer Dr. Preeyakamon Krikitrat

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

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ (Editorial Staff)

นางอัมพิกา สุวรรณบุตร
Ampika Suwannabut
MR. Michael Scott Cote

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

นางสาวพรธิดา คำมงคล
Pornthida Kummongkol
นางสาวนิตยา มะโนคำ
Nittaya Manokam
นางจิราภรณ์ คุณวุฒิ
Jiraporn Koonawoot

(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 (ชื่อเดิม วารสารพยาบาลสาร: Nursing Journal) ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ โดยเปิดรับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ วารสารมีระบบการจัดการแบบออนไลน์ มีการประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน จากหลากหลายสถาบัน การประเมินคุณภาพเป็นแบบปกปิดสองทาง (Double-blind peer review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบข้อมูลของกันและกัน

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. **บทความวิจัย (Research article)** หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอข้อมูลการวิจัยที่กระชับ อย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และรายการอ้างอิง ความยาวบทความ 10-15 หน้า
2. **บทความวิชาการ (Academic article)** หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอแนวคิดจากองค์ความรู้ โดยเรียบเรียงเนื้อหาจากผลงานวิชาการในลักษณะการวิเคราะห์วิจารณ์ และนำเสนอประสบการณ์ของผู้เขียน หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้อ่านเกิดการพัฒนาความคิด และได้แนวทางในการนำความคิดนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคม บทความประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ เนื้อหาสาระ บทสรุป และรายการอ้างอิง ความยาวบทความ 10-15 หน้า

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ (Publication Frequency)

วารสารมีกำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

จำนวนบทความที่ตีพิมพ์ต่อฉบับ ประมาณ 20 เรื่อง ประกอบด้วย บทความภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. คัดกรองบทความให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความที่เหมาะสมในแต่ละเรื่อง และกำกับดูแลการประเมินในรูปแบบ Double blind peer review
3. กำกับดูแลกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความในทุกกระบวนการ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่
4. หากมีประเด็นปัญหาสำคัญเกิดขึ้นในกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความ จะนำเรื่องเข้าพิจารณาในกองบรรณาธิการ เพื่อขอความเห็นร่วมกัน
5. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
6. ไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาทางวิชาการ มาตัดสินการรับหรือปฏิเสธบทความ
7. หากตรวจพบว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์ได้รับการเผยแพร่มาก่อน ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำ มีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้น ๆ เพื่อป้องกันการประหลาดจริยธรรมทางวิชาการและการตีพิมพ์เผยแพร่
8. พัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน
2. ประเมินคุณภาพบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติ หรือความคิดเห็นส่วนตัว
3. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน
4. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้น เป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่
5. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้
6. ประเมินบทความตามระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความที่ส่งมาเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และต้องแน่ใจว่าผลงานดังกล่าวไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น และของตนเอง รวมทั้งไม่ตีพิมพ์ผลงานเดียวกันต่างภาษา
2. ไม่ส่งบทความเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ พร้อมกันกับส่งที่วารสารอื่น

3. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในเนื้อหา ต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ และอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
4. ตรวจสอบการเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบข้อกำหนดของวารสาร ดังคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
5. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมดที่ปรากฏในบทความวิจัย ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย
6. ปรับแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเหมาะสม ภายในระยะเวลาที่กำหนด
7. ในกรณีที่ต้องการถอนบทความ ต้องแจ้งบรรณาธิการทราบทันที
8. ผลงานวิจัยในมนุษย์ จะต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองในบทความ และแสดงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยที่คำนึงถึงหลักจริยธรรมตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย ของ Declaration of Helsinki ครอบคลุมรายละเอียดต่อไปนี้
 - 1) โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันใด และเลขที่ของโครงการที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
 - 2) กระบวนการขอความยินยอมดำเนินการอย่างไร มีการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างไร
 - 3) ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง
 - 4) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบางหรือไม่ และมีการปกป้องอย่างไร
 - 5) การป้องกันการลบล้างความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ

กระบวนการพิจารณาประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

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

ขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ

การพิจารณาประเมินบทความทุกขั้นตอน ดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในเว็บไซต์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: <https://www.tci-thaijo.org>
2. บรรณาธิการรับบทความ และแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในส่วนของเนื้อหาของบทความ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตสาขาวิชาของวารสาร รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกผลงาน (Plagiarism) รวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. ในกรณีบทความมีคุณภาพไม่ผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้น บรรณาธิการจะดำเนินการแจ้งผู้เขียนให้ปรับแก้ไขบทความให้ถูกต้องภายใน 4 สัปดาห์ หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนด จะถือว่าสิ้นสุดการรับพิจารณาบทความ โดยบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนรับทราบและลบบทความออกจากระบบ

5. ในกรณีบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินคุณภาพของบทความ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบเช่นกัน

6. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

6.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะแจ้ง ผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่

6.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ (Revision Require) กองบรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ผู้เขียน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขบทความ พร้อมทั้งส่งแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไขให้กับผู้เขียน เพื่อให้ผู้เขียนจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไข โดยระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1, 2 และ 3 ในทุกหัวข้อ และส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ โดยรายละเอียดการแก้ไขบทความมีดังต่อไปนี้

6.2.1 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความเพียงเล็กน้อย (Minor Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ตรวจสอบผลการแก้ไข ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่

6.2.2 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 4 สัปดาห์ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิรอบที่ 2 (round 2) เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข ซึ่งหากยังต้องมีการแก้ไขอีก กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข หลังจากนั้น จะตรวจสอบผลการแก้ไขจนกว่าบทความมีคุณภาพที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ได้ ซึ่งจำนวนครั้งของการแก้ไขไม่ควรเกิน 3 ครั้ง

หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่มีเหตุผล กองบรรณาธิการจะขอลบบทความออกจากระบบ และขอให้ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความเข้ามาใหม่ เพื่อ

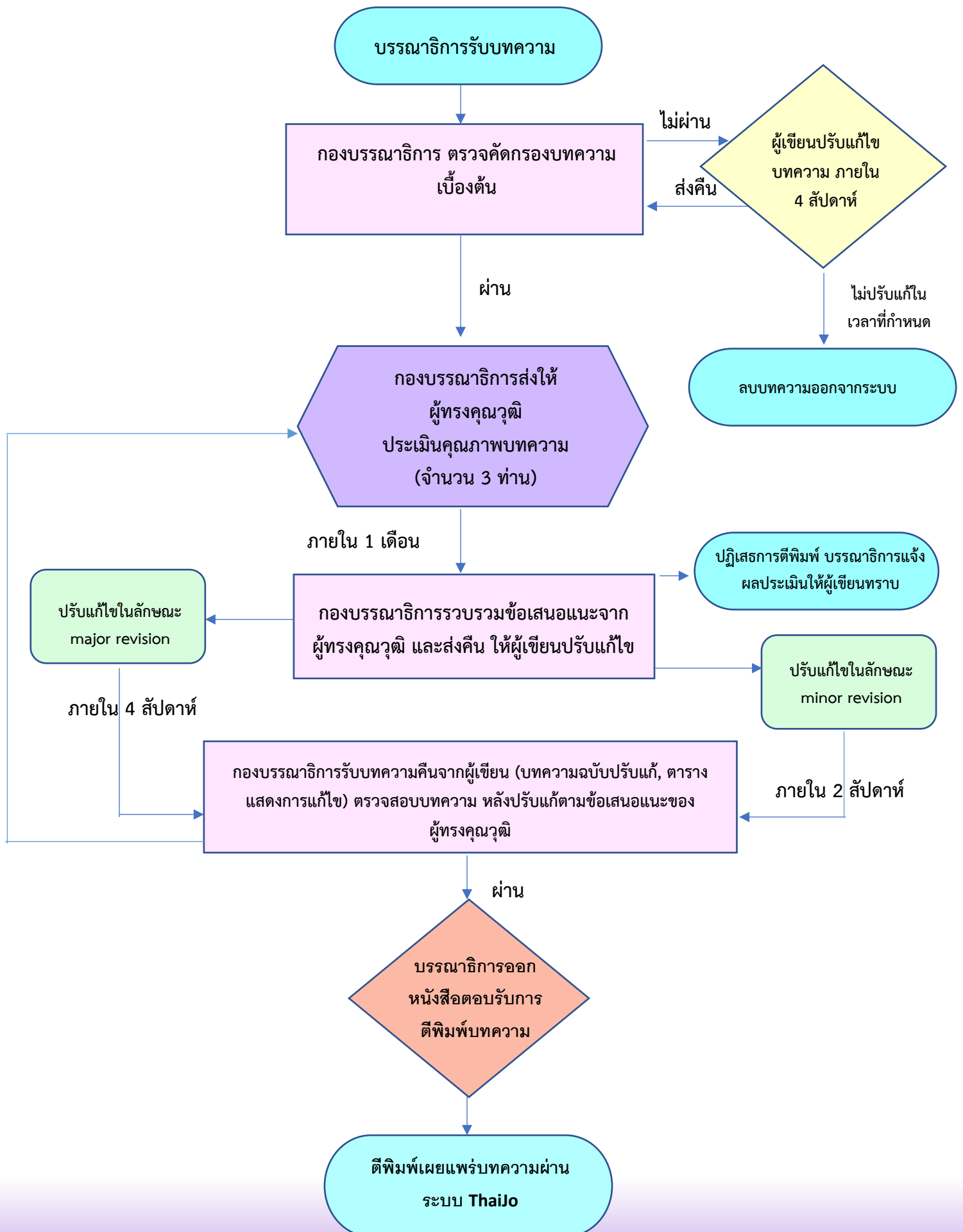
กองบรรณาธิการจะได้ดำเนินการประเมินคุณภาพบทความใหม่ในทุกขั้นตอน และผู้เขียนต้องเสียค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์อีกครั้ง

6.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) บรรณาธิการ จะแจ้งผลการประเมินดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

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:	
อื่น ๆ (ระบุ)	...	

ขั้นตอนการพิจารณาบทความ
พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



การเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Article Processing Charges)

วารสารเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพื่อเป็นค่าดำเนินการและเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ

- บทความภาษาไทย 4,000 (สี่พันบาทถ้วน) ต่อ บทความ
- บทความภาษาอังกฤษ 5,000 (ห้าพันบาทถ้วน) ต่อ บทความ

ทางวารสารจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพียงครั้งเดียว เมื่อบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจากบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งจะส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพ

การชำระเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี "วารสารพยาบาลสาร" เลขที่บัญชี 968-0-08702-1 ทั้งนี้ พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ไม่ว่ากรณีใด ๆ

- หมายเหตุ:** - อาจารย์และบุคลากรในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
- พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การจัดเตรียมต้นฉบับ

1. สมัครเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
2. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษบน 3.81 ซม. ขอบล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3.81 ซม. และขอบขวา 2.54 ซม. ความยาวต้นฉบับรวมการอ้างอิง 10-15 หน้า
3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรก และใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัยและบทความวิชาการ

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

ชื่อผู้เขียน (Author Name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย ไม่ใส่ยศหรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคน สำหรับ e-mail ระบุเฉพาะผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) นอกจากนี้ให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อส่วนท้ายนามสกุลผู้เขียน และต่อท้ายชื่อเรื่องในกรณีเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาให้ระบุชื่อหลักสูตร รวมทั้งสาขาวิชา ทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย

ตัวอย่างเช่น

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

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนแยกภาษาอังกฤษ และภาษาไทย โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ และภาษาไทยไม่ควรเกิน 400 คำ เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทยต้องสอดคล้องกัน การใช้ภาษาให้เหมาะสมเป็นประโยชน์สื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ และไม่มีการอ้างอิงในบทคัดย่อ

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

บทความวิชาการ เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ และบทสรุป

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงบทความ ควรเป็นคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ และมีความหมาย ระบุทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย จำนวน 3-5 คำ

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความ

บทความวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

สมมติฐานการวิจัย (การวิจัยเชิงทดลอง)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
การเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

การอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

บทความวิชาการ

บทนำ (Introduction)

เนื้อหา

บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 3 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Citation and References lists)

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

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

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

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (References list)

1. การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง ให้เรียงนามสกุลของผู้เขียนตามลำดับพยัญชนะ A ถึง Z
2. กรณีผู้เขียนคนแรกเป็นคนเดียวกันและมีผลงานหลายเรื่อง ให้เรียงลำดับผลงานตามลำดับปีที่พิมพ์ โดยเริ่มจากปีที่พิมพ์ก่อน

3. เรียงลำดับผลงานที่มีผู้เขียนคนเดียวก่อนผลงานที่มีผู้เขียนร่วมถึงแม้จะพิมพ์ก่อน โดยเรียงลำดับตามอักษรของนามสกุล

4. กรณีมีผู้เขียนหลายคน ให้เรียงลำดับตามอักษรของนามสกุลผู้เขียนคนแรกและคนต่อ ๆ ไปตามลำดับ

5. การอ้างอิงผู้เขียนคนเดียวหรือหลายคนที่มีผลงานหลายเรื่องในปีเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรของชื่อเรื่อง (ไม่รวมคำว่า A หรือ The) โดยใช้อักษร a, b, c ตามลำดับปีที่พิมพ์

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงจากวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

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

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลขรหัส doi

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

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลขรหัส doi

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

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

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.

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.

4. การอ้างอิงจากรูปภาพหรือแผนภาพ

รูปภาพหรือแผนภาพควรเป็นต้นฉบับที่ผู้เขียนจัดทำเอง หากนำมาจากแหล่งอื่น ควรได้รับอนุญาตจากเจ้าของ และอ้างอิงแหล่งที่มาตามรูปแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 สำหรับคำบรรยายให้พิมพ์ได้ภาพ

การส่งบทความต้นฉบับ

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

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

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรอง
โครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เลขที่ 110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

เบอร์ติดต่อ 053-949100

Job Crafting and Work Engagement of Nurses in Affiliated Hospitals of Harbin Medical University, the People's Republic of China การจัดแจงในงานและความผูกพันต่องานของพยาบาลโรงพยาบาล เครื่องมือวิทยาลัยการแพทย์ฮาร์บิน สาธารณรัฐประชาชนจีน				1-11
Tong	Tong	ทง	ทง	
Orn-anong	Wichaikhum	อรอนงค์	วิชัยคำ	
Kulwadee	Abhicharttibutra	กุลวดี	อภิชาติบุตร	
Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital, Sichuan Province, the People's Republic of China ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน				12-26
Dan	Yu	แดน	ยู	
Chomphoonut	Srirat	ชมพูนุท	ศรียรัตน์	
Chiraporn	Tachaudomdach	จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช	
Mental Distress, Associated Factors, and Mental Distress Management Among Muslim Mothers of Infants Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิม ที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต				27-39
นิซัลวา	จะปะเกีย	Nisalwa	Japakeeya	
จินห์จุทา	สั้มเกิด	Jinjuta	Somkind	
ปรียา	แก้วพิมล	Preeya	Keawpimon	
Development of Nursing Practice Guidelines to Prevent Acute Kidney Injury in Critically Ill Pediatric Patients การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต				40-53
ธารทิพย์	ประชากุล	Tarntip	Prachakul	
จุฬารณ์	ตั้งภักดี	Juraporn	Tangpukdee	

Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial	54-67
ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ	
อริสรา	สุขวัจน์
Arissara	Sukwatjane
เพชรรัตน์	รุจิพงศ์
Pecharat	Rujipong
Development of a Multidisciplinary Sepsis Management Model in an Emergency Department	68-83
การพัฒนาแบบแผนการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน	
ณภัทรธรรณ	กันทร
Napattorn	Kuntorn
สุภารัตน์	วังศรีคุณ
Suparat	Wangsrikhun
จันทร์ฉาย	โยธยาใหญ่
Chanchai	Yothayai
Nurses' Competency in Caring for Patients with Incontinence-Associated Dermatitis	84-95
สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	
จินตนา	สุวรรณอ่อน
Jintana	Suwan-on
เยาวรัตน์	มัทฉิม
Yaowarat	Matchim
บวรลักษณ์	ทองทวี
Borwarnluck	Thongthawee
Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy	96-109
ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	
คณินิจ	พีระภาสกร
Kaneungnit	Peerapassakorn
ชมพูนุท	ศรีรัตน์
Chomphoonut	Srirat
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช
Chiraporn	Tachaudomdach

Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients of Registered Nurses in a University Hospital ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง	110-125
นันทวัฒน์ ภิญโญ Nuntawat Pinyo อุไรวรรณ ชัยชนะวีโรจน์ Uraiwan Chaichanawirote	
Factors Related to Health-Related Quality of Life Among Young Adults with Stroke ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย	126-137
สาธิตา วัชรดิลก Satita Watcharadilok สุนิดา ปรีชาวงษ์ Sunida Preechawong	
Factors Associated with Post-Stroke Fatigue Among Patients with Acute Ischemic Stroke ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน	138-152
ศุภชัย รักแก้ว Supachai Rakkaew อุไร คำมาก Urai Kummarg	
Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Dyslipidemia ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	153-167
ทักษพร ฟุ่ปิง Taksaporn Fuping เดชา ทำดี Decha Tamdee ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ Nattaya Suwankruhasn	
Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน	168-182
เยาวลักษณ์ มะกอง Yaowalak Makong ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ Wilawan Tuanrat	

The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults	183-199
ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	
วรารัตน์	ทิพย์รัตน์
Wararat	Tiparat
กนกพรรณ	พรหมทอง
Kanokpan	Promthong
กัญญา	มุสิกชนะ
Kanyapa	Musikachana
Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities	200-214
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	
สุทธาทิพย์	ไหมคำ
Suthathip	Maikham
ศิวพร	อึ้งวัฒนา
Sivaporn	Aungwattana
นพมาศ	ศรีเพชรวรรณดี
Noppamas	Sripetchwandee
Effect of a Bilingual Learning Multimedia Innovation Package on Vegetarian Dietary Practices Among Karen at Risk of Hypertension in Bann Phra bat Huai Tom, Lamphun Province	215-230
ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัติของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน	
ชนัญชิตา	ขัตกันทะ
Chananchida	Katkanta
ศิวพร	อึ้งวัฒนา
Sivaporn	Aungwattana
วิลาวลัย	เดือนราษฎร์
Wilawan	Tuanrat
Risk Factors Associated with Antibiotic Use Behavior of Populations in Health Region 8	231-246
ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8	
ณัฐพร	นิจธรรมสกุล
Nuttaporn	Nidthumsakul
อัมภารวรรณ	นนทมาตย์
Ampawan	Nonthamat
นครินทร์	ประสิทธิ์
Nakarin	Prasit
สุรัชย์	พิมหา
Surachai	Phimha
นพรัตน์	เสนาฮาด
Nopparat	Senahad
ภูวนาถ	ศรีสุธรรม
Puwanart	Sresutham

Factors Related to COVID-19 Prevention Practices				247-264
Among Operating Room Nurses				
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด				
วสุพร	พัฒนคูหะ	Wasuphorn	Phatthanakhuha	
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล	Nongyao	Kasatpibal	
นงค์คราญ	วิเศษกุล	Nongkran	Viseskul	
Resilience and Associated Factors Among Adolescents with Congenital Heart Disease				265-277
Receiving Services at King Chulalongkorn Memorial Hospital				
พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด				
ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์				
สุธาวิ	สมบุญทรัพย์	Suthawee	Somboonsap	
ศิริลักษณ์	ศุภปิติพร	Siriluk	Suppapatiporn	
Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture				278-286
and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions				
ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือด				
และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย				
รีนา	มะโน	Reena	Mano	
ดวงมน	ทรัพย์สินเสรี	Doungmon	Trapsinsaree	
จิณห์จุฑา	สัมเกิด	Jinjuta	Somkird	
กมลวรรณ	สุวรรณ	Kamonwan	Suwan	
กัณฑพร	ยอดไชย	Kantaporn	Yodchai	



สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) ปีที่ 51 ปัจจุบันวารสารได้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และได้รับการจัดอันดับวารสารไทยในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 โดยบทความทั้งหมดได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในรูปแบบ Double-blinded review ส่งผลให้บทความแต่ละเรื่องมีคุณภาพ นำไปใช้อ้างอิงทางวิชาการ และนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้

วารสารฉบับนี้ ได้นำเสนอบทความวิจัยที่หลากหลายและน่าสนใจ จำนวน 20 เรื่อง เป็นบทความภาษาอังกฤษ 2 เรื่อง ดังเช่น Job Crafting and Work Engagement of Nurses in Affiliated Hospitals of Harbin Medical University, the People's Republic of China และเป็นบทความภาษาไทย 18 เรื่อง ประกอบด้วยบทความด้านการพยาบาลเด็ก 2 เรื่อง ดังเช่น ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการจัดการต่อความทุกข์ของมารดา muslim ที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต บทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 7 เรื่อง ดังเช่น ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นต้น บทความด้านเวชปฏิบัติชุมชน 5 เรื่อง ดังเช่น ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคมังสวิรัติของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน เป็นต้น บทความด้านวิทยาการระบาดและชีวสถิติ 1 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 บทความด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ 1 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด บทความด้านสุขภาพจิต 1 เรื่อง ได้แก่ พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และบทความด้านการศึกษาทางการพยาบาล 1 เรื่อง ได้แก่ ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้นุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในสถาบันพยาบาลเครือข่าย บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิจัย และบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอขอบคุณผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณาถ้อยแถลงบทความและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้บทความมีคุณภาพ เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะร่วมกันพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตามมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา

บรรณาธิการ



Job Crafting and Work Engagement of Nurses in Affiliated Hospitals
of Harbin Medical University, the People's Republic of China*
การจัดแจงในงานและความผูกพันต่องานของพยาบาลโรงพยาบาล
เครือมหาวิทยาลัยการแพทย์ฮาร์บิน สาธารณรัฐประชาชนจีน*

Tong	Tong**	ทง	ทง**
Orn-anong	Wichaikhum***	อรอนงค์	วิชัยคำ***
Kulwadee	Abhicharttibutra****	กุลวดี	อภิชาติบุตร****

Abstract

Job crafting and work engagement are important components of the healthcare system to achieve positive organizational outcomes and quality nursing care. This descriptive correlation study aimed to examine the level of job crafting and work engagement among nurses, and to explore the relationship between job crafting and work engagement. The subjects included 408 nurses working in affiliated hospitals of Harbin Medical University, The People's Republic of China. Research instruments consisted of the Job Crafting Scale (JCS) developed by Tims et al. and translated into Chinese by Huang et al. and the Utrecht Work Engagement Scale (UWES) developed by Schaufeli et al. and translated into Chinese by Fong and Ng. The Cronbach's alpha coefficients for the overall JCS and UWES were .97 and .92, respectively. Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation coefficient were used to analyze data.

The results of this study revealed that nurses perceived their overall job crafting at a high level ($M = 3.80$, $SD = 0.80$), and their overall work engagement at an average level ($M = 3.66$, $SD = 1.48$). There was a significant, positive relationship between overall job crafting and overall work engagement ($r_s = 0.68$, $p < .001$).

The results of this study could provide understanding of the relationship between job crafting and work engagement leading to the development of appropriate strategies to enhance work engagement among nurses.

Keywords: Job crafting; Work engagement; Nurses; The People's Republic of China

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

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

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; email: ornwchai@gmail.com

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

Received 9 August 2023; Revised 13 December 2023; Accepted 16 January 2024



บทคัดย่อ

การจัดแจงในงานและความผูกพันต่องาน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบดูแลสุขภาพเพื่อบรรลุผลลัพธ์เชิงบวกขององค์กรและคุณภาพการดูแล การศึกษาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาระดับการจัดแจงในงานและความผูกพันต่องาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดแจงในงานและความผูกพันต่องาน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาล 408 คน ทำงานที่โรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์ฮาร์บิน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบวัดการจัดแจงในงาน ที่พัฒนาโดย ทิม และคณะ แปลเป็นภาษาจีนโดย ฮวง และคณะ และแบบวัดความผูกพันต่องาน ที่พัฒนาโดย ซ็อฟเฟลี่ และคณะ และแปลเป็นภาษาจีนโดย ฟง และ โง ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบวัดการจัดแจงในงานและแบบวัดความผูกพันต่องานทั้งฉบับคือ .97 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank-order correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรับรู้การจัดแจงในงานในระดับสูง ($M = 3.80$, $SD = 0.80$) และรับรู้ความผูกพันต่องานในระดับปานกลาง ($M = 3.66$, $SD = 1.48$) การจัดแจงในงานและความผูกพันต่องานมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.68$, $p < .001$)

ผลการศึกษาทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดแจงในงานและความผูกพันต่องาน นำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการเพิ่มพูนความผูกพันต่องานของพยาบาล

คำสำคัญ: การจัดแจงในงาน ความผูกพันต่องาน พยาบาล สาธารณรัฐประชาชนจีน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email: ornwchai@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and significance

As the population ages, the increasing demand for healthcare resources poses great challenges for healthcare professionals. Together with the decreasing trend of healthcare employee-to-patient ratios due to the growing burden of lifestyle diseases, these have led to a persistently rising workload in clinics. A previous study has shown that nurses' high workloads could cause higher turnover intention and more nursing shortages (Vermooten et al., 2019). Globally, based on WHO data, nurses and midwives are in low supply by more than 50%, particularly in Southeast Asia (WHO, 2018). Work engagement is suggested as a possible solution to address future nursing shortages.

Vermooten et al. (2019) reported that high nurse turnover intention was significantly reduced by work engagement. If nurses engaged in their work, they would remain in the workplace with intent to stay in the current organization (Eltaybani et al., 2018). Schaufeli and Bakker (2003) defined work engagement as a positive, fulfilling, work-related state of mind that includes three dimensions: vigor, dedication, and absorption. Vigor is characterized by high levels of energy and mental resilience while working, the willingness to invest effort in one's work, and persistence even in the face of difficulties. Dedication refers to being strongly involved in one's work and experiencing a sense of significance, enthusiasm, inspiration, pride, and challenge. Absorption is characterized by being fully concentrated and happily engrossed in one's work, whereby time passes quickly, and one has difficulties with detaching oneself from work.

Work engagement has shown significant correlations with many factors, such as the meaningfulness of one's work and job satisfaction (Paulik, 2020). Among these factors, employee job crafting is closely and positively related to work engagement (Baghdadi et al., 2021). Job crafting refers to self-initiated changes that nurses make to balance their job demands and resources with their personal abilities and needs to attain and optimize their work goals, including increasing social job resources, increasing structural job resources, decreasing hindering job demands, and increasing challenging job demands (Tims & Bakker, 2010).

Job crafting consists of four conceptual dimensions, which are described as follows. 1) Increasing structural work resources refers to the diversity of resources, opportunities for development, and autonomy. It reflects the self-development desire of employees and a willingness to learn new things, develop competencies, and seek professional skills at work. 2) Increasing social job resources refers to the development of employees' relationships with colleagues and their leaders. These relationships include inspiration, supervisory coaching, social support, and feedback or guidance from leaders and colleagues. 3) Increasing challenging job demands refers to employees who seek more challenges in their work when they feel that a job is not providing them sufficient opportunities to use all their abilities. Employees can add work tasks, take over tasks from their supervisors, or volunteer to undertake new projects to increase their level of job demands. 4) Decreasing hindering job demands refers to the behavior of employees who take the initiative to reduce job requirements when they find that the job



requirements are beyond their ability. They may decrease hindering job demands by asking for help from their colleagues.

Studies have shown that job crafting could be an effective way to increase work engagement (Baghdadi et al., 2021; Kuijpers et al., 2020). Mróz and Kaleta (2016) reported a lower work engagement level in China compared with other countries. Other than this study, there is very limited research on work engagement and job crafting among nurses in China. Heilongjiang Province is located in the north of China, and has a moderately low economic level. Harbin is its capital city. Nurse shortages can lead to increased workloads for nurses, which cause fatigue and boredom, ultimately affecting the quality of patient care. One study reported that nurses in Heilongjiang Province had a high workload with enormous pressure. They had no passion and no motivation on their job (Tong, 2018). Consequently, there is an urgent requirement to study work engagement and job crafting in nurses in that context.

In Harbin, four hospitals are affiliated with Harbin Medical University (HMU). These are tertiary hospitals that integrate prevention care, medical treatments, teaching activities, and research studies and have the same hospital setting, administration and management, teaching curriculum, and research systems. Thus, we chose two of these hospitals for our study to represent the four affiliated medical university hospitals, with the aim of exploring the current status of work engagement and job crafting among nurses in Heilongjiang Province. The aim was to examine the status and relationship between nurses' work engagement and job crafting to provide evidence for improving their clinical performance and patient care at HMU Hospitals in China.

Objectives

1. To explore job crafting among nurses in Affiliated Hospitals of HMU, China.
2. To explore work engagement among nurses in Affiliated Hospitals of HMU, China.
3. To examine the relationship between job crafting and work engagement among nurses in Affiliated Hospitals of HMU, China.

Conceptual framework

The conceptual framework of this study was based on the concept of work engagement developed by Schaufeli et al. (2002) and the concept of job crafting by Tims and Bakker (2010). Work engagement is defined as a positive, fulfilling, work-related state of mind that includes three dimensions: vigor, dedication, and absorption (Schaufeli et al., 2002). Job crafting refers to self-initiated change at work, which is characterized by higher levels of employee willingness to attain and optimize their personal (work) goals to balance the job demands and job resources (Tims & Bakker, 2010). If nurses are motivated to craft their work, their work engagement is likely to improve. Therefore, job crafting is expected to positively affect employee motivation, dedication, effort level, commitment, and, hence, their level of engagement at work (Crawford et al., 2010).



Methods

Population and sample

The population for this study included nurses in Harbin, China, the total number of which was 3,154 nurses, including 2,058 and 1,096 nurses from the second affiliated hospital and third affiliated hospital of HMU (HMUSAH and HMUTAH), respectively. Nurses who had worked in the clinical departments for more than one year were selected.

The sample size of this study was calculated as 355 according to Yamane's formula (1973). Taking into account an approximately 20% loss in the sample acquisition process, the final sample size was targeted as 426.

Research instruments

1. Demographic Data Form

The demographic data form was designed by the researchers. The questionnaire included close-ended questions to collect information from participants, such as gender, age, marital status, educational level, work years, income, and clinical department.

2. The Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

In the present study, the researcher used the Chinese version of the Utrecht Work Engagement Scale (UWES), originally developed by Schaufeli et al. (2006), and translated by Fong and Ng (2012). We obtained a license permitting the use of the UWES for this study. The UWES has three dimensions and nine items on work engagement: vigor (items 1, 2, and 5), dedication (items 3, 4, and 7), and absorption (items 6, 8, and 9). Each item was rated on a 7-point Likert-type scale ranging from 0 (never) to 6 (every day).

Higher scores indicate higher work engagement. The mean scores were classified into five levels: very low, low, average, high, and very high. Before the survey, the questionnaire's reliability was tested in a preliminary study with 20 nurses from the same hospital, who were then excluded from the main study. The Cronbach's alpha for the UWES was .92. The UWES yielded three subscale scores, and a mean score that ranged from 0 to 6, which was divided into five categories according to Schaufeli and Bakker (2003), as follows:

Level of Work Engagement					
	Very low	Low	Average	High	Very high
Overall	≤ 1.77	1.78 – 2.88	2.89 – 4.66	4.67 – 5.50	≥ 5.51
Vigor	≤ 2.00	2.01 – 3.25	3.26 – 4.80	4.81 – 5.65	≥ 5.66
Dedication	≤ 1.33	1.34 – 2.90	2.91 – 4.70	4.71 – 5.69	≥ 5.70
Absorption	≤ 1.17	1.18 – 2.33	2.34 – 4.20	4.21 – 5.33	≥ 5.34

3. Job Crafting Scale (JSC)

We used the Chinese version of the Job Crafting Scale (JSC), originally developed by Tims et al. (2012) and translated by Huang et al. (2020), after obtaining a license permitting its use. It



has 4 dimensions and 21 items on job crafting: increasing structural job resources (items 1, 4, 7, 9 and 14), increasing social job resources (items 3, 6, 10, 12 and 17), increasing challenging job demands (items 5, 13, 16, 19 and 20), and decreasing hindering job demands (items 2, 8, 11, 15, 18 and 21). Each item was rated on a 5-point Likert-type scale ranging from 1 (never) to 5 (always).

Higher scores indicate better job crafting. The mean scores were classified into three levels: low, moderate, and high. For each subscale of job crafting, scores from 1.00 to 2.33 were considered a low level, scores from 2.34 to 3.66 were considered moderate, and scores from 3.67 to 5.00 were considered high. Before the survey, we tested the questionnaire's reliability in a preliminary study with 20 nurses from the same hospital, who were then excluded from the main study. The Cronbach's alpha coefficient for the JSC was .97.

Ethical considerations

The study protocol was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University (Approval # 078/2021). All participants volunteered to take part in the study and were free to withdraw from the study at any time. All participants voluntarily signed the informed consent form prior to data collection. The information collected from each participant during the study was kept confidential and anonymous.

Data collection

The data acquisition procedure was as follows.

1. Distribution of the research proposal, the application letter for permission to collect data, and the package of the instruments to the nurse directors of the two hospitals, after receiving approval from the Research Ethics Review Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, and HMU.

2. The researchers informed nurse directors of the purpose of the study and invited them to assign a study coordinator from each hospital to distribute and collect the questionnaires from the nurses.

3. The study participants were selected by random sampling from a list of nurses at each hospital.

4. Researchers and study coordinators distributed data collection packets that included an explanation of study purpose, a consent form, and a questionnaire in an envelope to selected nurses.

5. The research coordinator collected the questionnaires in sealed envelopes from the locked box and returned them to the researcher.

Data analysis

SPSS 22.0 software was used for statistical analysis. The significance level was set as $p < .05$. The demographic data of the nurses were analyzed according to frequency, percentage, mean, and standard deviation (SD), based on the variable. The levels of job crafting and work engagement were analyzed using mean and SD. The Kolmogorov-Smirnov test was used to test the normal distribution of job crafting and work engagement. Spearman's correlation analysis was



used to examine the relationship between job crafting and work engagement. In the analysis of the relationships between two variables, $r < 0.3$ was considered as a weak relationship, $r = 0.3$ to 0.5 reflected a moderate relationship, and $r > 0.5$ was regarded as a strong relationship.

Results

Demographic data

There were 414 (97.2%) questionnaires returned, 6 of which were incomplete and excluded. Finally, 408 (95.8%) questionnaires were used for the data analysis. Thus, 408 nurses participated in the study. Most of the participants, 384 (94.1%) were female, 207 (59.5%) were aged between 31 and 40 years, and 283 (69.4%) were married. Approximately 79.9% had a bachelor's degree, and most nurses, 240 (58.8%) had 2-10 years of work experience. Nearly half, 176 (43.1%) received a monthly salary of $\geq 7,001$ CNY, and one-third, 137 (33.6%) were in the medical unit.

Job crafting level

The nurses perceived their overall job crafting at a high level ($M = 3.80$, $SD = 0.80$). Among the dimensions of job crafting, increasing structural job resources, increasing social job resources, and decreasing hindering job demands were at high levels ($M = 3.96$, $SD = 0.83$; $M = 3.82$, $SD = 0.86$, $M = 3.81$, $SD = 0.82$, respectively), and the dimension of increasing challenging job demands was at a moderate level ($M = 3.60$, $SD = 0.93$) (Table 1).

Table 1 Levels of job crafting (n = 408)

Job crafting	Range	M	SD	Level
Overall job crafting	1.00-5.00	3.80	0.80	High
Increasing structural job resources	1.00-5.00	3.96	0.83	High
Increasing social job resources	1.00-5.00	3.82	0.86	High
Increasing challenging job demands	1.00-5.00	3.60	0.93	Moderate
Decreasing hindering job demands	1.00-5.00	3.81	0.82	High

Work engagement level

The nurses perceived their overall work engagement at a moderate level ($M = 3.66$, $SD = 1.48$). The three dimensions of work engagement, vigor, dedication, and absorption, were at average levels (M with SD) of 3.59 (1.54); 4.04 (1.52); and 3.34 (1.65), respectively (Table 2).

Table 2 Levels of work engagement (n = 408)

Work engagement	Range	M	SD	Level
Overall work engagement	≤ 1.77 - ≥ 5.51	3.66	1.48	Moderate
Vigor	≤ 2.00 - ≥ 5.66	3.59	1.54	Moderate
Dedication	≤ 1.33 - ≥ 5.70	4.04	1.52	Moderate
Absorption	≤ 1.17 - ≥ 5.34	3.34	1.65	Moderate



The relationship between overall job crafting and overall work engagement

There was a significant, positive relationship between overall job crafting and overall work engagement ($r_s = 0.68$, $p < .001$) (Table 3).

Table 3 The relationship between overall job crafting and overall work engagement
($n = 408$)

	Overall job crafting
Overall work engagement	0.68*

* $p < .001$

Discussion

The results of this study showed that nurses in HMU hospitals perceived overall job crafting at a high level, which might be due to nurses' understanding of the concept of job crafting and self-initiated application of job crafting in local hospitals. In addition, hospital settings and work environments might also provide nurses with opportunities to develop their professional abilities or actively participate in the decision-making process. Nurse managers could also individually coach nurses to reshape their jobs or provide feedback on job crafting activities.

Varying studies have reported varying levels of job crafting among nurses. For example, Baghdadi et al. (2021) found a high level of job crafting in Riyadh, Saudi Arabia. However, Shaheen and Mahmoud (2021) reported a low level of job crafting among participating nurses at Tanta University Hospital, Egypt. Huang et al. (2020) found that the mean score for overall job crafting was moderate among nurses in Chengdu, China. These different results regarding job crafting among nurses in different areas could be due to distinct hospital settings, work environments, and nurses' characteristics. Nurses who participated in this study could be taking the initiative to change their work requirements, resources, and challenges, thus reducing work hindrances. As a result, overall job crafting was at a high level.

The results showed that nurses in the surveyed hospitals perceived their overall work engagement as being at a moderate level. The results indicated that nurses in this study could focus on their own work and had a strong sense of dedication. Our findings are consistent with those of Cruz et al. (2021), who reported an average level of overall nurses' work engagement in Saudi Arabia. This finding differs from that of previous studies. Another study conducted in a hospital in China demonstrated an average level of work engagement among emergency nurses (Li et al., 2021). Emergency nurses usually have a heavy workload due to the complicated and emergent clinical situations they encounter in the emergency room. They, therefore, need to have more vigor and focus on their work to increase their level of work engagement (Li et al., 2021).

However, in this study, few nurses worked in the emergency room (1.23%) or operating room (9.31%) which resulted in a decline in work engagement. A low level of work engagement



negatively impacts healthcare quality, nurse motivation and retention, patient mortality, and hospital profitability. Even if the present study reported an average, but not low, level of overall work engagement, nurse managers and hospital administrators should still take it seriously and find areas in which to improve work engagement.

The results showed a significant positive relationship between job crafting and work engagement. This relationship implies that self-initiated adjustments in job crafting can increase nurses' work engagement. In the surveyed hospitals, nurse managers promoted teamwork and encouraged nurses to actively participate in the decision-making process and continuously pursue professional development activities. These strategies appeared to be effective in helping nurses develop their abilities, enhance their commitment to learning new things about their work, and maximize their full capacity with the effective and efficient use of available resources. Therefore, participants in this study had a high level of job crafting and were proactive in mobilizing resources and facing challenges at work.

However, the nurses reported a moderate level of work engagement, indicating inadequate vigor, dedication, and absorption in their work. Given the participants' favorable reports regarding work resources and social identity, nursing leaders should integrate and optimize resources and actively recognize and encourage nurses to improve their work engagement. For example, nursing leaders could organize dayshift and nightshift systems so that nurses have enough rest time to stay active, optimize existing resources, continuously develop new opportunities to help nurses improve themselves, and give nurses appropriate encouragement and recognition so that they are more willing to contribute to their work.

Application of research findings

The results of this study imply that nurse managers who support nurses in fostering skills for job crafting and conducting subsequent job crafting behaviors can witness apparent improvement in terms of nurses' work engagement. Therefore, nurse managers should encourage nursing staff to explore meaningfulness in their routine jobs and transform their work behavior to match their own development goals with those of their organizations. In addition, nurse managers should support nurses' effective and efficient application of related resources at work. This is a useful tactic to encourage nurses to be active in the decision-making process and constantly improve their professional capacity. In this way, a rational working climate can be cultivated to enhance nurses' performance regarding job crafting and work engagement.

Suggestions for further research

According to this study's findings, the researcher proposes the following recommendations:

1. Studies on job crafting and work engagement can be explored in different samples of nurses, including nurse managers, staff nurses, and new nurses.
2. Further studies are necessary to investigate job crafting and work engagement in different types of hospitals and in hospitals in different areas in China.



3. The predictive study of work engagement can be implemented in China and factors related to work engagement can be conducted in future research.

References

- Baghdadi, N. A., Farghaly Abd-EL Aliem, S. M. F., & Alsayed, S. K. (2021). The relationship between nurses' job crafting behaviours and their work engagement. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 214-219. <https://doi.org/10.1111/jonm.13141>
- Crawford, E. R., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 834-848. <https://doi.org/10.1037/a0019364>
- Cruz, J. P., Alquwez, N., & Balay-Odao, E. (2021). Work engagement of nurses and the influence of spiritual climate of hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 279-287. <https://doi.org/10.1111/jonm.13492>
- Eltaybani, S., Noguchi-Watanabe, M., Igarashi, A., Saito, Y., & Yamamoto-Mitani, N. (2018). Factors related to intention to stay in the current workplace among long-term care nurses: A nationwide survey. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 118-127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.008>
- Fong, T. C. T., & Ng, S. M. (2012). Measuring engagement at work: Validation of the Chinese version of the Utrecht Work Engagement Scale. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(3), 391-397.
- Huang, Q., Wichaikhum, O. A., & Nantsupawat, A. (2020). Job crafting and organizational commitment of nurses in Chengdu University Hospitals, the People's Republic of China. *Nursing Journal*, 47(2), 486-501.
- Kuijpers, E., Kooij, D. T. A. M., & van Woerkom, M. (2020). Align your job with yourself: The relationship between a job crafting intervention and work engagement, and the role of workload. *Journal of Occupational Health Psychology*, 25(1), 1-16. <https://doi.org/10.1037/ocp0000175>
- Li, B., Zhang, Q., Li, F., Tang, N. F., Zhang, L., Zang, G., Jia, M., & Lou, X. P. (2021). Analysis of the current situation and influencing factors of 425 emergency department nurses' work commitment. *Journal of Nursing*, 23, 62-66. <https://doi.org/10.16460/j.issn1008-9969.2021.23.062> (in Chinese)
- Mróz, J., & Kaleta, K. (2016). Relationships between personality, emotional labor, work engagement and job satisfaction in service professions. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(5), 767-782.
- Paulik, K. (2020). Some psychological factors related to work engagement in teachers. *The New Educational Review*, 59(1), 203-213.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. B. (2003). Utrecht work engagement scale: Preliminary manual. *Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University, Utrecht*, 26(1), 64-100.



- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). *Utrecht work engagement scale-9 (UWES-9)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t05561-000>
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Shaheen, R. A., & Mahmoud, S. A. (2021). Relation between job crafting, nurses' job satisfaction and counterproductive work behaviors. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(3), 1497-1515. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.197202>
- Tims, M., & Bakker, A. B. (2010). Job crafting: Towards a new model of individual job redesign. *SA Journal of Industrial Psychology*, 36(2), a841. <https://doi.org/10.4102/sajip.v36i2.841>
- Tims, M., Bakker, A. B., & Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80(1), 173–186. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.05.009>
- Tong, L. (2018). Relationship between meaningful work and job performance in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 24(2), e12620. <https://doi.org/10.1111/ijn.12620>
- Vermooten, N., Boonzaier, B., & Kidd, M. (2019). Job crafting, proactive personality and meaningful work: Implications for employee engagement and turnover intention. *SA Journal of Industrial Psychology*, 45, a1567. <https://doi.org/10.4102/sajip.v45i0.1567>
- World Health Organization. (2018). *Global health workforce statistics database. The global health observatory*, World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>
- Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis*. Harper International.



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital, Sichuan Province, the People's Republic of China*

ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน*

Dan	Yu**	แดน	ยู**
Chomphoonut	Srirat***	ชมพูนุท	ศรีรัตน์***
Chiraporn	Tachaudomdach****	จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช****

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients experiencing various distressed symptoms may seek strategies to relieve or get rid of these symptoms. The purposes of this study were to explore the symptom experiences and symptom management strategies of persons with COPD. 303 participants were recruited from a tertiary hospital in Sichuan, the People's Republic of China. Research questionnaires were composed of demographic information and a clinical information form; the Memorial Symptom Assessment Scale, Chinese version (MSAS-Ch); and the COPD Symptom Management Strategies Questionnaire developed by the researchers and validated by six experts with a mean item-content validity index (I-CVI) of .84. The reliability, calculated by product moment correlation coefficient, was .89 for the MSAS-Ch, and .97 for the COPD Symptom Management Strategies Questionnaire. Descriptive statistics were used to analyze data.

The results showed 32 symptom experiences. The top three by the average of frequency, severity and distress scores were shortness of breath, lack of energy, and cough (Mean = 3.96, 3.80, and 3.56, respectively). In terms of symptom management, most participants used pharmacological and non-pharmacological management strategies.

These findings provide basic information for clinical nurses to assess symptoms in every dimension and promote appropriate symptom management for people with COPD in China.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease; Symptom experiences; Symptom management; The People's Republic of China

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

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: dan_y@cmu.ac.th

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

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



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

บทคัดย่อ

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประสบกับหลายอาการที่ทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจจะต้องหาวิธีการบรรเทาหรือกำจัดอาการเหล่านั้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจประสบการณ์อาการและกลยุทธ์การจัดการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกจากโรงพยาบาลตติยภูมิ ในมณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 303 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินอาการฉบับภาษาจีน และแบบประเมินการจัดการอาการ สร้างโดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อ เท่ากับ .84 ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่า product moment correlation coefficient ของแบบประเมินอาการฉบับภาษาจีน และแบบประเมินการจัดการอาการได้เท่ากับ .89 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์อาการทั้งหมดมี 32 อาการ ค่าเฉลี่ยของความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน 3 อันดับแรก ได้แก่ หายใจสั้น หดพลัง และ ไอ (ค่าเฉลี่ย = 3.96, 3.80 และ 3.56 ตามลำดับ) สำหรับการจัดการอาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลยุทธ์การจัดการด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา

ผลของการศึกษานี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในคลินิก เพื่อประเมินอาการที่เกิดขึ้นในทุกมิติ และส่งเสริมการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศจีน

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ สาธารณรัฐประชาชนจีน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
email: dan_y@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 31 สิงหาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 10 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 28 10 ธันวาคม 2566



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

Background and significance

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a heterogeneous lung condition characterized by chronic respiratory symptoms (dyspnea, cough, sputum production and/or exacerbations) due to the abnormality of the airways (bronchitis or bronchiolitis) and/or alveoli (emphysema) that cause persistent, often progressive, airflow obstruction (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2023). In 2017, 300 million cases of COPD were reported worldwide, and China ranked third in the world (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). Based on the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2023, a COPD patient experiences changes in pathophysiology, including airflow limitation and gas trapping, gas exchange abnormalities, mucus hypersecretion, pulmonary hypertension, exacerbation, and systemic features.

When COPD patients experience a variety of symptoms, their lives are affected. A previous study reported that COPD symptom experiences including coughing, hypersecretion of sputum, wheezing, and chest tightness had a negative impact on health status, quality of life, and daily activities. Additionally, COPD symptom experiences increased levels of anxiety and depression, as well as increasing the risk of aggravation and poor prognosis of the disease (Doyle et al., 2013). Symptom management for COPD refers to the actions or methods that persons with COPD apply to relieve or rid themselves of distress symptoms. Current management strategies for COPD mainly include pharmacological interventions and nonpharmacological interventions (O'Donnell et al., 2020). Previous research has shown that symptom management measures including bronchodilator, sports training, smoking cessation, oxygen, respiratory muscle exercise, pulmonary rehabilitation training, Tai Chi, and Qigong could relieve or ameliorate dyspnea, improve exercise capacity, relieve levels of anxiety and depression, and reduce a patient's helplessness (O'Donnell et al., 2020; Xu et al., 2018).

Studies in other countries have shown that disease perception, coping style, and symptom severity are closely related and will affect patients' symptom experience; however, the internal relationships between these have not been clarified (Chatreewanakul et al., 2022). At present, the research on disease perception and symptom management in China has mainly focused on breast cancer, hypertension, chronic kidney disease, cancer patients, and hepatitis B patients (Chang et al., 2019). In China, studies on COPD symptoms have mainly focused on core symptom clusters, quality of life, and single symptoms. In terms of management, studies have mainly focused on the status quo of self-management, self-management compliance, and self-management levels (Wu et al., 2021). However, the research on COPD symptom experience and symptom management is still insufficient. A cross-sectional study of people aged 40 and above in seven regions of China showed that the incidence of COPD is higher in southwest China than in other places, where Sichuan is located. As the basin terrain includes more rainy weather throughout the year, there may be a relationship to COPD incidence. Therefore, more research is



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital, Sichuan Province, the People's Republic of China

ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

necessary in Sichuan.

Patients with COPD experience a variety of symptoms that can worsen or become life-threatening if not controlled in time; on the other hand, appropriate management can control the disease progression, reduce hospitalization rates, and improve quality of life (Chatree-watanakul et al., 2022). Therefore, in this study, the symptom management model proposed by Dodd et al. (2001) was used to combine symptom experience and symptom management techniques to explore how COPD patients managed their symptoms experienced at home. The findings of this study provide an exploration of symptom experiences and symptom management strategies among persons with COPD.

Research objectives

This study aimed to explore symptom experiences and symptom management strategies among patients with COPD in Chengdu, the People's Republic of China.

Conceptual framework

The conceptual foundation of this study was modified from the Revised Symptom Management Model (Dodd et al., 2001) using the concept of symptom experiences and symptom management strategies. COPD patients will experience a variety of symptoms. If management strategies are not in place, this can lead to repeated recurrence and hospitalization, seriously affecting patients' quality of life, but also causing a huge economic burden for society (Wu et al., 2021). Symptom experience is the self-report of individual COPD patients in terms of perceived changes in biology, psychology, social functioning, or cognition. It is composed of perception of symptoms, evaluation of symptoms, and response to symptoms (Dodd et al., 2001). While experiencing multiple symptoms at home, persons with COPD will seek out management strategies for relieving or eliminating those symptoms. Symptom management refers to the implementation of various measures by these patients to mitigate or eliminate negative effects. Management strategies include pharmacological management and non-pharmaceutical management, and when these are effective at relieving or eliminating symptoms, persons with COPD will tend to apply them.

Methods

Population and sample

The target population included patients diagnosed with COPD stage 3 or 4 for more than 6 months who were older than 40 years old and could communicate in Chinese language. In addition, their participation in the study was voluntary. They were excluded if they had chronic heart failure or lung cancer, as indicated in their medical records, or if they were physically/mentally dependent individuals.



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

The sample size was calculated using Yamane's (1967) formula resulting in a total of 303 COPD patients included for the study.

Research instruments

The research instruments were divided into three sections.

Part 1: The demographic data and clinical information form was developed by the researcher based on the literature review.

Part 2: The Revised Memorial Symptom Assessment Scale, Chinese version (MSAS-Ch), was created by Portenoy et al. (1994) and translated into Chinese by Cheng et al. (2009). It was composed of 32 elements covering three dimensions: physical symptoms, psychological symptoms, and total distress index. The MSAS-Ch achieved a content relevancy CVI of .94 and a semantic equivalence CVI of .94. The correlation between test-retest results of the Memorial Symptom Assessment Scale, Chinese version (MSAS-Ch), for COPD was .89, and it was used to measure the symptom experiences of persons with COPD.

Part 3: The COPD Symptom Management Strategies Questionnaire was developed by the researcher and advisor based on COPD patients' common symptoms, namely dyspnea/shortness of breath, fatigue/lack of energy, cough, anxiety/worrying, sleep problems, feeling drowsy, dry mouth, pain, feeling bloated, and feeling sad. It was used to measure the symptom management strategies among patients with COPD.

There were two main types of management for each symptom: pharmacologic and non-pharmacologic. Each type was classified into specific management methods. Each of these items could be selected as "Used" or "Not Used". If "Used" was selected, choices were provided which showed how well symptoms were being managed: "Getting Rid of Symptoms", "Relieved Symptoms", "Remaining Symptoms", "Worsen Symptoms", and "Uninterpretable Effectiveness". In addition to other symptoms, the patient reports using specific measures of medication and non-medication management. The I-CVI of this questionnaire was .84 while the correlation between test-retest results was .97.

Ethical considerations

The study was approved by the Faculty of Nursing's Institutional Review Board (IRB) at Chiang Mai University in Thailand, with the following code: 2022-EXP061. The directors of nursing at Chengdu Fifth People's Hospital then granted approval for data collection. The participants were informed that they had the right to participate, the right to refuse, and the right to withdraw from the study at any time. Those who agreed to participate were asked to sign an informed consent form before the collecting of data began.

Data collection

The participants were recruited from the outpatient department at the Chengdu Fifth People's Hospital, Sichuan with consent obtained from the hospital's nursing department before data collection. The researcher selected prospective participants from the clinical records in the



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

computer system by reviewing their clinical data, and then met them in a quiet, private meeting room in the outpatient department while they were waiting to see the doctor.

The researcher explained the study's methods, benefits, and ethical considerations to the individuals who had agreed to participate. Next, the participants were interviewed using the developed questionnaires. The researcher read the questions to participants without giving any further explanation to prevent bias, and the process took approximately 30 minutes. Clinical data were collected from the medical records on the computer system. The researchers collected and checked the completed consent forms and questionnaires on the spot. The response rate for the questionnaires was 303/303 (100.00%).

Data analysis

Descriptive statistics were used to analyze data with the statistical level of significance at .05.

Results

The Characteristics of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Of 303 participants, the age range was 40 to 88 years (Mean = 71.66, SD = 8.85). Regarding gender, 192 (63.37%) were males, and 111 (36.63%) were females. Moreover, 298 participants were married (95.38%), while 253 (83.50%) had a junior high school education or below. Regarding occupation, 169 (55.78%) were farmers and 64 (21.12%) were workers. In this survey, 179 (59.07%) participants had rural medical treatment insurance, and 123 (40.59%) participants had medical insurance for urban residents. Most of them lived with a partner. Only 104 (34.32%) participants had never smoked, and most participants had smoked or still smoked. Most participants (209; 68.98%) had a duration of disease within 10 years. (Table 1)

Table 1 The Characteristics of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Demographic Characteristics	Frequency (n)	Percentage (%)
Age group		
40-50	5	1.65
51-60	35	11.55
61-70	85	28.05
71-80	128	42.25
>81	50	16.50
Age (years) (M = 71.66, SD = 8.85, Range = 40 - 88)		
Gender		
Male	192	63.37
Female	111	36.63



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

Table 1 The Characteristics of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Continue)

Demographic Characteristics	Frequency (n)	Percentage (%)
Education background		
Bachelor's degree	7	2.31
Associate degree	43	14.19
Junior high school or below	253	83.50
Occupation		
Worker	64	21.12
Farmer	169	55.78
Manager	41	13.53
Technician	28	9.24
Other	1	0.33
Types of medical expenses		
At public expense	1	0.33
Medical insurance for urban residents	123	40.59
Rural medical treatment insurance	179	59.08
Living arrangement		
Live alone	16	5.28
Live with a partner	173	57.10
Live with children	114	37.62
History of smoking		
Never smoking	104	34.32
Gave up smoking	188	62.05
Still smoking	11	3.63
Disease duration (years)		
<5	92	30.36
6-10	117	38.62
11-20	50	16.50
>21	44	14.52

Symptom Experiences of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

The averages for frequency, severity, and distress were sorted, in order. The mean score for total symptom experience was 2.45. The top seven symptoms were shortness of breath (3.96), lack of energy (3.80), cough (3.56), problems with urination (3.18), pain (3.15), difficulty sleeping (3.13) and constipation (3.08). The scoring of the MSAS yields several subscale scores, including a Physical Symptom subscale score (PHYS), a Psychological Symptom subscale score (PSYCH), and a Global Distress Index (GDI). For the PHYS, the top three symptoms were lack of energy (3.80),



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital, Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

pain (3.15), and constipation (3.08); for the PSYCH, the top three symptoms were difficulty sleeping (3.13), worrying (2.63), and feeling sad (2.62); for the GDI, the top three symptoms were lack of energy (3.80), pain (3.15), and constipation (3.08). (Table 2)

Table 2 Symptom Experiences of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Symptoms	Prevalence n (%)	Frequency	Severity	Distress	Average of Frequency, Severity and Distress scores
Shortness of breath	303 (100.00)	3.96	3.96	3.97	3.96
Lack of energy	303 (100.00)	3.79	3.79	3.83	3.80
Cough	293 (96.70)	3.54	3.54	3.60	3.56
Problems with urination	74 (24.42)	3.18	3.16	3.21	3.18
Pain	157 (51.82)	3.15	3.14	3.17	3.15
Difficulty sleeping	201 (66.34)	3.10	3.10	3.18	3.13
Constipation	55 (18.15)	-	3.09	3.07	3.08
Physical Symptom subscale score (PHYS)					
Lack of energy	303 (100.00)	3.79	3.79	3.83	3.80
Pain	157 (51.82)	3.15	3.14	3.17	3.15
Constipation	55 (18.15)	-	3.09	3.07	3.08
Psychological Symptom subscale score (PSYCH)					
Difficulty sleeping	201 (66.34)	3.10	3.10	3.18	3.13
Worrying	66 (21.78)	2.67	2.62	2.61	2.63
Feeling sad	59 (19.47)	2.66	2.64	2.56	2.62
Global Distress Index (GDI)					
Lack of energy	303 (100.00)	3.79	3.79	3.83	3.80
Pain	157 (51.82)	3.15	3.14	3.17	3.15
Constipation	55 (18.15)	-	3.09	3.07	3.08

The COPD Symptom Management Strategies of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

The results also showed COPD patients' management strategies in terms of different symptoms. For dyspnea/shortness of breath, medication management measures such as bronchodilator (297; 98.01%), mucolytic (286; 94.39%), and inhaled corticosteroid (265; 87.46%) were reported to be effective for relieving symptoms. In addition, 301 (99.34%) patients reported that oxygen therapy was able to relieve symptoms. Other forms of non-pharmacologic management,



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

such as diaphragmatic breathing or the pursed-lips technique, were used by less than 30%. For fatigue/lack of energy, 217 (71.62%) patients adopted nutritional support, with 213 (70.30%) of them reporting that it could relieve symptoms. For cough, 258 (88.05%) patients used an expectorant with an effectiveness rate of 86.35%; 250 (85.32%) patients avoided passive smoking, and the rate of effectiveness was 84.64%. For anxiety, 65 people adopted positive thinking (98.48%) while all of them got support from family and friends (100.00%), and 60 (90.91%) patients reported that they experienced an alleviation of symptoms. (Table 3)

Table 3 The COPD Symptom Management Strategies of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Symptoms	Frequency/ Percentage n (%)	Management Strategies	Used Frequency/ Percentage (%)	Not used Frequency/ Percentage (%)	Effectiveness		
					Getting rid of symptoms	Relieved symptoms	Remaining symptoms
1. Dyspnea/ Shortness of breath	303 (100.0)	1. Bronchodilator	297 (98.01)	6 (1.98)		297 (98.01)	
		2. Mucolytic	286 (94.39)	17 (5.61)		286 (94.39)	
		3. Inhaled corticosteroid	265 (87.46)	38 (12.54)		265 (87.46)	
		4. Oxygen therapy	301 (99.34)	2 (0.66)		301 (99.34)	
2. Fatigue/ Lack of energy	303 (100.00)	1. Exercise and physical training	114 (37.62)	189 (62.38)		111 (36.63)	3 (0.99)
		2. Self- management education programs	143 (47.19)	160 (52.81)		141 (46.53)	2 (0.66)
		3. Nutritional support	217 (71.62)	86 (28.38)		213 (70.30)	4 (1.32)
3. Cough	293 (96.70)	1. Expectorant	258 (88.05)	35 (11.95)		253 (86.35)	5 (1.71)
		2. Effective cough training	157 (53.58)	136 (46.42)		155 (52.90)	2 (0.68)
		3. Avoiding passive smoking	250 (85.32)	43 (14.68)		248 (84.64)	2 (0.68)
4. Anxiety/ Worrying	66 (21.78)	1. Positive thinking	65 (98.48)	1 (1.52)		60 (90.91)	5 (7.58)
		2. Support from family and friends	66 (100.00)			60 (90.91)	6 (9.09)



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

Discussion

Rate of Symptom Experiences

The findings showed the prevalence of symptom experiences within a range of 0 to 100%. The top five symptoms in this study were shortness of breath (303; 100%), lack of energy (303; 100%), cough (293; 96.7%), dry mouth (208; 68.65%), and difficulty sleeping (201; 66.34%), findings which were basically consistent with existing studies (Wu et al., 2021; Yang et al., 2021). Shortness of breath and cough are typical symptoms of COPD patients, and the higher incidence and severity in this study may be due to the fact that these participants were stage 3 and 4 COPD patients whose lung function had declined more than stage 1 patients. They had more blockage in the small bronchus and more airflow restriction, and the degree of shortness of breath was more severe. Therefore, clinical workers should pay attention to assessment and early intervention to relieve small airway obstruction and reduce patients' respiratory symptoms.

In addition, 253 (83.50%) of the patients in this sample had an education level of high school or below and did not understand the benefits of respiratory function exercise and physical exercise for lung function. Therefore, many of them may refuse to exercise, further aggravating fatigue. Age was another factor as 263 (86.80%) patients were over 60 years old, and their energy was in decline. Regarding the fifth symptom, 201 (66.3%) participants suffered from difficulty sleeping. Patients with COPD may have sleep problems and difficulty maintaining sleep due to changes in nighttime ventilation and respiratory symptoms. Impaired lung function and hyperinflation could exacerbate sleep disturbances (Clímaco et al., 2022). In addition, frequent cough and sputum could also lead to sleep difficulties. In this study, 96.7% of the population had symptoms of cough and sputum. In addition, patients in stages 3 and 4 had serious COPD symptoms, all of which could lead to sleep difficulties.

Average of Frequency, Severity and Distress Scores for All 32 Symptoms

According to the current study, the mean score for total symptom experience was 2.45. Shortness of breath (3.96), lack of energy (3.80), and cough (3.56) were the most frequent, severe and distressful symptoms. These findings are consistent with the findings in a domestic study by Yang et al. (2021). Dyspnea causes patients to experience respiratory muscle fatigue. Moreover, patients are encouraged to reduce/avoid activities to avoid worsening dyspnea. These actions can cause the patient to further aggravate the dyspnea symptoms. At the same time, COPD patients have airway inflammation and increased sputum volume, so the vast majority of patients experience coughing (Wu et al., 2021). In this study, patients were older than 60 years, and their ability to manage their symptoms had decreased.

Average of Frequency, Severity and Distress Subscale Scores of the Subjects

The current study showed that COPD patients had different symptoms as shown by the Symptom Memory Assessment Scale scores. The (MSAS-Ch) yields several subscale scores,



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

included a physical symptom subscale score (PHYS), a psychological symptom subscale score (PSYCH), and a Global Distress Index (GDI).

Compared with previous studies, the top three symptoms of the PHYS were lack of energy (3.80), pain (3.15), and constipation (3.08) (Zhang et al., 2021). Lack of energy might be due to hypoxemia and decreased lung function. In this study, patients at stages 3 or stage 4, had obvious symptoms of dyspnea. The lack of oxygen made them less mobile while old age also caused them to lose vitality. The higher degree of pain may be related to age because most elderly people with multiple underlying diseases may have osteoporosis, causing pain. Another reason might be related to chest pain caused by frequent coughing or acute exacerbation (Jany, 2017). In this study, the high degree of distress of constipation symptoms could be due to the lack of energy in most elderly patients which could lead to slow gastrointestinal peristalsis, resulting in constipation and poor appetite (Lucak et al., 2021). This study suggested that clinicians should not only pay attention to patients with COPD-related symptoms, but also pay attention to patients with constipation, instructing them to strengthen their gastrointestinal function through exercise and to eat a high-fiber diet.

For the PSYCH, the top three symptoms were difficulty sleeping (3.13), worrying (2.63), and feeling sad (2.62). These findings confirm the higher psychological symptoms experienced by COPD patients and is consistent with previous findings (Yang et al., 2021). On one hand, it could be related to disease duration. Most patients' in this study had lived with COPD for more than 5 years. Long-term dyspnea, cough, fatigue and other symptoms were the main causes of anxiety and sadness (Fei et al., 2022). On the other hand, long-term illness requires the companionship of family members. Because they cannot live as normal people and are disconnected from society, this could also cause anxiety. The financial burden of chronic illness is another factor contributing to worrying and feeling sad (Vogelmeier et al., 2020). Although participants in the study (more than half of them) had insurance related to rural medical insurance, the reimbursement rate was not high. Moreover, stage 3 and stage 4 COPD patients in this study had severely impaired lung function, with airflow restriction, coughing, and other symptoms. In addition, many people had anxiety and fear, which can aggravate sleep disorders (Fei et al., 2022).

For the GDI, the top three symptoms were lack of energy (3.80), pain (3.15), and constipation (3.08). The findings are consistent with those of the PHYS subgroup. Although the MSAS scale was originally developed to measure symptoms in cancer patients, the COPD-related symptoms were not evident in the subgroup. Therefore, developing scales specific to COPD symptom experience is a direction for future research.

Symptom Management

Similar to previous studies (Chatreewatanakul et al., 2022; Vogelmeier et al., 2020), effective measures towards dyspnea/ shortness of breath taken in this study were pharmacological



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

management strategies, such as a bronchodilator, mucolytic, and inhaled corticosteroid (297, 98.01%; 286, 94.39%; and 265, 87.46%, respectively). Additionally, an appropriate oxygen therapy is considered for use with COPD patients. Bronchodilators can also relax muscles and dilate the bronchus, thus promoting sputum discharge, reducing breathing difficulties, improving lung function, and improving quality of life (Sobradillo Ecenarro et al., 2019). Mucolytic agents can reduce the sputum viscosity, helping them to cough it up more easily, thus reducing breathing difficulties and disease aggravation and improving patient comfort (Poole et al., 2019).

Inhaled corticosteroids (anti-inflammatory agents) can improve the patient's lung function and health (Kaplan, 2020). The longer the course of disease, the higher the adherence will be. After taking medication, symptoms can quickly be relieved. Moreover, applying oxygen can relieve dyspnea symptoms. However, respiratory rehabilitation such as diaphragmatic breathing and the pursed-lips technique is not used frequently enough. This may be because some patients do not know how to perform respiratory rehabilitation. It is possible that in this study, they were less educated on this technique and could not understand it.

Compared with previous studies (Chatreewatanakul et al., 2022), the main non-pharmacologic management strategies in this study for fatigue/lack of energy were nutritional support, self-management education programs, and exercise and physical training. The community regularly conducted self-management education to help patients better manage their symptoms (Yadav et al., 2020). For example, some communities or hospitals organized patients to participate in popular science lectures, and professional personnel guided patients on how to do respiratory exercises, walking, tai chi, strength training and other activities which could increase patients' physical strength and reduce their fatigue. In addition, most patients lived with their families, and were well cared for, with family members preparing adequate nutrition for them. Chinese medical staff instructed patients to eat small meals high in energy, protein, and vitamins, and to avoid irritating foods.

For cough, the main management strategies were expectorant, avoiding passive smoking, and effective cough training, similar to a previous study (Fu et al., 2021). Expectorant, in addition, can help to expel sputum, reduce sputum viscosity, and make it easy to cough up. Furthermore, it can reduce the risk of infections and inflammation as well as reduce COPD exacerbation (Poole et al., 2019). Most patients had suffered from COPD for more than five years and they knew the importance of taking expectorants consistently, resulting in high compliance in COPD patients.

Smoking cigarettes causes airway remodeling, leading to narrow airways and inflammatory responses which produce large amounts of sputum (Xu et al., 2018). In this study, most patients gave up smoking or had never smoked, indicating that they might know about smoking dangers and tried to avoid passive smoking, which could help reduce coughing. Effective cough training helps COPD patients to smoothly expel sputum and maintain airway patency through cough techniques. Nurses should instruct the patients to perform cough training in order to help them



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

expel phlegm.

The main management strategies for anxiety/worrying were support from family and friends and positive thinking. Participants had good family and social support systems. In daily life, family and friends could also help patients with COPD manage symptoms. Positive thinking and avoiding negative emotions were important for overcoming psychological problems and improving self-efficacy (Wu et al., 2021). Positive thinking could help COPD patients create positive emotions and improve their awareness of their own abilities and strengths, thus improving their ability to cope with stress and anxiety (Wu et al., 2021). Good family support can alleviate patients' feelings of loneliness and helplessness and have a positive effect on patients' crisis, stress, and conflict management, thus reducing anxiety and depression (Doyle et al., 2013).

Application of research findings

The findings of this study share the symptom experiences and symptom management strategies in persons with COPD to nurses in Chengdu, Sichuan. These findings can help nurses have a better understanding of symptom experiences and symptom management strategies, leading nurses to tailor optimal health approaches to patients to help relieve those symptoms.

Suggestions for further research

There is a need to study the symptom experience and symptom management strategies of persons with COPD in different settings as this would help better generalization of symptom experiences and symptom management strategies. Research on factors related to symptom experiences and symptom management strategies should be further explored in order to provide relevant nursing care to persons with COPD in the future.

References

- Chang, L., Zhang, J., Wang, Y., & Li, X. M. (2019). Effect of comprehensive nursing intervention on postoperative stigma and coping style of patients with modified radical mastectomy for breast cancer. *Chinese Nursing Research*, 33(16), 2793-2797.
- Chatreewatanakul, B., Othaganont, P., & Hickman, R. L. (2022). Early symptom recognition and symptom management among exacerbation COPD patients: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 63, 151522. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151522>
- Cheng, K. K., Wong, E. M., Ling, W. M., Chan, C. W., & Thompson, D. R. (2009). Measuring the symptom experience of Chinese cancer patients: A validation of the Chinese version of the memorial symptom assessment scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(1), 44-57.



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

- Clímaco, D. C. S., Lustosa, T. C., de França Pereira Silva, M. V., Lins-Filho, O. L., Rodrigues, V. K., de Oliveira-Neto, L. de A. P., Feitosa, A. D. M., Jr, F. J. P. Q., Cabral, M. M., & Pedrosa, R. P. (2022). Sleep quality in COPD patients: Correlation with disease severity and health status. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 48(3), e20210340. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210340>
- 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.
- Doyle, T., Palmer, S., Johnson, J., Babyak, M. A., Smith, P., Mabe, S., Welty-Wolf, K., Martinu, T., & Blumenthal, J. A. (2013). Association of anxiety and depression with pulmonary-specific symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 45(2), 189–202.
- Fei, F., Koffman, J., Zhang, X., & Gao, W. (2022). Chronic obstructive pulmonary disease symptom cluster composition, associated factors, and methodologies: A systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(4), 395–415.
- Fu, Y., Dai, A., Dong, L., & Ning, K. (2021). Efficacy and safety of expectorant/antioxidants in the treatment of COPD: Network meta-analysis. *China Pharmacy*, 32(22), 2778–2784. <https://journal.china-pharmacy.com/en/article/27620877/>
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease* [2020 report]. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf
- Jany, B. (2017). Pneumologische ursachen für thoraxschmerz [Pulmonary causes of chest pain]. *Der Internist*, 58(1), 22–28.
- Kaplan, A. G. (2020). Inhaled corticosteroid treatment in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Boon or Bane? *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 33(2), 289–302.
- Lucak, S., Lunsford, T. N., & Harris, L. A. (2021). Evaluation and treatment of constipation in the geriatric population. *Clinics in Geriatric Medicine*, 37(1), 85–102.
- O'Donnell, D. E., Milne, K. M., James, M. D., de Torres, J. P., & Neder, J. A. (2020). Dyspnea in COPD: New mechanistic insights and management implications. *Advances in Therapy*, 37(1), 41–60.



Symptom Experiences and Symptom Management of Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Tertiary Hospital,
Sichuan Province, the People's Republic of China
ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

- Poole, P., Sathananthan, K., & Fortescue, R. (2019). Mucolytic agents versus placebo for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD001287. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001287.pub6>
- 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. (1994). The memorial symptom assessment scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 30A(9), 1326–1336. [https://doi.org/10.1016/0959-8049\(94\)90182-1](https://doi.org/10.1016/0959-8049(94)90182-1)
- Sobradillo Ecenarro, P., García-Rivero, J. L., & López Caro, J. C. (2019). El tratamiento broncodilatador en la prevención de las exacerbaciones de la EPOC [Bronchodilator therapy in the prevention of COPD exacerbations]. *Semergen*, 45(7), 479–488.
- Vogelmeier, C. F., Román-Rodríguez, M., Singh, D., Han, M. K., Rodríguez-Roisin, R., & Ferguson, G. T. (2020). Goals of COPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations. *Respiratory Medicine*, 166, 105938. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.105938>
- Wu, S. Y., Cao, L. M., & Xiao, Y. (2021). Correlation between symptom experience and self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *General Practice Nursing*, 13, 1807-1810. (in Chinese).
- Xu, Z., Liu, J., & Wang, Y. (2018). Effect of respiratory function training and effective cough on the sputum excretion of COPD patients. *China & Foreign Medical Treatment*, 9, 140-142. https://caod.oriprobe.com/articles/53659536/hu_xi_gong_neng_duan_lian_ji_you_xiao_ke_su_dui_co.htm
- Yadav, U. N., Lloyd, J., Hosseinzadeh, H., Baral, K. P., Bhatta, N., & Harris, M. F. (2020). Self-management practice, associated factors and its relationship with health literacy and patient activation among multi-morbid COPD patients from rural Nepal. *BMC Public Health*, 20(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8404-7>
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper and Row.
- Yang, Z., Cui, M. L., Zhang, X., & Tan, G. (2021). Symptom clusters of patients with chronic obstructive pulmonary disease and its correlation with the levels of inflammatory biomarkers. *Chinese Nursing Research*, (7), 1134-1139. <https://caod.oriprobe.com/order.htm?id=60882206&ftext=base>
- Zhang, D. D., Liu, J. N., Ye, Q., Chen, Z., Wu, L., Peng, X. Q., Lu, G., Zhou, J. Y., Tao, R., Ding, Z., Xu, F., & Zhou, L. (2021). Association between socioeconomic status and chronic obstructive pulmonary disease in Jiangsu Province, China: A population-based study. *Chinese Medical Journal*, 134(13), 1552–1560.



Mental Distress, Associated Factors, and Mental Distress Management Among Muslim Mothers of Infants Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit

ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิม ที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

นิซัลวา	จะปะเกีย*	Nisalwa	Japakeeya*
จินห์จุทา	ส้มเกิด**	Jinjuta	Somkird**
ปรียา	แก้วพิมล***	Preeya	Keawpimon***

Abstract

Mental distress perspectives and coping with a situation depend on religion, beliefs, and culture. The purposes of this study were to describe mental distress, its associated factors, and coping distress management among Muslim mothers of infants hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) using qualitative research. Twenty-five Muslim postpartum mothers of infants admitted to a NICU during the previous seventy-two hours were recruited for this study as informants, selected through the purposive sampling method. Data were collected through in-depth interviews, observations, and field notes. Data was analyzed according to the Colaizzi method, and the participants themselves thoroughly reviewed the participants' data.

The results demonstrated that mental distress, described as stress, fears, and anxiety, is caused by factors related to four main categories: 1) maintaining calm through faith includes: (1.1) belief in the Doom and Divine Decree, (1.2) being patient, (1.3) Dua, (1.4) Zikrullah recitation, (1.5) Prayer, and (1.6) listening to Al-Quran; 2) the child's condition; 3) family support; and 4) communication of the medical team.

The study results reflect the experience of maternal beliefs and faith in religion, which can be used as information for cultural nursing care to promote mental distress coping for Muslim postpartum mothers of infants admitted to a NICU to be more effective.

Keywords: Mental distress; Factors associated with distress; Coping distress; Muslim mothers; Neonatal intensive care unit

* Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus; email: nisalwa.j@psu.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

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



Mental Distress, Associated Factors, and Mental Distress Management Among Muslim Mothers of Infants Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit

ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

บทคัดย่อ

ศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรมมีผลต่อมุมมองความทุกข์ทางจิตใจ และความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาหลังคลอดมุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาตัวแล้วอย่างน้อย 72 ชั่วโมง จำนวน 25 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนโคไลซ์ซี โดยผ่านขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า มารดาสะท้อนความทุกข์ในรูปแบบของความเครียด กลัว และวิตกกังวล โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องต่อความทุกข์ 4 ประเด็นดังนี้ 1) สภาพบุตรที่ปรากฏ 2) การไม่สามารถแสดงบทบาทมารดา 3) สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย และ 4) การสื่อสารและพฤติกรรมของบุคลากร ซึ่งมารดาสามารถปรับตัวต่อความทุกข์ทางจิตใจโดยใช้แนวทางดังนี้ 1) การรักษาความสงบทางจิตใจโดยนำหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาปรับใช้ ประกอบด้วย (1.1) การยอมรับต่อกฎสวรรค์ (1.2) การอดทน (1.3) การขออภัย (1.4) การกล่าวซิกรุลลอฮ์ (1.5) การละหมาด (1.6) การฟังอัลกุรอาน 2) การเปลี่ยนแปลงอาการของบุตร 3) การสนับสนุนจากครอบครัว และ 4) การสื่อสารจากบุคลากรทางการแพทย์

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาของมารดา และสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้การพยาบาลเชิงวัฒนธรรม เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมุสลิมที่มีบุตรป่วยสามารถปรับตัวและก้าวผ่านต่อความทุกข์ทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ การจัดการต่อความทุกข์ มารดามุสลิม หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี email: nisalwa.j@psu.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้กำเนิดทารก เป็นเรื่องน่ายินดีของมารดาและครอบครัว หากแต่การเจ็บป่วยของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตทำให้มารดาถูกแยกจากบุตรตั้งแต่แรกเกิด นับเป็นสถานการณ์วิกฤตทางจิตใจ เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่อยู่เหนือความคาดหมาย ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจเป็นอย่างมาก (Salah et al., 2018) จากสถิติพบอุบัติการณ์การเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดซึ่งเกิดจากภาวะคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 15 ล้านคนต่อปี (World Health Organization [WHO], 2022) ซึ่งในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 คนต่อปี นับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ส่งผลให้ทารกต้องเข้ารับการรักษานอกจากการเจ็บป่วยที่พบบ่อย เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ ภาวะช็อค การติดเชื้อในกระแสเลือด (Samane et al., 2022) หรือแม้กระทั่งการเจ็บป่วยของทารกคลอดครบกำหนด เช่น โรคระบบทางเดินหายใจที่ส่วนใหญ่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Paurika, 2021)

การที่มารดาถูกแยกจากบุตรตั้งแต่แรกเกิด อาจทำให้มารดาเกิดความรู้สึกช็อกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในช่วงเวลา 24-72 ชั่วโมงแรก ที่บุตรอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาเกิดข้อจำกัดในการรับข้อมูล (Grunberg et al., 2022) โดยเฉพาะในปัจจุบันได้มีการพัฒนาความก้าวหน้าในการรักษา ทำให้ทารกมีโอกาสรอดชีวิตสูง แต่ด้วยปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งอาจมีอาการแยลง เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นต้น ทำให้มารดาได้เห็นสภาพบุตรท่ามกลางเครื่องมือที่ซับซ้อนหรือบุตรอาจเสียชีวิตได้ตลอดเวลา มารดาจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ (Kumar & Mallick, 2020) อีกทั้งด้วยความรีบเร่งจากข้อจำกัดของเวลาในการเยี่ยม แต่ละครั้งของการเยี่ยม มารดาได้อยู่กับบุตรเพียงชั่วระยะหนึ่ง ทำให้แสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ไม่เต็มที่ (Amsri et al., 2019) และยังทำให้มารดาไม่ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การขาดข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาของบุตรทำให้เกิดความเครียด (Ueki et al., 2017)

จากปัญหาการเจ็บป่วยของทารก ส่วนใหญ่มารดามักใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหามากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ คือ การพยายามจัดการสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง เช่น การหาข้อมูล การคิดวิธีแก้ไข รวมถึงการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าการจัดการอารมณ์หรือการบรรเทาความเครียด (Karuna, 2018) ดังนั้นเมื่อมารดาไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับสูง (De Bernado et al., 2017) ในทางตรงกันข้ามมารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรได้ (Petchlek et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วย เช่น การระบายความรู้สึก การใช้เทคนิคการหายใจ การจินตภาพหรือการสร้างภาพในใจ (Aryouwattana, 2022) การทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัวที่มีบุตรป่วย จิตบำบัด (Bernado et al., 2021) แต่พบว่า การดูแลที่เหมาะสมควรใช้หลากหลายวิธีร่วมกัน และจากการศึกษาบริบทของมารดามุสลิมพบว่า หลักการอิสลามกำหนดให้ศรัทธาต่อกฎสภาพการณ์ของพระเจ้า หมายถึง การเชื่อมั่นว่าทุกสิ่งเกิดขึ้นตามกำหนดของอัลลอฮ์ ดังนั้นการเจ็บป่วยของบุตรจึงเป็นกฎสภาพการณ์หนึ่งที่มารดาต้องยอมรับและอดทนร่วมกับการขอพร (ดุอาอ์) ขอความคุ้มครองบุตรจากอัลลอฮ์ อันจะนำไปสู่การปล่อยวางในจิตใจ ส่งผลให้ความเครียดลดลง (Vanaleesin & Mama, 2015) ดังนั้นความเชื่อทางศาสนาจึงมีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วย (Punyoo et al., 2020) ด้วยบริบทของมารดาหลังคลอดมุสลิมจึงต้องการการรักษาที่ผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ร่วมกับการสนับสนุนในด้านความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ (Leangpunsakul, 2015)



อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหลักการศาสนาอิสลามจะบัญญัติให้มุสลิมยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่จากประสบการณ์การดูแลมารดามุสลิมที่มีบุตรป่วยพบว่า ไม่ใช่มารดาทุกรายที่จะสามารถยอมรับและปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้ด้วยตนเอง ยังพบมารดาที่แสดงถึงความทุกข์ทางจิตใจต่อการเจ็บป่วยของบุตรในระยะยาวได้

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ที่สามารถยอมรับและปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มาจากประสบการณ์โดยตรงของมารดาไปใช้เป็นแนวทางในการลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ และสามารถพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้มารดาสามารถจัดการกับความทุกข์ทางจิตใจ จากการมีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความทุกข์ทางจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดความทุกข์ทางจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต
3. เพื่อศึกษาการจัดการต่อความทุกข์ทางจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ นักวิจัยได้นำแนวคิดของ เอ็ดมันด์ ฮัสเสิร์ล (Husserl, 1965) ที่เชื่อว่ามนุษย์ตีความประสบการณ์ของตนโดยผ่านจิตสำนึก ความรู้จะอยู่ในประสบการณ์ของบุคคล และแต่ละคนจะเป็นคนสะท้อนประสบการณ์ที่ได้ประสบมาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่แท้จริงของประสบการณ์นั้น โดยที่ผู้วิจัยทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ อารมณ์ และประสบการณ์ของมารดาผ่านการสะท้อนเรื่องราวที่ได้ประสบมาโดยตรง นักวิจัยเปิดใจรับฟังอย่างตั้งใจ และหลีกเลี่ยงการนำความรู้และประสบการณ์ของนักวิจัยใส่เข้าไปในการทำความเข้าใจ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่บรรยายประสบการณ์ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์จากการสะท้อนของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจในมารดาที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ได้แก่ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย สภาพและอาการเจ็บป่วยของบุตร พฤติกรรมและการสื่อสารของบุคลากรในหอผู้ป่วย มารดาไม่สามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาได้ และค่าใช้จ่ายในการรักษาบุตร (Amsri et al., 2019; Hendy et al., 2024; Karuna, 2018) ซึ่งมารดาจะประเมิณต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ว่าทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจหรือไม่ ในขณะที่เดียวกันก็จะสรรหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจ โดยการเลือกใช้วิธีการในรูปแบบแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อบรรยายและอธิบายความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 25 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์



ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นมารดาหลังคลอดที่บุตรมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1) เป็นทารกที่คลอดระหว่างอายุครรภ์ 29-42 สัปดาห์ 2) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตแล้วอย่างน้อย 72 ชั่วโมง 3) ไม่มีความพิการแต่กำเนิด
2. มารดาได้ไปเยี่ยมบุตรแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
3. นับถือศาสนาอิสลาม
4. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ เข้าร่วมสัมภาษณ์ไม่ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดและทารก โดยแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การมีบุตรป่วย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุตร ได้แก่ เพศ อายุครรภ์คลอด น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด วิธีการคลอด สาเหตุการเข้ารับการรักษา ความผิดปกติของทารก และหัตถการการรักษาที่ทารกได้รับ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (interview guides) เป็นการสัมภาษณ์ในการเจาะประเด็นเกี่ยวกับความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของมุสลิม

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความซ้ำซ้อน ความชัดเจน และความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่ทำการศึกษจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้คำถามมีความเหมาะสมยิ่งขึ้น จากนั้นได้มีการทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วยจำนวน 10 ราย พบว่า บางคำถามอาจยังเข้าใจยาก จึงปรับปรุงเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนก่อนที่จะนำไปใช้จริง

ตัวอย่างแนวสัมภาษณ์ ตอนที่ 1 “ทันทีที่ทราบว่าบุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต คุณแม่คิดหรือรู้สึกอย่างไรบ้าง” “เพราะอะไรถึงรู้สึกเช่นนั้น” “ครั้งแรกที่คุณแม่ได้เห็นบุตรอยู่ในหอผู้ป่วย เช่น สภาพบุตร หรืออุปกรณ์รอบ ๆ บุตร คุณแม่รู้สึกอย่างไร” “เพราะอะไรถึงรู้สึกเช่นนั้น” ตอนที่ 2 “คุณแม่มีวิธีการในการจัดการความทุกข์ทางจิตใจของคุณแม่อย่างไร” “มีใครหรืออะไรที่ช่วยสนับสนุนคุณแม่ให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์หรือไม่ อย่างไร”

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) เพื่อบันทึกสิ่งที่เห็น เหตุการณ์ร่วมที่เกิดขึ้น ความรู้สึกอารมณ์ สีนัยท่าทาง และสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง NUR.PN003/2023 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลปัตตานี หมายเลขรับรอง PTN-019-2566 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และกระบวนการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสำรวจรายชื่อมารดาหลังคลอดที่มีบุตรกำลังเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แล้วเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลจนเกิดความคุ้นเคย และสร้างความไว้วางใจ จากนั้นขออนุญาตเพื่อเก็บข้อมูล โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิของการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย และกระบวนการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกภาคสนาม

3. เมื่อมารดายินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ระยะเวลาการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 30-45 นาทีต่อครั้ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่สองห่างจากครั้งแรก 2 วัน เพื่อทำการสัมภาษณ์ประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนจนข้อมูลมีความอิ่มตัว รวมถึงการนำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้จดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ เช่น สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978) โดยผู้วิจัยฟังเสียงบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล 2-3 ครั้ง แล้วถอดเทปสัมภาษณ์ ในลักษณะคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้ แล้วจับกลุ่มคำหรือประโยคเดียวกันที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาให้มากที่สุด ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วจัดข้อมูลเป็นรหัสเพื่อสะดวกในการนำไปใช้อ้างอิงข้อมูล จากนั้นจัดกลุ่มรหัสข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ย่อย แล้วนำข้อมูลหมวดหมู่ย่อยมาจัดหมวดหมู่ข้อมูลเดียวกันและนำผลการวิเคราะห์ที่สรุปประเด็น (Themes) ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และทำการสัมภาษณ์ประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพื่อให้สามารถบรรยายข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) ตามขั้นตอนดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง และในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยไม่นำความรู้จากการทบทวนมาปะปนกับสิ่งที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า และนำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ตรงกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และมีการตรวจสอบการดำเนินการวิจัยจากที่ปรึกษาทุกขั้นตอน

2. การถ่ายโอนข้อมูล (transferability) บรรยายประสบการณ์ความทุกข์ และการจัดการความทุกข์ของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาและตัดสินใจนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน

3. ความสามารถในการยืนยันข้อมูล (confirmability) มีการตรวจจากที่ปรึกษาทุกขั้นตอน ข้อมูลที่ได้มีหลักฐานการยืนยันซึ่งสามารถตรวจสอบได้

4. ความไว้วางใจ (dependability) ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายให้เห็นถึงกระบวนการได้มาของข้อมูล ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีการทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะเดียวกันก่อนนำไปใช้จริง ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการตรวจสอบและ



Mental Distress, Associated Factors, and Mental Distress Management Among Muslim Mothers of Infants Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit

ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

คำแนะนำจากที่ปรึกษา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ทุกคนมีสถานภาพสมรสและนับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96 และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76 และไม่มีประสบการณ์การมีบุตรที่เข้ารับการรักษามารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 22 คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของทารก

ผู้ป่วยเด็กวิกฤตทั้งหมด 28 คน เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 เพศหญิงจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 มีอายุครรภ์แรกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 และมีอายุครรภ์ครบกำหนดแต่มีภาวะแทรกซ้อนแรกเกิด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเนื่องจากมารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 14 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ครรภ์แฝด 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11 มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น severe pre-eclampsia 5 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 และทารกมีความผิดปกติในขณะคลอด เช่น มีภาวะ fetal distress จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ทารกส่วนใหญ่มีภาวะขาดออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 53.6

ส่วนที่ 3 ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษามารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

จากการศึกษาครั้งนี้ พบประสบการณ์ความทุกข์ของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษามารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตที่เกิดจากความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของอาการบุตรในระหว่างการรักษา และมีแนวทางการจัดการความทุกข์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการนำเสนอผลการศึกษา ผู้วิจัยนำคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาประกอบผลการวิเคราะห์โดยใส่รหัสผู้ให้ข้อมูล MO หมายถึงผู้ให้ข้อมูลและมีตัวเลขเป็นรหัสกำกับของแต่ละคน ดังนี้

1. ความทุกข์ทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์

มารดาส่วนใหญ่สะท้อนความรู้สึกในครั้งแรกที่ทราบถึงการเจ็บป่วยของบุตรว่าเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน จึงเกิดความรู้สึกตกใจ กลัว ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “ครั้งแรกที่รู้ตกใจมาก กลัวว่าลูกจะเป็นอะไร” (MO16) “ไม่คิดมาก่อนเลยว่าลูกจะต้องเข้าห้องไอซียู” (MO10) ซึ่งการเข้ารับการรักษามารดาทำให้มารดาต้องเผชิญกับความไม่คุ้นเคยของหอผู้ป่วย และความไม่แน่นอนของอาการบุตร ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 สภาพบุตรที่ปรกฏ

ความเครียดต่อสภาพบุตรมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีบุตรป่วย เนื่องจากมารดาส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์จึงสะท้อนประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการได้เห็นสภาพบุตร โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยรุนแรง เช่น มีการใส่ท่อช่วยหายใจ มารดาบอกว่าบุตรต้องทนทุกข์กับความเจ็บปวด ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “ตอนไปดูลูกครั้งแรก ตกใจมาก ลูกต้องใส่ท่อช่วยหายใจ” (MO9) “สงสัยลูก กลัวลูกเจ็บ” (MO15)



ในขณะที่มารดาที่มีประสบการณ์ของการมีบุตรป่วย สามารถเผชิญเหตุการณ์ได้ดีกว่า ซึ่งระดับความเครียดขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร หากการเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้มีความรุนแรงน้อยกว่าที่ผ่านมา จะสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้เร็ว ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “ตอนแรกไม่ได้ตกใจมาก เพราะเคยมีประสบการณ์แล้ว” (MO17) “ลูกคนนี้ไม่ได้ใส่ท่อ ไม่เหมือนลูกคนที่สองที่เสียไปใส่ท่อนานมาก เลยรู้สึกโล่งใจขึ้น” (MO5) ในทางตรงกันข้ามหากการเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้รุนแรงมากกว่าที่ผ่านมา ส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดมากยิ่งขึ้นเช่นกัน ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “ครรภ์แรกก็คลอดก่อนกำหนด แต่ตอนนั้นอยู่ไอซียูไม่นาน ตอนนั้นก็แข็งแรงดี แต่ลูกคนนี้ใส่ท่อช่วยหายใจด้วย เลยรู้สึกเครียด กังวล” (MO6)

นอกจากนี้มารดาต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของอาการบุตร โดยต้องลุ้นกับอาการและผลการรักษาที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เช่น การได้เห็นบุตรมีอาการแยลง แต่กลับไม่ทราบการปฏิบัติตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้เกิดความเครียด และกลัวสูญเสียบุตร ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “ตอนนั้นแม่ตกใจมากที่พยาบาลโทรบอกว่า ถ้าลูกหายใจไม่ได้ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ”(MO8) “ตอนเที่ยงลูกใส่สายช่วยหายใจ บ่ายสองพยาบาลแจ้งว่าต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่คิดว่าอาการจะแยลงขนาดนี้” (MO6)

1.2 การไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดา

การขาดโอกาสที่ได้ใกล้ชิดบุตร และการถูกแยกจากบุตรตั้งแต่แรกเกิด ทำให้มารดาไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ ส่งผลให้มารดารู้สึกผิดและก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “รู้สึกเสียใจ เพราะเป็นลูกคนแรกด้วย อยากอุ้ม อยากกอด อยากให้นม” (MO22) “ตอนนี้ก็ยังไม่ได้อุ้ม ไม่ได้ทำอะไรกับลูกเลย” (MO7) “รู้สึกน้อยใจที่ไม่ได้ดูแลลูก” (MO5)

1.3 สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย

มารดามองว่าเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต คือ เด็กที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “เครียดมาก รู้สึกว่าเด็กที่เข้าห้องนั้นคือเด็กที่มีอาการแย่มาก” (MO16) อีกทั้งหอผู้ป่วยมีกฎระเบียบเคร่งครัดในเรื่องการเข้าเยี่ยม และด้วยข้อจำกัดของการรักษาที่ทารกได้รับ ทำให้มารดาได้ดูแลทารกเพียงชั่วระยะหนึ่งเท่านั้น “ต้องรอเวลาถึงจะไปเยี่ยมลูกได้” (MO4)

1.4 การสื่อสารและพฤติกรรมของบุคลากร

การเจ็บป่วยของบุตรถือเป็นอาการที่ไม่แน่นอน บางครั้งจึงไม่สามารถได้รับคำตอบที่ชัดเจนได้ ทำให้มารดารู้สึกไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุตร และไม่ทราบหนทางที่จะทำให้อาการของบุตรดีขึ้น จึงทำให้เกิดความเครียด ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “ตอนที่ถามอาการของลูก หมอก็พยายามอธิบาย แต่ลูกจะดีขึ้นหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วยของลูก หมอก็บอกไม่ได้เหมือนกัน” (MO8) “ถ้าตอนนี้อยากให้ลูกเป็นยังไงบ้าง แล้วตัวเองต้องทำอะไรบ้างที่จะช่วยลูกได้” (MO22)

2. การจัดการต่อความทุกข์ทางจิตใจ

ภายหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตได้ 72 ชั่วโมง มารดาส่วนใหญ่สามารถปรับตัวและเผชิญต่อเหตุการณ์ได้ โดยมีวิธีการจัดการต่อความทุกข์ทางจิตใจ ดังนี้

2.1 การรักษาความสงบทางจิตใจ

มารดาส่วนใหญ่มองว่าสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยและสภาพของบุตรสร้างความเครียดเป็นอย่างมาก มารดาจึงจัดการความเครียดโดยนำหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาปรับใช้ ทำให้สามารถก้าวผ่านความทุกข์ทางจิตใจได้ ประกอบด้วย 1) การยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (กอดอร์ ดันกอดร์) 2) การอดทน (ซอบา) 3) การขอพร (ซอดุอาอ์) 4) การรำลึกถึงอัลลอฮ์ (การกล่าวซิกรุลลอฮ์) 5) การละหมาด และ 6) การฟังบทสวดอัลกุรอาน



จากการศึกษาพบว่า ช่วงเวลาของการติดตามอาการบุตรมารดาจะมีสติ ไม่ดี โฟกัสกับความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น คือการพยายามไม่คิดมาก มารดามองว่าการเจ็บป่วยของบุตรถือเป็นกฎสวรรค์ที่พระเจ้ากำหนด (ทุกสิ่งทุกอย่างอัลลอฮ์ทรงกำหนดไว้แล้ว) ทำให้สามารถอดทนและพยายามเข้าหาอัลลอฮ์ด้วยการขอพร (ดุอาอ์) เพื่อขอความช่วยเหลือส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “หลังจากที่รู้ว่าบุตรต้องเข้ารับการรักษาในไอซียู ก็พยายามไม่คิดมาก เพราะทุกอย่างถูกกำหนดไว้แล้ว และขอดุอาทุกเวลาให้ลูกดีขึ้นเร็ว ๆ” (MO11) “สิ่งที่ทำให้รู้สึกดีขึ้นคือการอดทนมาก ๆ ตอนนั้นก็ขอดุอาตลอดเวลา” (MO18)

อีกทั้งการกล่าวซิกรุลลอฮ์ การฟังอัลกุรอาน และการละหมาดเป็นอีกช่องทางที่ทำให้มารดามีสติและได้ใกล้ชิดกับพระเจ้ามากขึ้น ลดความคิดฟุ้งซ่านเกี่ยวกับบุตร ส่งผลให้เกิดความสงบทางจิตใจ ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “ก่อนหน้านี้ถึงลูกแล้วร้องไห้ตลอด ตอนนี้อยากซิกร์เพื่อที่จะได้ไม่คิดมากเกี่ยวกับลูก ก็รู้สึกสงบลง” (MO 8) “บางครั้งนอนไม่หลับเพราะคิดถึงลูก เลยฟังอัลกุรอาน ทำให้หลับได้” (MO21)

2.2 การเปลี่ยนแปลงอาการของบุตร

มารดาส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับอาการและการรักษาของบุตรเป็นอันดับแรก แม้ว่าสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่บุตรได้รับจะส่งผลต่อความวิตกกังวลของมารดา แต่หากสภาพของบุตรที่เห็นเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ก็สามารถลดความเครียดของมารดาได้ ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “คิดว่าเรากังวลน้อยลงจากหลาย ๆ อย่าง โดยเฉพาะอาการของน้องที่ดีขึ้น” (MO13)

2.3 การสนับสนุนจากครอบครัว

ครอบครัวจัดเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่คอยอยู่ให้กำลังใจ และคอยปรับทุกข์ให้คำปรึกษา ซึ่งถือเป็นการช่วยให้ก้าวผ่านความทุกข์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “แม่กับสามีคอยปลอบใจ และเตือนสติให้นึกถึงอัลลอฮ์ แล้วให้ขอดุอาเพื่อให้อัลลอฮ์ช่วยเหลือลูกให้ปลอดภัย” (MO10)

2.4 การสื่อสารจากบุคลากรทางการแพทย์

มารดาสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่นในการรักษาและการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และมองว่าการสื่อสารที่ดีไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง การแนะนำการปฏิบัติตัว ร่วมกับการให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร สามารถลดความวิตกกังวลได้ ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้ “ตอนนี้สบายใจที่ลูกอยู่ในมือหมอมากกว่า” (MO19) “ที่ ICU แจ้งตลอดว่าอยากรู้อะไรเกี่ยวกับลูกถามได้ตลอด” (MO5) “ตอนไปเยี่ยมลูก พยาบาลพาไปดูเด็กที่วิกฤตกว่าเลยรู้สึกดีขึ้น” (MO9)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดมุสลิมที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยมีความเครียด ความกลัว และวิตกกังวลสูง นำไปสู่การเกิดความทุกข์ทางจิตใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซาลาห์ และคณะ (Salah et al., 2018) พบว่า มารดาที่มีบุตรป่วยมีระดับความเครียดสูง โดยเฉพาะในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นช่วงที่มารดาต้องช็อกกับสถานการณ์เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตรเป็นเหตุการณ์ที่มารดาไม่คาดคิดมาก่อน ส่งผลให้เกิดความเครียด

จากการศึกษาพบว่า ความทุกข์ทรมานทางจิตใจของมารดามีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ ดังนี้ 1) สภาพบุตรที่ปรากฏ 2) การไม่สามารถแสดงบทบาทมารดา 3) สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย และ 4) การสื่อสารและพฤติกรรมของบุคลากร พบว่ามารดาส่วนใหญ่เกิดความทุกข์ทางจิตใจจากการได้เห็นสภาพบุตรท่ามกลางเครื่องมือที่ซับซ้อน โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากความไม่แน่นอนของอาการบุตรและกลัวการสูญเสียบุตร (Kumar et al., 2020) และด้วยสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่ต้องรับแรงทำให้มารดาได้รับข้อมูล



เกี่ยวกับบุตรที่ไม่เพียงพอ (Ueki et al., 2017) และไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ (Amsri et al., 2019) โดยเฉพาะมารดาที่ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรป่วยจะปรับตัวต่อความทุกข์ได้ช้ากว่ามารดาที่มีประสบการณ์การมีบุตรป่วย (Palma et al., 2017)

การจัดการความคิด และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญถือเป็นสิ่งสำคัญ มารดาสามารถจัดการความคิดและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางการปรับตัวต่อความทุกข์ 4 แนวทางดังนี้ 1) การรักษาความสงบทางจิตใจโดยนำหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาใช้ 2) การเปลี่ยนแปลงอาการของบุตร 3) การสนับสนุนจากครอบครัว และ 4) การสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ามารดาส่วนใหญ่ได้นำหลักคำสอนศาสนาอิสลามมาปรับใช้เป็นหลัก ทำให้สามารถก้าวผ่านความทุกข์ทางจิตใจได้ตั้งแต่วัยแรก ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารีฟเนีย และคณะ (Sharifnia et al., 2016) โดยมารดาต้องการเจ็บป่วยของบุตรเป็นกฎสถานการณ์ที่พระเจ้ากำหนดที่อยู่เหนือความสามารถของตน ทำให้สามารถยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้

นอกจากนี้ มารดายังสามารถเปลี่ยนจากความเครียดเป็นพลังในการขอพร (ดูอา) ขอความช่วยเหลือจากพระเจ้าเพื่อให้บุตรปลอดภัย มารดาเชื่อว่าด้วยความเมตตาของ อัลลอฮ์ ทุกความทุกข์ในชีวิตจะดีขึ้นเพราะอัลลอฮ์เป็นผู้ทรงทำให้ดีขึ้น จึงเกิดการปล่อยวางต่อความเครียด (Japakeeya et al., 2021; Simonovich et al., 2022) ส่งผลให้ความทุกข์ทางจิตใจลดลง (Heidari et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ แอดราคี และคณะ (Edraki et al., 2019) พบว่า การทำ “Ghalbe Salim” เป็นการส่งเสริมให้มารดาประยุกต์หลักศาสนาในการปรับตัวช่วยลดความเครียดในจิตใจได้ จึงเห็นวามารดาที่ยึดความเชื่อทางศาสนาเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิตจะมีการปรับตัวต่อความทุกข์ที่กำลังเผชิญได้ง่าย (Punyoo et al., 2020)

การปรับตัวต่อความทุกข์ทางจิตใจ โดยปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนาจะส่งเสริมให้มารดาสามารถเยียวยาจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบว่า ช่วงเวลาของการติดตามอาการบุตรมารดามีสติ ไม่ตีโพยตีพายกับความเจ็บป่วยของบุตร เนื่องจากการทำจิตใจให้สงบด้วยการฟังบทสวดอัลกุรอาน และการรำลึกถึงอัลลอฮ์ด้วยการกล่าวซิกิรุลลอฮ์ ซึ่งเป็นการทำให้จิตใจจดจ่ออยู่กับบทสวดที่กล่าว ทำให้มารดามีสติ และเกิดความใกล้ชิดกับอัลลอฮ์มากขึ้น (Japakeeya et al., 2021) ส่งผลให้สามารถลดความฟุ้งซ่านจากการจินตนาการอาการบุตรไปในทางลบได้ และแม้ว่าสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยมีความซับซ้อน หากแต่สภาพบุตรที่ดีขึ้นก็สามารถช่วยลดความวิตกกังวลแก่มารดาได้อย่างมาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ कुमार และคณะ (Kumar et al., 2020) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยส่งผลโดยตรงกับความเครียดของมารดา

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลในการช่วยเหลือมารดาให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจได้พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกห่วงใย ให้กำลังใจ และเตือนใจ จะช่วยประคับประคองจิตใจมารดาให้สามารถยอมรับและเผชิญเหตุการณ์ได้ (Petchlek et al., 2019) ในขณะที่การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลโดยตรงต่อการจัดการความวิตกกังวลของมารดา เนื่องจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุตร และการปฏิบัติตัวของมารดาเพื่อช่วยให้บุตรดีขึ้น ช่วยให้มารดามีความเข้าใจและเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม (Punna et al., 2019) อีกทั้งการสนับสนุนให้มารดาได้แสดงบทบาทอย่างเต็มที่ (De Bernado et al., 2017) ทำให้มารดารู้สึกมีคุณค่าจากการเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลบุตร (Mousavi et al., 2021)

ดังนั้น การดูแลมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตควรเริ่มจากการสนับสนุนด้านจิตใจ โดยเฉพาะการนำหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาปรับใช้ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้มารดาสามารถรับมือต่อเหตุการณ์และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการอธิบายข้อมูลอาการ และการรักษาที่บุตรได้รับ เพื่อให้มารดามีความเข้าใจ สามารถปรับตัวและแสดงบทบาทของการเป็นมารดาได้



Mental Distress, Associated Factors, and Mental Distress Management Among Muslim Mothers of Infants Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit

ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิมที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรทำความเข้าใจและให้ความสำคัญกับศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรมของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและเผชิญสถานการณ์วิกฤตได้อย่างเหมาะสม
2. ควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้มารดาก้าวผ่านความวิกฤตทางจิตใจได้
3. บุคลากรทางการแพทย์ควรให้บริการและสื่อสารให้มารดาเกิดความเข้าใจ ซึ่งเป็นปัจจัยทางตรงที่ทำให้มารดาสามารถปรับตัวและเผชิญกับความทุกข์ทางจิตใจได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเชิงรุกโดยประยุกต์ใช้หลักการทางศาสนาและการสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เพื่อลดความเครียด และส่งเสริมการปรับตัวและเผชิญสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

References

- Amsri, P., Deoisres, W., & Suppaseemanont, W. (2019). Factors influencing stress among mothers of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care unit. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(3), 54-62.
- Aryouwattana, J. (2022). Effect of the providing systematic information towards maternal anxiety in neonatal jaundice treated with phototherapy at the Pediatric Intensive Care Unit, Banpong Hospital. *The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj*, 2(1), 24-36. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/article/view/70> (in Thai)
- Bernado, J., Rent, S., Arias-Shah, A., Hoge, M. K., & Shaw, R. J. (2021). Parental stress and mental health symptoms in the NICU: Recognition and Interventions. *NeoReviews*, 22(8), e496-e505. <https://doi.org/10.1542/neo.22-8-e496>
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle, & K. Mark (Eds.), *Existential phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). Oxford University Press.
- De Bernado, G., Svelto, M., Giordano, M., Sordino, D., & Riccitelli, M. (2017). Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: A prospective cohort pilot study. *Italian Journal of Pediatrics*, 43(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0352-1>
- Edraki, M., Noeezad, Z., Bahrani, R., Pourahmad, S., & Shirazi, Z. H. (2019). Effect of spiritual care based on "Ghalbe Salim" model on anxiety among mothers with premature newborns admitted to neonatal intensive care units. *Iranian Journal of Neonatology*, 10(1), 50-57. <https://doi.org/10.22038/ijn.2018.31210.1428>



Mental Distress, Associated Factors, and Mental Distress Management Among Muslim Mothers of Infants Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit
ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิม
ที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

- Grunberg, V. A., Geller, P. A., Hoffman, C., Njoroge, W., Ahmed, A., & Patterson, C. A. (2022). Parental mental health screening in the NICU: A psychosocial team initiative. *Journal of Perinatology*, 42(3), 401-409. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-01217-0>
- Heidari, H., Hasanpour, M., & Fooladi, M. (2017). Stress management among parents of neonates hospitalized in NICU: A qualitative study. *Journal of Caring Sciences*, 6(1), 29-38. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.004>
- Hendy, A., El-sayed, S., Bakry, S., Mohammed, S. M., Mohamed, H., Abdelkawy, A., Hassani, R., Abouelela, M. A., & Sayed, S. (2024). The stress levels of premature infant's parents and related factors in NICU. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241231172. <https://doi.org/10.1177/23779608241231172>
- Husserl, E. (1965). *Phenomenology and the crisis of philosophy: Philosophy as rigorous science, and philosophy and the crisis of European man*. Harper & Row
- Japakeeya, N., Phumdoung, S., & Chunuan, S. (2021). Effects of listening to holy Quran and Zikrullah recitation on stress and physiological stress responses among Muslim pregnant women with premature uterine contraction: A randomized controlled trial. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(4), 1-14. (in Thai)
- Karuna, P. (2018). Stress and coping mechanisms of mothers separated from their sick babies during postpartum period in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*, 1(2), 67-77. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/248211/168069> (in Thai)
- Kumar, N., & Mallick, A. K. (2020). Maternal stress in neonatal intensive care unit very often overlooked by health professionals. *Industrial Psychiatry Journal*, 29(1), 130-133. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_88_19
- Leangpunsakul, S. (2015). *Situation analysis and study on the factors affecting the achievement of problem solving of maternal health care in the 3 Southernmost Provinces of Thailand*. Health Systems Research Institute.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE. [http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
- Mousavi, S. S., Keramat, A., Chaman, R., Mohagheghi, P., Mousavi, S. A., & Khosravi, A. (2021). Impact of maternity support program on the stress of mothers in the first encounter with the preterm infants. *International Journal of Preventive Medicine*, 12, 68. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_314_19
- Palma, I. E., Von Wussow, K. F., Morales, B. I., Cifuentes, R. J., & Ambiado, T. S. (2017). Stress in parents of hospitalized newborns in a neonatal intensive care unit. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(3), 332-339. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300004>
- Paurika, P. (2021). Risk factors affecting transient tachypnea of the newborn in Singburi Hospital. *Singburi Hospital Journal*, 30(1), 105-118.



Mental Distress, Associated Factors, and Mental Distress Management Among Muslim Mothers of Infants Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit

ความทุกข์ทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการต่อความทุกข์ของมารดามุสลิม
ที่มีบุตรรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

- Petchlek, P., Teerarungsikul, N., & Sananreangsak, S. (2019). The effect of informational and emotional support program on uncertainty in illness among mothers having children with intubation. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 11(2), 23-34. (in Thai)
- Punna, A., Teerarungsikul, N., & Sananreangsak, S. (2019). The effect of information and husband support program on uncertainty of mothers with preterm infants. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(4), 1-9. <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/6629> (in Thai)
- Punyoo, J., Pothiban, L., Jintrawet, U., Mesukko, J., & Reungrongrat, S. (2020). Factors associated with psychological well-being among parents of a critically ill child in pediatric intensive care unit. *Walailak Journal of Science and Technology*, 17(5), 437-449. <https://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/5036/1945>
- Salah, M., Breaka, R., & Alkaseh, A. (2018). Prevalence of anxiety and depression among mothers of newborns admitted to neonatal intensive care unit in Gaza strip. *Edelweiss Psychiatry Open Access*, 2(1), 10-14. <http://doi.org/10.33805/2638-8073.109>
- Samane, S., Yadollah, Z. P., Marzieh, H., Karimollah, H. T., Reza, Z. M., Afsaneh, A., & Als, H. (2022). Cue-based feeding and short-term health outcomes of premature infants in newborn intensive care unit: A non-randomized trial. *BMC Pediatrics*, 22(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-03077-1>
- Sharifnia, M., Hasanzadeh, M. H., Kakhaki, S. M. A., Mazlom, S. R., & Karbandi, S. (2016). The impact of praying on stress and anxiety in mothers with premature neonates admitted to NICU. *Iranian Journal of Neonatology*, 7(4), 15-22. <https://doi.org/10.22038/ijn.2016.7866>
- Simonovich, S. D., Quad, N., Kanji, Z., & Tabb, K. M. (2022). Faith practices reduce perinatal anxiety and depression in Muslim women: A mixed-methods scoping review. *Frontiers in Psychiatry Journal*, 13, 826769. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.826769>
- Ueki, S., Takao, K., Komai, K., Fujiwara, C., & Ohashi, K. (2017). Maternal uncertainty about Infants' hospitalization for acute childhood illness: A Qualitative Study. *Open Journal of Nursing*, 7(6), 645-656. <https://doi.org/10.4236/onj.2017.76048>
- Vanaleesin, S., & Mama, P. (2015). Self-care of nurses based on Islamic scripture. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 29(2), 1-11. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Preterm birth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>



Development of Nursing Practice Guidelines to Prevent Acute Kidney Injury in Critically Ill Pediatric Patients*

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน
ในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต*

ธารทิพย์	ประชากร**	Tarntip	Prachakul**
จุฬารณ	ตั้งรักดี***	Juraporn	Tangpukdee***

Abstract

Acute Kidney Injury (AKI) has been recognized as a common condition and can have serious and life-threatening consequences for critically ill pediatric patients. The objective of this research and development study was to develop clinical nursing practice guidelines (CNPG) for acute kidney injury prevention in pediatric patients in the Intensive Care Unit. The IOWA model was adopted for the CNPG development. Quality was measured in terms of content validity index and Index of item objective congruence, which five experts verified. The CNPG was tried out by 15 nurses at the pediatric intermediate intensive care unit of a tertiary care level hospital in the Northeast region of Thailand

There were fourteen studies included and EBPs were synthesized to develop the CNPG which was comprised of two main parts: 1) assessment of risk factors for acute kidney injury prevention in pediatric patients; and 2) nursing intervention and monitoring for acute kidney injury prevention in pediatric patients. The first part had a content validity index of .86 and an index of item objective congruence of .97 while the second part had a content validity index of 1.0 and index of item objective congruence of .99 (AGREE II = 95%). The overall nurse's opinion of applying the CNPG was at a high level (86.66%).

The developed CNPG illustrated adequate quality in application for acute kidney injury (AKI) prevention in pediatric patients in the Intensive Care Unit. Future research should be carried out to evaluate the effectiveness of the CNPG.

Keywords: Development; Acute kidney injury (AKI); Prevention; Nursing Practice Guideline; Critically ill pediatric patients

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Graduate student, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; email: jurtan@kku.ac.th



บทคัดย่อ

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เป็นภาวะที่พบบ่อยและอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต ในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตได้ การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โดยนำรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล เป็นแนวทางการพัฒนา การประเมินคุณภาพโดยการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และประเมินการตรวจสอบความเที่ยงตรง จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้ในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ราย ณ หอผู้ป่วยเด็กกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมได้งานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง ทำการสังเคราะห์ความรู้และนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก และ 2) กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก คุณภาพของแบบประเมินส่วนที่หนึ่ง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .86 และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ .97 และส่วนที่สอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ .99 มีค่าคะแนน AGREE II ร้อยละ 95 และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.66

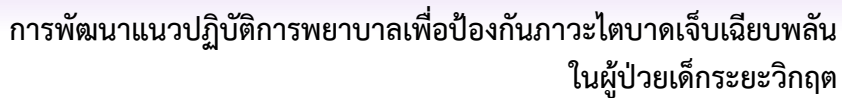
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ที่พัฒนาขึ้น มีคุณภาพในการนำไปใช้เพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต และควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน การป้องกัน แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, email: jurtan@kku.ac.th



ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กกระยะวิกฤต เป็นภาวะที่สามารถป้องกันและเฝ้าระวังได้ หากได้รับการประเมินตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัจจัยเสี่ยงด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของการทำงานของไต ยาที่มีผลต่อการทำงานของไต ปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ ภาวะติดเชื้อในร่างกาย และภาวะอวัยวะ



ล้มเหลวหลายระบบ รวมถึงการจัดการอาการเตือน โดยที่การลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันนั้น จะสามารถป้องกันและลดระยะความรุนแรงของการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันได้ (Cho, 2020) อีกทั้งการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (AKI care bundle) ยังช่วยลดอัตราการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ลดจำนวนวันรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ (Koeze et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ช่วงอายุ 2-18 ปี มาก่อน นอกจากนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตที่ชัดเจน ได้แก่ ระดับความเสี่ยงเล็กน้อย ความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง โดยแต่ละระดับความเสี่ยงนั้น ๆ มีกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างครอบคลุมและครบถ้วน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต เพื่อใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพและระบบบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ ไอโอวาโมเดล (The Iowa Model of Evidence-based Practice to Promote Quality of Care) (Titler et al., 2001) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นปัญหา problem-focused trigger และ knowledge-focused trigger 2) ทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมงานวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ PICO framework 3) วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 4) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับระยะที่ 2 เป็นการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล และระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลของความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

สถานที่ศึกษา คือหอผู้ป่วยเด็กกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กกึ่งวิกฤต จำนวน 15 ราย กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเด็กกึ่งวิกฤต ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) สนใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

วิธีดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการพัฒนาของไอโอวาโมเดล (The Iowa Model of Evidence-based Practice to Promote Quality of Care (Titler et al., 2001)) แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้



ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติงาน การกำหนดประเด็นปัญหาจาก Problem-focused trigger จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในช่วงเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยกำหนดประเด็นเกี่ยวกับการประเมิน การคัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ข้อสรุปจากการสังเกต พบว่ายังไม่มีเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่เฉพาะเจาะจง รวมถึงยังไม่มีกำหนดระยะเวลา ความถี่ในการประเมินความเสี่ยงซ้ำ และไม่มีข้อบ่งชี้หรือวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นรูปแบบชัดเจน ดังนั้นจึงเป็นปัญหาจากการปฏิบัติงานที่จำเป็นต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกรอบแนวคิดของ PICO framework

1) รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2018-2023 โดยใช้หลักการกำหนด PICO ดังนี้

P: (patient population or problem) = ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ AKI ผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต, Infant, Child, Pediatric, Neonatology, Critical Care, Critical, Intensive Care, Intensive, Critical Illness, Illness, Critical, Illnesses, Critical, Critically Ill, Acute Kidney Injuries, Kidney Injuries, Acute Kidney Injury, Acute Renal Injury, Acute Renal Injuries, Acute Kidney Failure, Renal Failure, Renal Insufficiencies, Kidney Insufficiency, Nephrology

I: (intervention or area of interest) = การประเมิน การคัดกรอง การป้องกัน ปัจจัยทำนายภาวะ AKI การพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะ AKI, Practice guidelines, Clinical practice guidelines, Clinical Guidelines, Best Practices, clinical nursing, Trigger tool, Prediction, Assessment, prevent (Preventable prevention, preventive, preventing), predict (Predictor, Predicate, Predictions), care bundles, Nursing Clinical Guidelines Practices

C: (comparison intervention) = เปรียบเทียบระหว่างการพยาบาลทั่วไป, การพยาบาลโดยใช้ CNPG ในการป้องกันภาวะ AKI, Nursing Care, Care, Nursing, Management, Nursing Care, Nursing Care Management, Care Standard, routine care, standard care, Usual care, treatment as usual

O: (outcomes) = ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ AKI, clinical outcomes, outcomes, complications, multiple organ failure, sepsis, mortality rate, cost, survival, Level of AKI, Mortality rate, Length of stay

2) กำหนดแหล่งสืบค้นจากฐานข้อมูลสารสนเทศผ่านระบบ KKU library database ได้แก่ PubMed, CINAHL, ProQuest, Cochrane database, Scopus และฉบับเผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ โดยการสืบค้นระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2566

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัย และการประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมิน levels of evidence และเกณฑ์ levels of applicability โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ grade for recommendations ของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ ค.ศ. 2014 (The Joanna Briggs Institute, 2014)

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อค้นพบเกี่ยวกับการประเมินปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนในการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ การประเมินและติดตามผล serum creatinine ค่า eGFR ปริมาณปัสสาวะ ยาที่มีผล



ต่อการทำงานของไต ภาวะน้ำเกินหรือภาวะขาดน้ำ ภาวะติดเชื้อ และภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต

ระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และความเที่ยงตรง (Index of item objective congruence: IOC) และค่า AGREE II จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์กุมารแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไต 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไต จำนวน 2 ท่าน

ระยะที่ 3 การประเมินผลของความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังนี้

ศึกษานำร่องในพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กกึ่งวิกฤต ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 15 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ดำเนินการโดยการทดสอบการนำใช้แนวปฏิบัติด้วยการกำหนดกรณีศึกษาจำลอง (case scenario) จำนวน 1 ราย ซึ่งมีรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยจำลอง อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือค่า serum creatinine ปริมาณมาดปัสสาวะ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ยาปฏิชีวนะ ข้อบ่งชี้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และภาวะขาดน้ำ เพื่อให้พยาบาล นำข้อมูลกรณีศึกษาดังกล่าว เพื่อใช้ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในระบบ AKI Trigger Tools for Pediatric (www.aki-kku.com) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยจัดเตรียมการเก็บข้อมูล โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างไม่สื่อสารข้อมูลระหว่างกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลในระหว่างเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดของการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลกรณีศึกษา

2) รหัสผ่านเข้าสู่ระบบ AKI Trigger Tools for Pediatric (www.aki-kku.com) เป็นข้อมูลเฉพาะรายบุคคล และผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการเข้าสู่ระบบการประเมิน วิธีการประเมิน มีการกำหนดระยะเวลาการประเมิน หลังจากได้รับข้อมูลจากผู้วิจัยภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน จำนวน 8 ข้อ คือ 1) ผล Serum creatinine rate of change (ภายใน 48 ชม.) 2) urine output 3) eGFR 4) Nephrotoxic drugs 5) ภาวะ Fluid overload 6) Sepsis 7) Multiple Organs Dysfunction Syndrome (MODS) และ 8) ภาวะ dehydration

หลังจากพยาบาลทั้ง 15 ราย ประเมินสถานการณ์จากกรณีศึกษาจำลองครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก และประเมินผลลัพท์ คือ ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวไปใช้ ร่วมกับการใช้แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย 6 หัวข้อการประเมิน ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกและเหมาะสมในการใช้ในการดูแลผู้ป่วย 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย 4) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความคุ้มค่าในการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยในการเพิ่มคุณค่าทางด้านบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น และ 6) ความพึงพอใจรวมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE661494 การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครพยาบาลทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย กิจกรรมการดำเนินการวิจัยที่กลุ่มอาสาสมัครเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น หน้าที่ความรับผิดชอบ ระยะเวลาในการวิจัย ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการรักษาความลับอาสาสมัคร รวมถึงสิทธิในการให้ความยินยอม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไขและผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติงานใด ๆ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้ข้อมูลสถานการณ์กรณีศึกษาจำลอง (case scenario) ในภาพรวม ไม่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต มีดังนี้

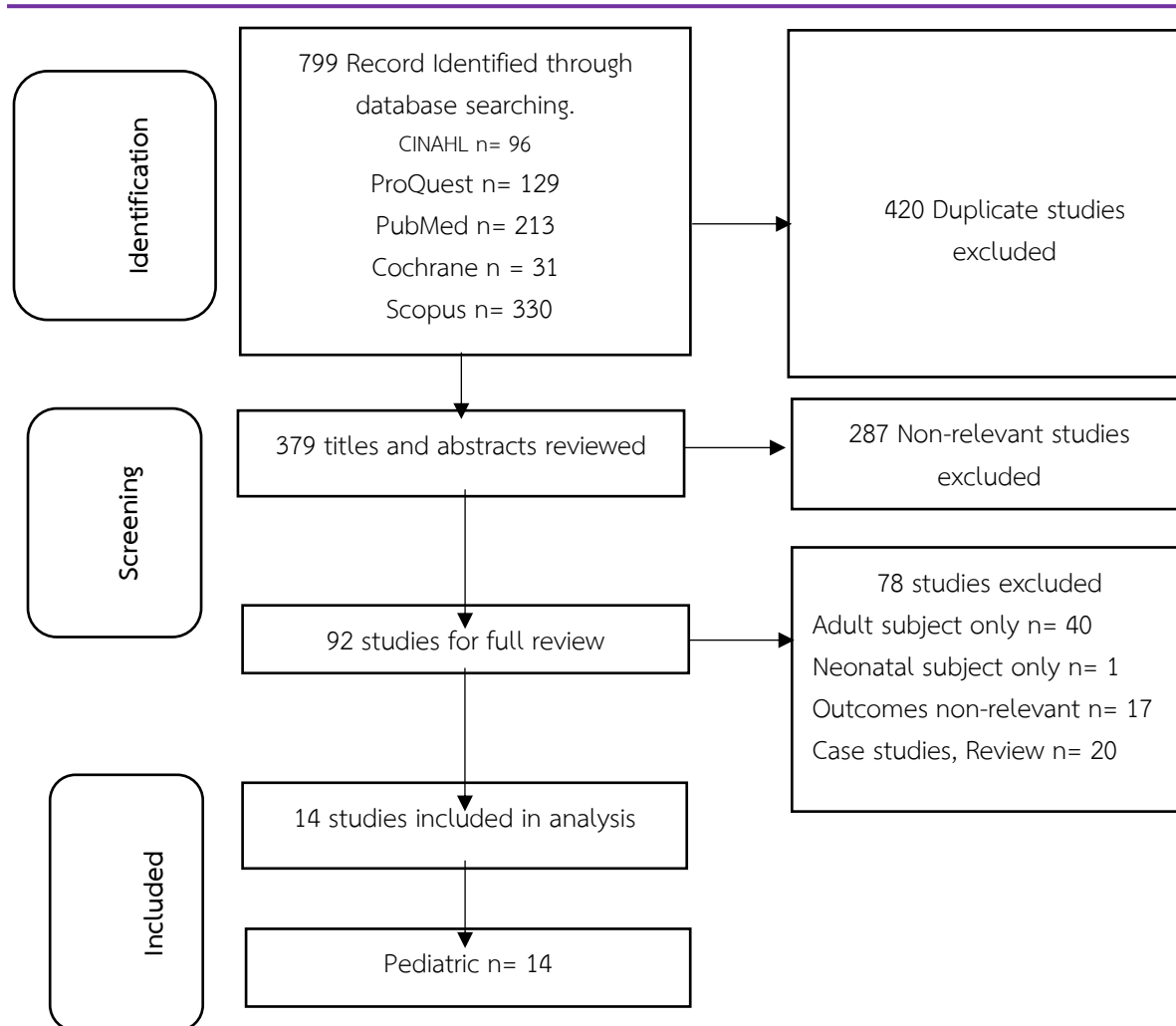
1. ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 14 เรื่อง สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1a มีรูปแบบการวิจัยคือ Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 1c มีรูปแบบการวิจัยคือ Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 3c มีรูปแบบการวิจัยคือ Cohort Study with Control Group จำนวน 5 เรื่อง และระดับ 3e มีรูปแบบการวิจัยคือ Observational Study Without a Control Group จำนวน 5 เรื่อง ดังแผนผัง PRISMA flow chart showing the process of literature search as percentages across all included studies (ดังรูปภาพที่ 1) และนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (AKI Trigger Tools for Pediatric) จำนวน 8 ข้อ คือ

- 1) การใช้ Nephrotoxic drugs (Ahmed et al., 2020; Almeida et al., 2020; Fiorito et al., 2018; Gowa et al., 2021; Hanson et al., 2018; Kalligeros et al., 2019)
- 2) ภาวะ Fluid overload (Alobaidi et al., 2018; Alobaidi et al., 2020; Gist et al., 2020)
- 3) ผล Serum creatinine rate of change (ภายใน 48 ชม.) (De Zan et al., 2020; Dong et al., 2021; Kaddourah et al., 2019; Van Driest et al., 2020)
- 4) urine output (Kaddourah et al., 2019; Koeze et al., 2020; Smeets et al., 2023)
- 5) ค่า eGFR (Smeets et al., 2023)
- 6) ภาวะ Sepsis (De Zan et al., 2020)
- 7) Multiple Organs Dysfunction Syndrome (MODS) (De Zan et al., 2020)
- 8) ภาวะ dehydration (Mathew & Rai, 2021)

การประเมินผลแบ่งเป็น AKI Risk Score โดยที่ระดับความเสี่ยงน้อย (สีเขียว) มีค่าคะแนนเท่ากับ 0-6 คะแนน ระดับความเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง) มีค่าคะแนนเท่ากับ 7-12 คะแนนและระดับความเสี่ยงสูง (สีแดง) มีค่าคะแนนเท่ากับ 13-18 คะแนน



รูปภาพที่ 1 PRISMA flow chart showing the process of literature search
as percentages across all included

ส่วนที่ 2 การพยาบาลในการป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ผู้ป่วยจะได้รับ
พยาบาล แบ่งตามผลการประเมิน AKI Risk Score ดังนี้

สีเขียว AKI Risk Score 0-6 คะแนน การพยาบาลประกอบด้วย 5 ข้อ คือ

- 1) เฝ้าระวังการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (ซักประวัติเกี่ยวกับยาที่รับประทาน สังเกตอาการบวมตามร่างกาย และสังเกตปริมาณและลักษณะสีของปัสสาวะ)
- 2) Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง ดังนี้ มี เปอร์เซ็นต์ของ Fluid overload 1-5% สังเกตอาการต่อ มี เปอร์เซ็นต์ของ Fluid overload 6-10% รายงานแพทย์ใน 1 ชั่วโมง และมี เปอร์เซ็นต์ของ Fluid overload มากกว่า 10% รายงานแพทย์ทันที
- 3) Record V/S ทุกชั่วโมง โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง ให้รายงานแพทย์ทันที
- 4) ติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine, Electrolyte ถ้าค่าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที
- 5) ตรวจสอบปริมาณและชนิดของยาที่มีพิษต่อไตที่ผู้ป่วยได้รับและมีการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ (iv drip) ในระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง



สีเหลือง AKI Risk Score 7-12 คะแนน การพยาบาลประกอบด้วย 9 ข้อ คือ

- 1) ฝ้าระวังการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (ซักประวัติเกี่ยวกับยาที่รับประทาน สังเกตอาการบวมตามร่างกาย และสังเกตปริมาณและลักษณะสีของปัสสาวะ)
- 2) ค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เช่น ยา/สาร ที่มีพิษต่อไตที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติการผ่าตัด ประวัติอุบัติเหตุ และภาวะต่าง ๆ เช่น Hypotension, Sepsis, UTI, Glomerulonephritis
- 3) Record urine ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5-1 มล./กก./ชม. ติดต่อกัน 4 ชั่วโมง ให้ตรวจ urine specific gravity
- 4) Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง และปฏิบัติดังนี้ มี เปอร์เซ็นต์ของ Fluid overload 1-5% สังเกตอาการต่อ มี เปอร์เซ็นต์ของ Fluid overload 6-10% รายงานแพทย์ใน 1 ชั่วโมง และมี เปอร์เซ็นต์ของ Fluid overload มากกว่า 10% รายงานแพทย์ทันที
- 5) ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันเพื่อประเมินภาวะสภาวะน้ำเกิน
- 6) Record V/S โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง ให้รายงานแพทย์ทันที
- 7) รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งตรวจ lab BUN, Creatinine, Electrolyte, Calcium, Phosphorus, Magnesium, Albumin ทุกวัน
- 8) ตรวจสอบปริมาณและชนิดของยาที่มีพิษต่อไตที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อพิจารณาส่งตรวจ Drug Level เพื่อปรับขนาดยา โดยการส่งตรวจ drugs level ดังนี้ vancomycin, Amikacin, Cyclosporine, Tacrolimus
- 9) ดูแลตามแผนการรักษาและรายงานอาการให้แพทย์รับทราบ

สีแดง AKI Risk Score 13-18 คะแนน การพยาบาลประกอบด้วย 12 ข้อ คือ

- 1) ฝ้าระวังและค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เช่น ยา/สาร ที่มีพิษต่อไตที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติการผ่าตัด ประวัติอุบัติเหตุ และภาวะ เช่น Hypotension, Sepsis, UTI, Glomerulonephritis
- 2) ลดปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เช่น ตรวจสอบปริมาณและชนิดของยาที่มีพิษต่อไตที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อพิจารณาส่งตรวจ Drug Level เพื่อปรับขนาดยา โดยการส่งตรวจ drugs level ดังนี้ vancomycin, Amikacin, Cyclosporine, Tacrolimus (อ้างอิง: การตรวจทางห้องปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
- 3) Record urine ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า ถ้าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5-1 มล./กก./ชม. ติดต่อกัน 4 ชั่วโมง ให้ตรวจ urine specific gravity
- 4) ส่ง urinalysis
- 5) Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง และปฏิบัติดังนี้ มี เปอร์เซ็นต์ของ Fluid overload 1-5% สังเกตอาการต่อ มี เปอร์เซ็นต์ของ Fluid overload 6-10% รายงานแพทย์ใน 1 ชั่วโมง และมี เปอร์เซ็นต์ของ Fluid overload มากกว่า 10% รายงานแพทย์ทันที
- 6) ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันเพื่อประเมินภาวะสภาวะน้ำเกิน
- 7) Record V/S โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง ให้รายงานแพทย์ทันที
- 8) รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งตรวจ lab BUN, Creatinine, Electrolyte, Calcium, Phosphorus, Magnesium, Albumin ทุก 6 ชั่วโมง
- 9) ฝ้าระวังและสังเกตภาวะ Metabolic acidosis
- 10) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ฝ้าระวังภาวะ Hypo-hyperglycemia
- 11) รายงานแพทย์ให้มาประเมินอาการผู้ป่วยทันที เพื่อพิจารณาส่งตรวจเฉพาะเพื่อการวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เช่น Ultrasound KUB หรือ Renal ultrasonography

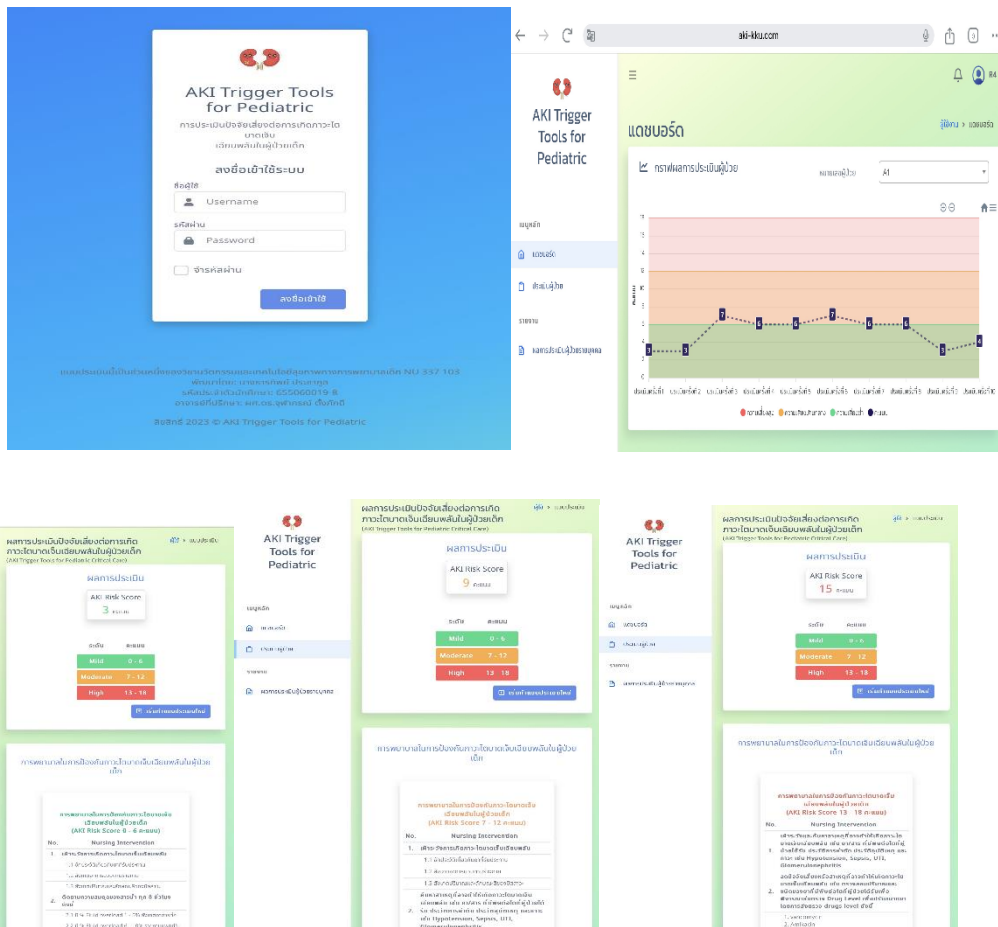


Development of Nursing Practice Guidelines to Prevent Acute Kidney Injury in Critically Ill Pediatric Patients

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

12) คู่มือตามแผนการรักษาและรายงานอาการให้แพทย์ทราบ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ได้พัฒนาเป็นโปรแกรม AKI Trigger Tools for Pediatric ซึ่งประกอบด้วยรายการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน จำนวน 8 ข้อ เมื่อประเมินครบจะมีการประมวลผลเป็น AKI Risk Score จากนั้นโปรแกรมจะแสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ตามระดับคะแนนความเสี่ยงที่ประเมินได้ การพัฒนานี้ได้จดอนุสิทธิบัตรหมายเลข 437998 และ 437999 และโปรแกรมการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก (AKI Trigger Tools for Pediatric) ระบุ URL: <http://www.aki-kku.com> ดังรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 โปรแกรมการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก

2. การประเมินคุณภาพ

การประเมินคุณภาพโดยการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา การตรวจสอบความเที่ยงตรง และค่า AGREE II จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์กุมารแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไต 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไต จำนวน 2 ท่าน ผลการประเมินคุณภาพของการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .86 และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ .97 สำหรับการประเมินคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะไตบาดเจ็บ



เฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ .99 ค่า AGREE II ร้อยละ 95 และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้และประเมินค่าความเป็นไปได้ในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ค่าความเที่ยงตรงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) เท่ากับ .77

3. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ประกอบด้วย 6 หัวข้อการประเมิน คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกและเหมาะสมในการใช้ในการดูแลผู้ป่วย 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย 4) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความคุ้มค่าในการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยในการเพิ่มคุณค่าทางด้านบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น และ 6) ความพึงพอใจรวมในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.66

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ผู้วิจัยอภิปราย ดังนี้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต

ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดของไอโอวาโมเดล ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการพัฒนาที่ชัดเจน ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ grade for recommendations ของ สถาบันโจแอนนา-บริกส์ ค.ศ. 2014 (The Joanna Briggs Institute, 2014) จำนวน 14 เรื่อง ดังนี้ Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 3 เรื่อง Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 1 เรื่อง Cohort Study with Control Group จำนวน 5 เรื่อง และ Observational Study Without a Control Group จำนวน 5 เรื่อง และนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก (AKI Trigger Tools for Pediatric) และ 2) การพยาบาลในการป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต มีความถูกต้องของเนื้อหาและมีคุณภาพดี ทั้งนี้เพราะแนวปฏิบัติดังกล่าวถูกสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยครอบคลุมปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานและมีระดับความน่าเชื่อถือสูง ผ่านขั้นตอนการพัฒนาที่มีความเข้มงวดโปร่งใส ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตในเด็ก และแก้ไขแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต

การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ด้านความตรงเชิงเนื้อหา การตรวจสอบความเที่ยงตรง และค่า AGREE II ดังนี้ แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .86 และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์



เท่ากับ .97 แบบประเมินคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ .99 ค่า AGREE II ภาพรวมร้อยละ 95 ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือร้อยละ 70 (Agree Next Steps Consortium, 2017)

การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็ก ระยะวิกฤต

ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ราย ได้ค่าความเที่ยงตรงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) เท่ากับ .77 ซึ่งแปลผลได้ว่าความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับดี (Koo & Li, 2016) และการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.66 อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลฯ เนื่องจากมีแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต สามารถประเมินผู้ป่วยได้เร็วขึ้น และให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม นโยบายปฏิบัติเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน มีความสะดวกและเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ เกิดคุณภาพการทำงานที่ดีขึ้น และมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตไปใช้ ควรได้รับการอบรมก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติ
2. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันนี้เหมาะสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา และการติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund: FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน. (Thesis research was supported by the Fundamental Fund of Khon Kaen University, has received funding support from the National Science, Research and Innovation Fund (NSRF))

References

- Agree Next Steps Consortium. (2017). *The agree II instrument*. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
- Ahmed, R., Shahzad, M., Umer, A., Azim, A., Jamil, M. T., & Haque, A. (2020). Frequency of exposure of nephrotoxic drugs and drug-induced acute kidney injury in pediatric intensive care unit: A retrospective review from a tertiary care centre in Pakistan. *Cureus*, 12(12), e12183. <https://doi.org/10.7759/cureus.12183>



- Almeida, J. P., Joao, P. R. D., & de Castro Sylvestre, L. (2020). Impact of the use of nephrotoxic drugs in critically ill pediatric patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(4), 557–563.
- Alobaidi, R., Morgan, C., Basu, R. K., Stenson, E., Featherstone, R., Majumdar, S. R., & Bagshaw, S. M. (2018). Association between fluid balance and outcomes in critically ill children: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(3), 257–268.
- Alobaidi, R., Morgan, C., Goldstein, S. L., & Bagshaw, S. M. (2020). Population-based epidemiology and outcomes of acute kidney injury in critically ill children. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(1), 82–91.
- Chanakul, A. (2021). Renal failure in children. In C. Suankratay, K. Suwanpimonkul, N. Uaprasert, K. Suphapeetiporn, S. Chatproedprai, S. Prichayudh, S. Pungpapong, P. Sirayapiwat, C. apirakviriya, & A. Leelahavanichkul (eds.), *Revolutions in global health*. (pp. 264-292.) http://conf.md.chula.ac.th/docs/Revolutions%20in%20Global%20Health_ch12.pdf
- Cho, M. H. (2020). Pediatric acute kidney injury: Focusing on diagnosis and management. *Childhood Kidney Diseases*, 24(1), 19–26. <https://doi.org/10.3339/jkspn.2020.24.1.19>
- De Zan, F., Amigoni, A., Pozzato, R., Pettenazzo, A., Murer, L., & Vidal, E. (2020). Acute kidney injury in critically ill children: A retrospective analysis of risk factors. *Blood Purification*, 49(1–2), 1–7.
- Dong, J., Feng, T., Thapa-Chhetry, B., Cho, B. G., Shum, T., Inwald, D. P., Newth, C. J. L., & Vaidya, V. U. (2021). Machine learning model for early prediction of acute kidney injury (AKI) in pediatric critical care. *Critical Care (London, England)*, 25(1), 288. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03724-0>
- Fiorito, T. M., Luther, M. K., Dennehy, P. H., LaPlante, K. L., & Matson, K. L. (2018). Nephrotoxicity with vancomycin in the pediatric population: A systematic review and meta-analysis. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 37(7), 654–661.
- Gist, K. M., Selewski, D. T., Brinton, J., Menon, S., Goldstein, S. L., & Basu, R. K. (2020). Assessment of the independent and synergistic effects of fluid overload and acute kidney injury on outcomes of critically ill children. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(2), 170–177.
- Gowa, M. A., Yamin, R., Murtaza, H., Nawaz, H., Jamal, G., & Lohano, P. D. (2021). Frequency of drug induced acute kidney injury in pediatric intensive care unit. *Cureus*, 13(11), e19689. <https://doi.org/10.7759/cureus.19689>
- Hanson, H. R., Babcock, L., Byczkowski, T., & Goldstein, S. L. (2018). Describing pediatric acute kidney injury in children admitted from the emergency department. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, 33(7), 1243–1249.
- Kaddourah, A., Basu, R. K., Goldstein, S. L., Sutherland, S. M., & Assessment of Worldwide Acute Kidney Injury, Renal Angina and Epidemiology (AWARE) Investigators. (2019). Oliguria and acute kidney injury in critically ill children: Implications for diagnosis and outcomes. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(4), 332–339.



- Kalligeros, M., Karageorgos, S. A., Shehadeh, F., Zacharioudakis, I. M., & Mylonakis, E. (2019). The association of acute kidney injury with the concomitant use of vancomycin and piperacillin/tazobactam in children: A systematic review and meta-analysis. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 63(12), e01572-19. <https://doi.org/10.1128/AAC.01572-19>
- Koeze, J., van der Horst, I. C. C., Wiersema, R., Keus, F., Dieperink, W., Cox, E. G. M., Zijlstra, J. G., & van Meurs, M. (2020). Bundled care in acute kidney injury in critically ill patients, a before-after educational intervention study. *BMC Nephrology*, 21(1), 381. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02029-8>
- Koo, T. K., & Li M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155– 163.
- Mathew, A., & Rai, E. (2021). Pediatric perioperative fluid management. *Saudi Journal of Anesthesia*, 15(4), 435-440.
- Smeets, N. J. L., Teunissen, E. M. M., van der Velden, K., van der Burgh, M. J. P., Linders, D. E., Teesselink, E., Moes, D.-J. A. R., Tøndel, C., Ter Heine, R., van Heijst, A., Schreuder, M. F., & de Wildt, S. N. (2023). Glomerular filtration rate in critically ill neonates and children: Creatinine-based estimations versus iohexol-based measurements. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, 38(4), 1087–1097.
- Srinagarind Hospital. (2022). *Statistic on pediatric intensive care unit*. Srinagarind Hospital.
- Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., Buckwalter, K. C., Tripp-Reimer, T., & Goode, C. J. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497-509.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Critical appraisal tools*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Van Driest, S. L., Wang, L., McLemore, M. F., Bridges, B. C., Fleming, G. M., McGregor, T. L., Jones, D. P., Shirey-Rice, J., Gatto, C. L., Gay, J. C., Byrne, D. W., Weitkamp, A., Roden, D. M., & Bernard, G. (2020). Acute kidney injury risk-based screening in pediatric inpatients: A pragmatic randomized trial. *Pediatric Research*, 87(1), 118–124.
- Wisnuyotin, S. (2014). *Kidney disease commonly found in children* (1th ed.). Klunghana vitthaya press.



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

อริสรา

สุขวัจน์*

Arissara

Sukwatjaneer*

เพชรรัตน์

รุจิพงศ์**

Pecharat

Rujipong**

Abstract

Stroke patients have limitations in performing daily activities and rely on caregivers. It has been found that caregivers lack care skills, and the burden of caring affects their psychophysiology and socioeconomics. The objective of this randomized controlled trial was to study the effects of a caregiver preparation program on care skills and care burden for stroke patients. The research sample was 72 caregivers of stroke patients, divided into 36 persons each in an experimental and a control group by simple random sampling. Research instruments consisted of a personal data record form, a care skills assessment, a care burden questionnaire, and a caregiver preparation program. For the care skills assessment and the care burden questionnaire, the Content Validity Indexes (CVI) were .81 and .75, respectively, and the reliabilities were .87 and .82, respectively. The experimental group received a caregiver preparation program in which they practiced patient care skills at a hospital for 3 days before discharge. During the 6 months after discharge, there were 3 home visits (1st week, 3rd month, 6th month), and telephone once a week (24 times). Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and independent sample t-test.

The research results found that after receiving the caregiver preparation program, the experimental group had significantly higher mean care skills scores ($M = 3.21$, $SD = 0.12$) than the control group ($M = 1.81$, $SD = 0.18$, $t = 33.44$, $p < .001$). Moreover, the experimental group had significantly lower mean care burden scores ($M = 15.12$, $SD = 1.93$) than the control group ($M = 43.19$, $SD = 1.10$, $t = -64.63$, $p < .001$).

The caregiver preparation program helped caregivers gain confidence in performing patient care activities effectively.

Keywords: Caregiver; Caregiver preparation program; Care skills; Burden of caring; Stroke patients

* Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, e-mail: arissara@g.swu.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงต้องพึ่งพาผู้ดูแล พบปัญหาผู้ดูแลขาดทักษะการดูแล และภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจของผู้ดูแล งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง 72 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการดูแล แบบวัดภาระผู้ดูแล และโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล สำหรับแบบประเมินทักษะการดูแล และแบบวัดภาระผู้ดูแล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81, และ .75 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .82 ตามลำดับ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล โดยได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วันก่อนจำหน่าย ระหว่าง 6 เดือนหลังจำหน่ายมีการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง คือสัปดาห์ที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 และติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 24 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย paired samples t-test และ independent samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อม ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแล ($M = 3.21, SD = 0.12$) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 1.81, SD = 0.18, t = 33.44, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล ($M = 15.12, SD = 1.93$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 43.19, SD = 1.10, t = -64.63, p < .001$)

โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแล โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ทักษะการดูแล ภาระการดูแล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ e-mail: arissara@g.swu.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการบกพร่องทางระบบประสาท เกิดความพิการ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Phongsupapai et al., 2022) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องอาหารและยา การทำความสะอาดร่างกาย การทำกายภาพบำบัด ดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ให้การสนับสนุนด้านสังคมและจิตใจ (Pitthayapong et al., 2023) ซึ่งการดูแลนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านร่างกายพบว่า ผู้ดูแลมักเกิดความเหน็ดเหนื่อย มีปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดไหล่ ปวดแขน อ่อนเพลีย รวมถึงการรับประทานอาหารได้น้อยลงจากความเครียดและขาดการดูแลตนเอง (Vielvoye et al., 2023) ด้านจิตใจพบว่า ผู้ดูแลมักเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ท้อใจ มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธ ไม่พึงพอใจ (Farahani et al., 2021) ด้านสังคมพบว่า ผู้ดูแลมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ส่งผลให้ขาดเครือข่ายทางสังคมและเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (Utaisang et al., 2021) และด้านเศรษฐกิจคือผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษา ต้องปรับเปลี่ยนงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Boonsin et al., 2021) ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระการดูแล (Junsiri, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะสูงที่สุดในช่วง 2 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล และจะยังคงอยู่เป็นเวลา 1 ปี หลังจำหน่าย (Kuptniratsaikul et al., 2018) โดยในระยะ 6 เดือนแรก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต้องการความช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทักษะการดูแลของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ อย่างไรก็ตาม การรับรู้การเป็นภาระของผู้ดูแลเกิดจากความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบใหม่ (Boonsin et al., 2021)

ภาระการดูแลจะสัมพันธ์กับระดับความเจ็บป่วย การพึ่งพา และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Kuptniratsaikul et al., 2018) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย (Monkong, et al., 2016) และผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยต่ออาชีพผู้ดูแล (Junsiri, 2021) ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะลดลงได้ หากมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย (Senasana et al., 2017) เพราะการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง จะช่วยให้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น (Pitthayapong et al., 2023) ลดภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Boonsin et al., 2021) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลจะช่วยพัฒนาทักษะการดูแล ลดภาระการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Uhm et al., 2023)

จากการทบทวนงานวิจัย เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่า เป็นการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่าย (Farahani et al., 2021; Pitthayapong et al., 2023; Senasana et al., 2017) มีงานวิจัยที่เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษา แต่ระยะเวลาดังกล่าวเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลันของโรค ความสนใจของผู้ดูแลในกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการดูแลจึงไม่เพียงพอ เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพียง 1 วัน อีกทั้งไม่ได้รับการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลนั้นถูกต้อง และขาดการติดตามผลการดูแลที่บ้าน (Budratana, 2020)

ระยะเวลาที่จำกัดในการฝึกทักษะ ขาดการสาธิตย้อนกลับ และขาดการติดตามเยี่ยมบ้านอาจไม่เพียงพอต่อการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ดังนั้นโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลของงานวิจัยนี้จึงเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลตั้งแต่ดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล มีการเพิ่มระยะเวลาที่เพียงพอในการฝึกทักษะผู้ดูแลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ตลอดจนการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินทักษะการดูแลและสุขภาพของผู้ป่วย



โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลของงานวิจัยนี้ พัฒนาตามกรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน (Coaching framework for improving outcomes in complex chronic care) ของ อุบลรัตน์ เพียมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) Teaching/ Reinforcement การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย 2) Teach-back การสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) Health action plan examples การทดลองปฏิบัติการดูแลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง 4) Supporting partnerships การประสานงานของทีมสุขภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแล และ (5) Reinforcing health action plan การสนับสนุนให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแผนที่วางไว้และการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน งานวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดจุดดีคือผู้ดูแลมีความรู้ ความเชื่อมั่นและความพร้อมในการดูแล เพิ่มทักษะการดูแลและการแก้ปัญหา เพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลลดลง
2. หลังเข้าร่วมวิจัยผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน (Coaching framework for improving outcomes in complex chronic care) ของ อุบลรัตน์ เพียมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 Teaching/Reinforcement เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลโดยการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 Teach-back เป็นการสาธิตย้อนกลับขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยว่าถูกต้องเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 Health action plan examples เป็นการให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติทักษะการดูแลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 Supporting partnerships เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย โดยช่วยประสานงานกับแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลที่เหมาะสม

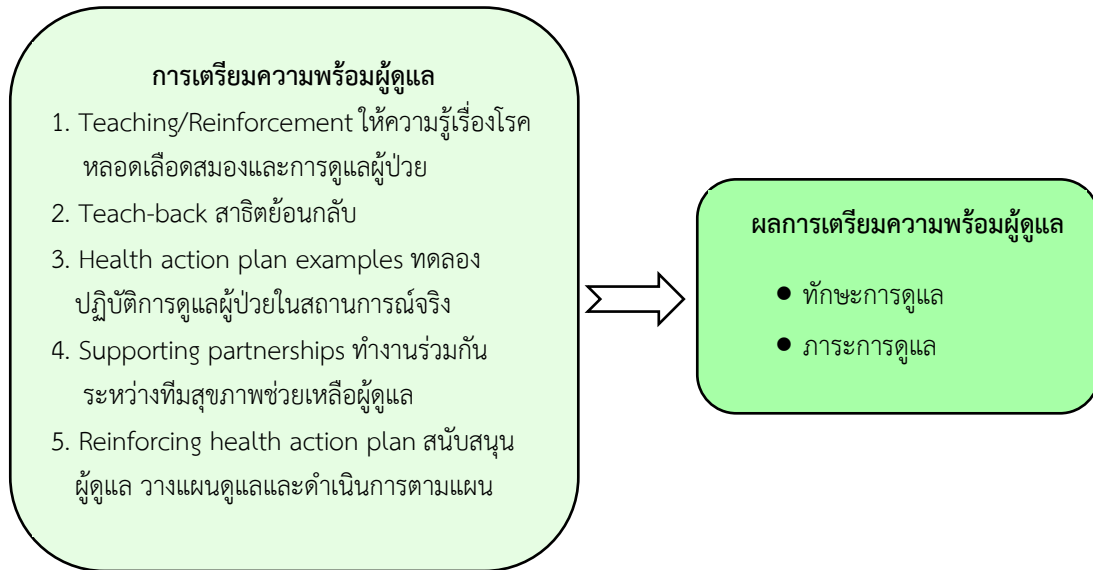
ขั้นตอนที่ 5 Reinforcing health action plan เป็นการให้ผู้ดูแลเตรียมแผนการดูแลและดำเนินการตามแผนที่วางไว้ มีการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแล ผลลัพธ์การเตรียม



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

ความพร้อมผู้ดูแลประเมินจากทักษะการดูแลและภาระการดูแล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized Control trial: RCT)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกของหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิใน 77 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับบริการตรวจรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิระยะเวลาดำเนินงานวิจัยเป็นเวลา 6 เดือน (กุมภาพันธ์-กรกฎาคม พ.ศ. 2564)

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ สุพิมล บุตรรัตน์ (Budratana, 2020) ร่วมกับการคำนวณด้วยโปรแกรม G * Power กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ 0.8 อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .95 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 (Gray & Grove, 2020) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คือ 12 คน เพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัย ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 72 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (Multi-stage Sampling) เริ่มจากสุ่มได้ 10 โรงพยาบาลจาก 77 จังหวัด ต่อมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม 12 แห่ง ๆ ละ 6 คน ของ 10 โรงพยาบาล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 72 คน ขั้นตอนสุดท้ายโรงพยาบาลแต่ละแห่งสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลาก โดยเขียนชื่อหน่วยตัวอย่างมาทำฉลากแล้วหยิบทีละใบแล้วใส่คืน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเท่าเทียมกันในการถูกสุ่ม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และอาการของผู้ป่วยประเมินด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) มีคะแนนระหว่าง 5-14 คะแนน ซึ่งเป็นระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง (ACLS Medical Training,



2024) 2) เพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 20-70 ปี และ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด อ่าน เขียน และ ฟังภาษาไทยได้ ผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งประเมินด้วย Mini-Mental State Examination (MMSE) มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป (Tanglakmankhong et al., 2020)

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) มีอาการของโรคประจำตัวระยะรุนแรง เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวาย เป็นต้น 2) ขาดสถานภาพการเป็นผู้ดูแลหลัก และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด 2 ครั้งขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยคำถามแบบเติมคำและ check list เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล และระยะเวลาการดูแล

2. แบบประเมินทักษะการดูแล จำนวน 8 ข้อ พัฒนาจากแบบวัดทักษะผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ สุภารัตน์ สิริประภาพล และคณะ (Siriprapapol et al., 2022) ประกอบด้วยคำถามแบบ check list เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย อารมณ์ การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น แปลผลโดยแบ่งคะแนนทักษะการดูแลแต่ละข้อออกเป็น 3 ระดับโดยวิธีหาอันตรายภาคชั้น (0.00-1.33 คะแนน = ทักษะการดูแลอยู่ในระดับต่ำ 1.34-2.66 คะแนน = ทักษะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และ 2.67-4.00 คะแนน = ทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง)

3. แบบวัดภาระการดูแล จำนวน 14 ข้อ พัฒนาจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ ผ่องพักตร์ จันทรศิริ (Junsiri, 2021) ประกอบด้วยคำถามแบบ check list เกี่ยวกับความยากลำบากจากการดูแล ได้แก่ ครอบคลุมเวลาส่วนตัว ไม่ได้ประกอบอาชีพ ขาดความมีอิสระและความเป็นส่วนตัว การเข้าถึงคมนาคมลง ถูกรบกวนด้านการเงินและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึก ทศนคติ และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแล แปลผลโดยแบ่งคะแนนทั้งหมดเป็น 4 ช่วงโดยวิธีหาอันตรายภาคชั้น (0-14 คะแนน = ภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำ 15-28 คะแนน = ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง 29-42 คะแนน = ภาระการดูแลอยู่ในระดับสูง และ 43-56 คะแนน = ภาระการดูแลอยู่ในระดับสูงสุด)

4. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแลของกรมการแพทย์ (Department of Medical Services, 2011) มีเนื้อหาและภาพประกอบจำนวน 61 หน้า ได้แก่ การทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยสามารถทรงตัวนั่ง ยืน เดิน ส่งเสริมให้แขนหรือมือใช้งานได้มากขึ้นจนสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เช่น สวมเสื้อผ้า ล้างหน้าแปรงฟัน เข้าห้องน้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ท้องผูก พลัดตกหกล้ม การดูแลจิตใจผู้ป่วย การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลจะได้รับคู่มือไว้อ่านทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

5. โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาตามกรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน (Coaching framework for improving outcomes in complex chronic care) ของ อุบลรัตน์ เพียมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งมี 5 ขั้นตอน: 1) Teaching/Reinforcement ได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย 2) Teach-back สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการช่วยเหลือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก และการดูแลเรื่องยา 3) Health action plan examples ทดลองปฏิบัติการดูแลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง 4) Supporting partnerships ได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแล และ 5) Reinforcing health action plan ได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแผนที่วางไว้ ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมเริ่มนับตั้งแต่การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล



ก่อนจำหน่าย 3 วัน มีการโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านระหว่าง 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 และติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 24 ครั้ง

6. สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย พัฒนาโดยผู้วิจัย สำหรับให้ผู้ดูแลบันทึกอาการของผู้ป่วยในแต่ละวัน มีคำถามแบบเติมคำเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และอาการผิดปกติที่พบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินทักษะการดูแล และแบบวัดภาระการดูแล ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท นักกายภาพบำบัด และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความสอดคล้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .81 และ .75 ตามลำดับ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทักษะการดูแล แบบวัดภาระการดูแล ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .87 และ .82 ตามลำดับ

โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท นักกายภาพบำบัด และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC/E-155/2563 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบริการสุขภาพที่จะได้รับ รวมทั้งไม่เปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากผู้วิจัยมีความลำเอียงให้ความสนใจกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (Na-Ek, 2020) ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้บุคคลที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย ไม่เป็นผู้วัดผลและวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และไม่ทราบข้อมูลโปรแกรมเป็นผู้ส่งผู้ดูแลเข้ากลุ่มแต่ละกลุ่ม โดยการทำให้ผู้ดูแลรายใดอยู่กลุ่มใด
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เก็บข้อมูลกลุ่มทดลองเป็นผู้ทราบข้อมูลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล แต่ผู้ช่วยวิจัยที่เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจะไม่ทราบข้อมูลของโปรแกรมฯ และให้การดูแลตามปกติ
3. ผู้ช่วยวิจัยติดตามเก็บข้อมูลแบบสอบถามหลังการวิจัยสิ้นสุดแล้วเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมวิจัยที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่างโดยแท้จริงโดยปราศจากอคติ

กลุ่มทดลอง

1. ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ดูแลกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล อธิบายการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการดูแล และแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลให้เข้าใจ แล้วให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม เขียนแผนที่บ้านพร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์ และนัดหมายวันเวลาเยี่ยมบ้านระหว่าง 6 เดือนหลังจำหน่าย โดยเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 และโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 24 ครั้ง

2. ดำเนินการให้ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ตามขั้นตอนของกรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน (Piamjariyakul et al., 2013) รายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 1)



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล

กิจกรรม	วิธีการ
1. Teaching/ Reinforcement: ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย (ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 3 วัน)	1. ผู้ช่วยวิจัยอธิบายผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 15 นาที ได้แก่ การสื่อสาร การดูแลกิจวัตรประจำวัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลเรื่องยา 2. ให้ผู้ดูแลศึกษาวิดีโอและมอเดลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมุดบันทึกสุขภาพแก่ผู้ดูแล
2. Teach-back: สาทีย้อนกลับ (ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 วัน)	1. ผู้ช่วยวิจัยสาธิตการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล ได้แก่ การสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลเรื่องยา แต่ละทักษะการดูแลใช้เวลา 15 นาที 2. ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับโดยทดลองฝึกปฏิบัติแต่ละทักษะอย่างน้อย 1 ครั้งกับผู้ช่วยวิจัยหลังจากได้รับการอธิบายและการสังเกต เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล โดยผู้ช่วยวิจัยให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง แก้ไข
3. Health action plan examples: ทดลองปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง (ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน)	ให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจริงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกจัดหาอุปกรณ์ให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. Supporting partnerships: ทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพช่วยเหลือผู้ดูแล	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลให้ออกหนังสือส่งตัวผู้ป่วยหลังจำหน่ายแจ้งไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในชุมชน
5. Reinforcing health action plan: สนับสนุนผู้ดูแลวางแผนดูแลและดำเนินการตามแผน	เป็นการให้ผู้ดูแลเตรียมแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านและดำเนินการตามแผนที่วางไว้ มีการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 6 เดือน หลังจำหน่าย โดยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 และติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 24 ครั้ง
5.1 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ใช้เวลาเยี่ยมบ้าน 1 ชั่วโมง)	1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล ชักถามปัญหาการดูแลผู้ป่วย ร่วมปรับวิธีแก้ไขปัญหในแต่ละประเด็นกับผู้ดูแล 2. เสริมสร้างความมั่นใจและแนะนำเทคนิคการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลจากง่ายไปยาก เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจได้ง่าย สามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพและเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง 3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป
5.2) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ใช้เวลาเยี่ยมบ้าน 1 ชั่วโมง)	1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินตนเอง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย 2. ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาความรู้ทั้งหมดที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้มา ชักถามปัญหาและแนวทางแก้ไข 3. ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ดูแลเมื่อพบปัญหา 4. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล (ต่อ)

กิจกรรม	วิธีการ
5.3) ติดตามทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ละครั้งจำนวน 24 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน ใช้เวลาโทรศัพท์ ครั้งละ 15 นาที)	1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถามถึงอาการทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย และปัญหาในการดูแลและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ 2. พุดคุยส่งเสริมให้ผู้ดูแลตระหนักถึงอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นจากการดูแล พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอารมณ์เชิงลบ โดยการหาเวลาพักผ่อน ฟังเพลง นั่งสมาธิ หรือเข้าร่วมกลุ่มกับผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกัน พร้อมทั้งสนับสนุนการหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชน แนะนำแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่ช่วยลดภาวะเครียดและเหนื่อยล้า
5.4 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 6 เดือน ใช้เวลาเยี่ยม บ้าน 1 ชั่วโมง)	1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ผู้ดูแลเมื่อพบปัญหา 2. ให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินทักษะการดูแลและแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแล 3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มควบคุม

1. ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลวิจัย ผู้ช่วยวิจัยพบผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล อธิบายการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการดูแลและแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลให้เข้าใจ แล้วให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม

2. ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำและฝึกการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย เวลาขับถ่ายใช้เวลา 10 นาที การป้อนอาหารและยาใช้เวลา 30 นาที การให้อาหารทางสายให้อาหารใช้เวลา 60 นาที จากพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยในวันที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลในเดือนที่ 6 หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินทักษะการดูแลและแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแล

4. หลังจากดำเนินการทำวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ดูแลได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้อ่านประกอบการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย และสมุดบันทึกสุขภาพไว้บันทึกอาการของผู้ป่วยในแต่ละวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ chi-square test และ Fisher's exact probability test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะและภาระการดูแลก่อน-หลังเข้าร่วมวิจัยของผู้ดูแลกลุ่มทดลองด้วยสถิติ paired samples t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะและภาระการดูแลหลังเข้าร่วมวิจัยของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent samples t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองร้อยละ 81.9 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 59.33 ปี ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รายได้เฉลี่ย 8,361.54 บาท/เดือน ร้อยละ 80.80 เป็นบุตรของผู้ป่วย ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.9 ชั่วโมง/วัน

ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมร้อยละ 83.50 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.61 ปี ร้อยละ 97.30 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.70 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีรายได้เฉลี่ย 9,323.08 บาท/เดือน ร้อยละ 89.70 เป็นบุตรของ



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้ป่วย มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.3 ชั่วโมง ต่อวัน

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. ทักษะการดูแล และภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อน-หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อม โดยใช้สถิติ paired t-test พบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลก่อน-หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลอง ($n = 36$)

ทักษะการดูแล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	
การดูแลความต้องการด้านร่างกาย	2.19 (0.75)	ปานกลาง	3.19 (0.40)	สูง	.00
การดูแลความต้องการด้านอารมณ์	1.42 (0.50)	ปานกลาง	2.96 (0.20)	สูง	.00
หาข้อมูลและจัดหาบริการการดูแล	2.00 (0.63)	ปานกลาง	3.00 (0.00)	สูง	.00
การจัดการความเครียดระหว่างดูแลผู้ป่วย	1.96 (0.53)	ปานกลาง	4.00 (0.00)	สูง	.00
การดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจตนเอง	1.96 (0.20)	ปานกลาง	3.00 (0.00)	สูง	.00
การจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น	1.04 (0.20)	ต่ำ	2.88 (0.33)	สูง	.00
การขอความช่วยเหลือและข้อมูลจาก ร.พ.	2.58 (0.50)	ปานกลาง	3.27 (0.45)	สูง	.00
การดูแลผู้ป่วยโดยรวม	2.15 (0.37)	ปานกลาง	3.31 (0.47)	สูง	.00

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อน-หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อม โดยใช้สถิติ paired t-test พบค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลแตกต่างกันครบทุกด้าน โดยคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลหลังทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลก่อน-หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลอง ($n = 36$)

ภาระการดูแล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	
เวลาสำหรับตัวเอง	42.73 (1.25)	สูง	15.12 (1.93)	ปานกลาง	.00
ความเครียดที่ต้องดูแลญาติที่เจ็บป่วย	51.46 (0.31)	สูงสุด	21.00 (0.00)	ปานกลาง	.00
ความเป็นส่วนตัว	42.88 (0.49)	สูงสุด	23.88 (0.39)	ปานกลาง	.00
ญาติที่เจ็บป่วยให้คุณทำตามใจเขา	21.88 (0.44)	ปานกลาง	11.85 (0.51)	ต่ำ	.00
มีรายได้ในการใช้จ่าย	20.00 (0.00)	ปานกลาง	11.00 (0.00)	ต่ำ	.00
รู้สึกว่าคุณค่าที่เจ็บป่วยไม่เห็นคุณค่าที่ดูแล	11.00 (0.00)	ต่ำ	11.00 (0.00)	ต่ำ	.00
รู้สึกหงุดหงิดล้นหวังกับญาติที่เจ็บป่วย	42.73 (0.35)	สูงสุด	22.73 (0.35)	ปานกลาง	.00



3. ทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลและภาระการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมวิจัยระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและภาระการดูแลหลังเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มทดลอง ($n = 36$) และกลุ่มควบคุม ($n = 36$)

ทักษะการดูแล/ ภาระการดูแล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ		
ทักษะการดูแล	3.21 (0.12)	สูง	1.81 (0.18)	ปานกลาง	33.44	.00
ภาระการดูแล	15.12 (1.93)	ปานกลาง	43.19 (1.10)	สูงสุด	-64.63	.00

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงทุกด้าน โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้เพิ่มจากระดับต่ำเป็นระดับสูง อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในช่วงวัยกลางคน ซึ่งมีทักษะในการดูแลสมาชิกครอบครัวอยู่แล้วก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วย และกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ก็ล้วนแต่เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เหมือนกับการศึกษาของ สุขาวดี เสนาสนะ และคณะ (Senasana et al., 2017) ที่พบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสามารถพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการคาดการณ์ ความสามารถในการปรับเปลี่ยน และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารินทร์ พิทยะพงษ์ และคณะ (Pitthayapong et al., 2023) ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีที่ถูกต้อง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลระหว่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองกับผู้ดูแลกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่า อธิบายได้ว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงเป็นเวลา 3 วัน ซึ่งเพียงพอในการฝึกทักษะการดูแลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน อีกทั้งได้ศึกษาสื่อวีดิทัศน์สอนการฟื้นฟูร่างกาย และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ส่งผลให้ผู้ดูแล สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ เปี่ยมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul, et al., 2013) ที่พบว่า การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลลดลงจากระดับสูงสุดเป็นระดับต่ำถึงปานกลาง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแล ทำให้ความรู้สึกยากลำบากในการดูแลลดลง การได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน การได้รับความเห็นอกเห็นใจและความเอาใจใส่ทำให้ความเครียด



ความกังวลในการดูแลลดลง ตลอดจนการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยนั้นส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกละอายน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาวดี เสนาสนะ และคณะ (Senasana et al., 2017) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดภาระในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ การสนับสนุนและประสานความช่วยเหลือผู้ดูแลที่บ้านยังลดความรู้สึกละอายเป็นภาระแก่ผู้ดูแล (Farahani et al., 2021)

การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน ได้แก่ Teaching/Reinforcement การส่งเสริมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย Teach-back การสาธิตย้อนกลับเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยว่าถูกต้องเหมาะสม และ Health action plan examples การให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติทักษะการดูแลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ ช่วยเพิ่มทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแล สำหรับ Supporting partnerships การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย โดยช่วยประสานงานกับแหล่งประโยชน์เพื่อการช่วยเหลือผู้ดูแลที่เหมาะสม และ Reinforcing health action plan การให้ผู้ดูแลเตรียมแผนการดูแล และดำเนินการตามแผนที่วางไว้ มีการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแล ทั้ง 2 ขั้นตอนนี้ช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลรัตน์ เปี่ยมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) พบว่า โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดเดียวกันกับการวิจัยนี้ ช่วยเพิ่มทักษะการดูแลและลดการรับรู้ภาระการดูแลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลใช้กับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง
2. ควรติดตามประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแล โดยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดูแลของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกหลังจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปิงปประมาณ 2563 สัญญาเลขที่ 379/2563

References

- ACLS Medical Training. (2024). *The NIH stroke scale*. <https://www.aclsmedicaltraining.com/nih-stroke-scale>
- Boonsin, S., Deenan, A., & Wacharasin, C. (2021). Factors influencing the burden of family caregiving for survivors of stroke. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1), 102-113. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/241328/168349>



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

- Budratana, S. (2020). Effects of discharge preparedness program among primary caregivers of patients with ischemic stroke in Nong Bua Lamphu Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*, 3(1), 56-64. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/240666/164332> (in Thai)
- Department of Medical Services. (2011). *Stroke rehabilitation manual for patients and caregivers*. Beyond Publishing. <https://www.cmneuro.go.th/qr/05042561-stroke/download/> (in Thai)
- Farahani, M. A., Ghezeljeh, T. N., Haghani, S., & Alazmani-Noodeh, F. (2021). The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: An experimental study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06340-4>
- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2020). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Saunders.
- Junsiri, P. (2021). Caregiver burden among caregivers of stroke patient in intermediate care service of Kosumpisai Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 18(2), 72-80. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/251971/172168> (in Thai)
- Kuptniratsaikul, V., Thitisakulchai, P., Sarika, S., & Khaewnaree, S. (2018). The burden of stroke on caregivers at 1-year after discharge: A multicenter study. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 28(1), 8-14. <https://www.rehabmed.or.th/main/wp-content/uploads/2018/05/L-438.pdf>
- Monkong, S., Sirapo-ngam, Y., & Leelacharas, S. (2016). Effectiveness of transitional care program for stroke patients and family caregivers from hospital to home. *Journal of Public Health Nursing*, 30(3), 84-101. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/96574/75343> (in Thai)
- Na-Ek, N. (2020). The guide to critically appraise a randomized controlled trial (RCT) using a CASP tool. *Chiangrai Medical Journal*, 12(2), 131-155. <https://www.pharmacy.up.ac.th/FileUpload/Journal/J1/s9.pdf> (in Thai)
- Phongprapai, W., Sowanna, N., & Chattrapiban, T. (2022). Time to assess the daily living activities of stroke patients. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 29(3), 149-161. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/260788/175866> (in Thai)
- Piamjariyakul, U., Smith, C. E., Russell, C., Werkowitch, M., & Elyachar, A. (2013). The feasibility of a telephone coaching program on heart failure home management for family caregivers. *Heart Lung*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.08.004>
- Pitthayapong, S., Numpoon, J., Wattradul, D., Kolyani, S., & Srisart, A. (2023). Effects of a family caregivers' capacity building program by telenursing on practices of post-stroke care and activities of daily life of the stroke patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 16(1), 115-134. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/259999/180237> (in Thai)



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

- Senasana, S., Komjakraphan, P., & Isaramalai, S. (2017). Development of the home- based skill training program for caregivers of stroke patients. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 7(2), 212-222. (in Thai)
- Siriprapapol, S., Panprasert, S., & Didsaprae, S. (2022). Development of a care system for hemorrhagic stroke patients from hypertension at Somdetphraphutthaloetla Hospital, Thailand. *Journal of Health Science*, 31(Suppl 2), S353-S364. (in Thai)
- Tanglakmankhong, K., Hampstead, B. M., Ploutz-Snyder, R. J., Potempa, K., Chantarasena, N., Seesing, S., Sinchareonlert, W., & Wisetsit, P. (2020). Development of a cognitive screening process for older adults in community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(3), 99-114. (in Thai)
- Uhm, K. E., Jung, H., Woo, M. W., Kwon, H. E., Oh-Park, M., Lee, B. R., Kim, E. J., Kim, J. H., Lee, S. A., & Lee, J. (2023). Influence of preparedness on caregiver burden, depression, and quality of life in caregivers of people with disabilities. *Frontiers in Public Health*, 11, 1153588. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1153588>
- Utaisang, A., Pearkao, C., Junsevg, K., Sangsaikaew, A., Boonkong, D., & Korcharoenyos, C. (2021). Experiences of family members in caring of stroke patients: A case study in the border provinces of the upper northeast of Thailand. *Journal of Medical Sciences*, 9(G), 172-179. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7125>
- Vielvoye, M., Nanninga, C. S., Achterberg, W. P., & Caljouw, M. A. A. (2023). Informal caregiver stroke program in geriatric rehabilitation of stroke patients: A qualitative study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3085. <https://doi.org/10.3390/jcm12093085>



Development of a Multidisciplinary Sepsis Management Model in an Emergency Department*

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพ
ในหน่วยตรวจฉุกเฉิน*

ณภัทรธรรณ	กันทร**	Napattorn	Kuntorn**
สุภารัตน์	วังศรีคุณ***	Suparat	Wangsrikhun***
จันทร์ฉาย	โยธายใหญ่****	Chanchai	Yothayai****

Abstract

Management of sepsis patients in an emergency department needs effective multidisciplinary teamwork to ensure optimum outcomes. This developmental research aimed to develop a multidisciplinary sepsis management model in the emergency department at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, and to explore the feasibility of the model for sepsis management. The National Health and Medical Research Council's Guide to the Development of Clinical Practice Guidelines (1999) was applied as the framework for the model development. The developed model covered the management in three processes, including sepsis screening, diagnosis, and treatment, and the assignment of involved personnel and their roles. Participants for testing the feasibility of the model were 40 healthcare providers involved in the management of sepsis patients in the emergency department. The model was piloted for 2 weeks. There were 24 sepsis patients during the pilot period. The feasibility of the model was assessed by the Sepsis Management Model Feasibility Questionnaire and the model testing outcomes, including door-to-needle time within 60 minutes, occurrence of septic shock, and mortality rate. The data was analyzed using descriptive statistics.

Results showed that all participants agreed on the feasibility of using the model in real practice. The model testing outcomes revealed that all 24 sepsis patients received antibiotics within 60 minutes after emergency department arrival, 5 patients developed septic shock (20.83%), and none died.

The results confirmed that the Multidisciplinary Sepsis Management Model was feasible in real situation practice. It should be further implemented and tested for effectiveness.

Keyword: Sepsis; Sepsis patient; Sepsis management; Multidisciplinary; Emergency department

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

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

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

Received 31 August 2023; Revised 4 December 2023; Accepted 6 December 2023



บทคัดย่อ

การจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี การวิจัยเชิงพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการฯ โดยรูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมการจัดการ 3 กระบวนการ ได้แก่ การคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีการกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้องในแต่ละกระบวนการและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน จำนวน 40 คน ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ มีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับบริการ 24 คน ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดการโดยใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และผลลัพธ์การทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ ได้แก่ การได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยตรวจฉุกเฉิน การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราการเสียชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความเห็นว่ารูปแบบการจัดการมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในสถานการณ์จริง ระหว่างทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ สำหรับผลลัพธ์ของการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้ง 24 คน ได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที ผู้ป่วย 5 คนเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 20.83) และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในสถานการณ์จริง ควรมีการนำรูปแบบการจัดการดังกล่าวไปใช้ และทดสอบประสิทธิภาพของการใช้ต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
สหสาขาวิชาชีพ หน่วยตรวจฉุกเฉิน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะเร่งด่วนและคุกคามชีวิตซึ่งพบได้บ่อยในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ในแต่ละปีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับบริการที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน ประเทศสหรัฐอเมริกา ประมาณ 850,000 คน (Wang et al., 2017) สำหรับประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ปี และพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 32.03 (Ministry of Public Health, 2018) และจากข้อมูลสถิติของหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับบริการทั้งสิ้น 443 คน (Emergency Unit, 2022)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติอย่างรุนแรงจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อที่เสียสมดุล จนส่งผลคุกคามชีวิต (Singer et al., 2016) เมื่อร่างกายเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วบริเวณของร่างกาย ส่งผลให้มีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายล้มเหลวรวมกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ หากการดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อาจนำไปสู่การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) และเสียชีวิตได้ (Makic & Bridges, 2018)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องการการค้นหาและวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และการรักษาอย่างเหมาะสมทันทีที่วินิจฉัยได้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี (Levy et al., 2018) การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และลดอัตราการเสียชีวิต (Bentley et al., 2016) การจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ล่าช้าออกไปในแต่ละชั่วโมง จะเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 4 (Seymour et al., 2017) นอกจากนี้ การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้การดำเนินของโรคมีความรุนแรงขึ้น ทำให้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น (Paoli et al., 2018)

การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ครอบคลุมการค้นหา การวินิจฉัย (early detection) และการรักษาอย่างรวดเร็ว (early treatment) การค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยตรวจฉุกเฉินทำได้โดยใช้เครื่องมือคัดกรอง เช่น เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (quick Sequential Organ Failure Assessment Score [qSOFA]) และเกณฑ์สัญญาณเตือนแรกเริ่ม (National Early Warning Scores: NEWS) (Evans et al., 2021) หลังจากการคัดกรองแล้วมีข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยน่าจะมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทีมผู้รักษาก็จะทำการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis-related Organ Failure Assessment: SOFA) ซึ่งครอบคลุมการประเมินค่าพารามิเตอร์ ได้แก่ การหายใจ การแข็งตัวของเลือด การทำงานของตับ การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด การทำงานระบบประสาทส่วนกลาง และการทำงานของไต (Evans et al., 2021)

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยตรวจฉุกเฉินครอบคลุม การเจาะเลือดเพื่อประเมินค่าแลคเตทในเลือด การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ และการให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้าง (broad spectrum antibiotics) ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับในชั่วโมงแรก (hour-1 bundle) นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการ (Rhodes et al., 2017) ข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันระบุว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งในกลุ่มที่มีภาวะช็อกและไม่มีภาวะช็อก ผู้ป่วยที่น่าจะมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis is probable) และผู้ป่วยที่อาจจะมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis is possible) ที่มีภาวะช็อกร่วมด้วย ควรได้รับยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากค้นพบและวินิจฉัยได้ (Evans et al., 2021)



การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการดำเนินการโดยใช้ระบบช่องทางด่วนภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis fast track) และมีแนวทางการวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล ซึ่งอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ แต่จากการศึกษาสถานการณ์การจัดการเพื่อได้รับยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2562 พบว่า มีเพียงร้อยละ 48.69 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที ภายหลังมาถึงหน่วยตรวจฉุกเฉิน และระยะเวลาเฉลี่ยของการได้รับยาปฏิชีวนะอยู่ที่ 82.39 นาที อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 35.06 และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.46 (Chounjai et al., 2021)

จากการวิเคราะห์พบว่า สาเหตุส่วนหนึ่งของผลลัพธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้า เกิดจากความไม่ชัดเจนของรูปแบบการทำงาน และการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยพบว่า ยังมีความไม่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร รวมทั้งวิธีการและเวลาในการประสานงานระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ระหว่างนักเทคนิคการแพทย์กับแพทย์และพยาบาล ระหว่างพยาบาลกับเภสัชกร เป็นต้น ทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการวินิจฉัยและรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ทั้งนี้ การประสานการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ทีมสุขภาพ ค้นหา วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว เกิดผลลัพธ์ในการดูแลรักษาที่ดี และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Delawder & Hulton, 2020)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพ ในหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพ ในหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้ทดลองปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพ ในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ครอบคลุมกระบวนการจัดการในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉินทั้ง 3 กระบวนการ ได้แก่ การคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ สภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการฯ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของการจัดทำรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) กำหนดทีมพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 4) กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) การยกร่างรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 7) การจัดเตรียมรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดฉบับยกร่างพร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้งาน 8) การเตรียมผู้ปฏิบัติก่อนการนำรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้จริง 9) การทดลองใช้รูปแบบการจัดการ



ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 10) การประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 11) การนำเสนอข้อมูลและสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต่อทีมผู้ปฏิบัติ และ 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา รูปแบบการจัดการที่พัฒนาขึ้นน่าจะช่วยเพิ่มร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที ลดร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ประจำการหน่วยตรวจฉุกเฉิน พยาบาลประจำการหน่วยตรวจฉุกเฉิน นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกรที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มทีมพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งคัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญสาขาแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร รวมทั้งหมด 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ประจำการหน่วยตรวจฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ที่รับผิดชอบการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน 1 คน เภสัชกรที่รับผิดชอบการบริหารยาของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน 1 คน และผู้วิจัย

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 40 คน ประกอบด้วย บุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในช่วงวันที่ 1-14 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ทั้งหมดที่ไม่ใช่ทีมพัฒนารูปแบบการจัดการฯ ได้แก่ แพทย์ประจำการหน่วยตรวจฉุกเฉิน 8 คน พยาบาลประจำการหน่วยตรวจฉุกเฉิน 22 คน นักเทคนิคการแพทย์ 5 คน และเภสัชกร 5 คน

3. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1-14 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิก่อนศึกษาสูงสุด และระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยตรวจฉุกเฉิน

2. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพ ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (Nantachipan, 2006) โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิก่อนศึกษาสูงสุด และระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยตรวจฉุกเฉิน และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน มีข้อคำถามปลายปิด 6 ข้อ เป็นลักษณะของแบบประมาณค่าตัวเลข (numeric rating scale) ทั้งหมด 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง และมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ



3. แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการจัดการโดยใช้รูปแบบการจัดการฯ ครอบคลุม เพศ อายุ วันเวลาที่มารับบริการ อาการที่นำมาโรงพยาบาล คณะกรรมการประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว คณะณัติสัญญาณเตือนเริ่มแรก

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลถึงได้รับยาปฏิชีวนะในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ครอบคลุมเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล เวลาที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ยาปฏิชีวนะ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ (นาทิต)

ส่วนที่ 3 การเกิดภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ครอบคลุม การเกิด/ไม่เกิดภาวะช็อก เวลาที่เกิด และระยะเวลาที่เกิดภาวะช็อก (คิดเป็นนาทิต) หลังเข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 4 การเสียชีวิตของผู้ป่วยในระยะเวลา 72 ชั่วโมง ครอบคลุม การเสียชีวิต/ไม่เสียชีวิต เวลาที่เสียชีวิต และระยะเวลาที่เสียชีวิต (คิดเป็นชั่วโมง) หลังเข้ารับการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 คน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน 2 คน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาความเที่ยงของการบันทึกผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในส่วนที่ 3 การเกิดภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (intratester reliability) ระหว่างผู้บันทึก 2 คน คือ ผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยทำการบันทึกในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของการบันทึกเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 096/2565 และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 400/2565 ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และสิทธิในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมพัฒนารูปแบบการจัดการฯ และผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ สำหรับข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างการทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการฯ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลอย่างเป็นทางการจากผู้มีอำนาจอนุญาต และในการรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อ รวมทั้งมีการกำหนดรหัสที่ไม่ระบุตัวตนของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยประยุกต์ใช้แนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภากาชาดด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งประเทศไทยออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหน่วยตรวจฉุกเฉิน เพื่อนำเสนอประเด็นปัญหาในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และกำหนดขอบเขตของการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดย



สหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน โดยขอบเขตของรูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาครอบคลุมการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย และการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน

2. กำหนดทีมพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องสำคัญในกระบวนการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และผู้วิจัยที่ 1

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของผู้ใช้รูปแบบการจัดการฯ โดยวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการฯ ครั้งนี้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้รูปแบบการจัดการฯ คือ บุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ได้แก่ แพทย์ประจำการ หน่วยตรวจฉุกเฉิน พยาบาลประจำการหน่วยตรวจฉุกเฉิน นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร

4. กำหนดผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยตรวจฉุกเฉินที่มีการบันทึกในระบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา 2) ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง นับจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดมาถึงที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน (Capp et al., 2015) โดยใช้เกณฑ์ค่าความดันโลหิตแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure) น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังได้รับการให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ (30 cc/kg) และมีค่าระดับแลคเตทในเลือด มากกว่า 2 มิลลิโมล ต่อลิตร (Evans et al., 2021) และ 3) อัตราการเสียชีวิต โดยประเมินการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยที่มาถึงหน่วยตรวจฉุกเฉิน (Blanco et al., 2008) จากข้อมูลที่มีการบันทึกลงในระบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน

5. รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารงานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ “sepsis patients” “sepsis management” “sepsis guideline” “multidisciplinary sepsis management” กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ CINAHL, MEDLINE, PubMed, Science Direct และ Thai Nursing Research Database ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเกี่ยวข้อง จำนวน 17 เรื่อง และผู้วิจัยและทีมพัฒนาฯ ร่วมกันพิจารณาถึงระดับความน่าเชื่อถือและข้อเสนอแนะของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ตามแนวทางของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2013) เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพและมีความเหมาะสมต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้หลักฐานเชิงประจักษ์แบ่งตามระดับความน่าเชื่อถือ ดังนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ Level 2.a จำนวน 3 เรื่อง Level 2.b จำนวน 7 เรื่อง Level 3.a จำนวน 5 เรื่อง และ Level 3.b จำนวน 2 เรื่อง

6. ผู้วิจัยและทีมพัฒนาฯ ยกร่างแบบรูปแบบการจัดการฯ พร้อมทั้งจัดทำร่างคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการฯ และนำไปตรวจสอบคุณภาพ ความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 คน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน 2 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีมพัฒนาฯ พิจารณาปรับรูปแบบการจัดการฯ ฉบับยกร่าง และคู่มือฯ ฉบับยกร่างตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

7. ผู้วิจัยจัดเตรียมรูปแบบการจัดการฯ ฉบับยกร่าง และคู่มือฯ ฉบับยกร่าง โดยเตรียมรูปเล่มเอกสารจัดวางไว้ในบริเวณที่ผู้ปฏิบัติสามารถมองเห็นได้ชัดเจนและสะดวกในการหยิบใช้ และจัดทำไฟล์ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ QR code เพื่อสะดวกในการดาวน์โหลดและเปิดใช้งานหากมีข้อสงสัยในการปฏิบัติ และจัดทำโปสเตอร์



แสดงรูปแบบการจัดการฯ โดยติดบริเวณโต๊ะทำงาน หน้าจอคอมพิวเตอร์ และส่งแจ้งเตือนในระบบ LINE Application นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ standing order sepsis ใส่ไว้ในกล่องลิ้นชัก และจัดตั้งในบริเวณที่สะดวกและสามารถหยิบใช้ได้ง่าย

8. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ เพื่อเตรียมผู้ปฏิบัติให้เข้าใจสาระของรูปแบบการจัดการฯ ฉบับยกร่าง วิธีการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการฯ ก่อนการนำรูปแบบการจัดการฯ ไปใช้ โดยเข้าพบผู้ปฏิบัติเป็นกลุ่มย่อยแยกตามวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มแพทย์ 1 ครั้ง กลุ่มพยาบาลประจำการ 2 ครั้ง กลุ่มนักเทคนิคการแพทย์ 1 ครั้ง และกลุ่มเภสัชกร 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 20-30 นาที ในการเข้าพบกลุ่มย่อยมีการอธิบายสาระของรูปแบบการจัดการฯ ในภาพรวม และอธิบายรายละเอียดในคู่มือฯ เฉพาะส่วนของรูปแบบการจัดการฯ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มวิชาชีพ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในส่วนที่จำเป็น เช่น การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

9. หลังจากเข้าพบกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ จนครบ กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการจัดการฯ เมื่อมีผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมารับบริการที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 1-14 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

10. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการฯ เมื่อสิ้นสุดระยะการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่มีการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ จากนั้นทบทวนในเวชระเบียน โดยผู้วิจัย (ผู้เขียนคนที่ 1) เป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามแบบบันทึกผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯ นำมาวิเคราะห์และสรุปผลการทดลองใช้

11. ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลและสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต่อทีมผู้ปฏิบัติ โดยนำเสนอข้อมูลสรุปผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระหว่างทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และข้อมูลสรุปความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

12. ผู้วิจัยจัดให้มีการประชุมพิจารณาของปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบฯ เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะในการนำมาพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มเติม ซึ่งผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบฯ มีความเห็นร่วมกันว่าสามารถนำรูปแบบการจัดการฯ เหมาะสม และไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน (รูปที่ 1) ครอบคลุม 3 กระบวนการ ได้แก่ การคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีการกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้องในแต่ละกระบวนการและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ดังนี้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดกรอง ประกอบด้วย พยาบาลคัดกรองทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น และส่งต่อแพทย์เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินทำหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วยซ้ำ และประกาศใช้ช่องทางด่วนภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (activate fast tract) และพยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่ในการแจ้งเตือนทีมดูแล

บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการวินิจฉัยประกอบด้วย แพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินทำหน้าที่ในการออกคำสั่งการส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและการวินิจฉัยโรค พยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่ในการรับคำสั่ง การส่ง

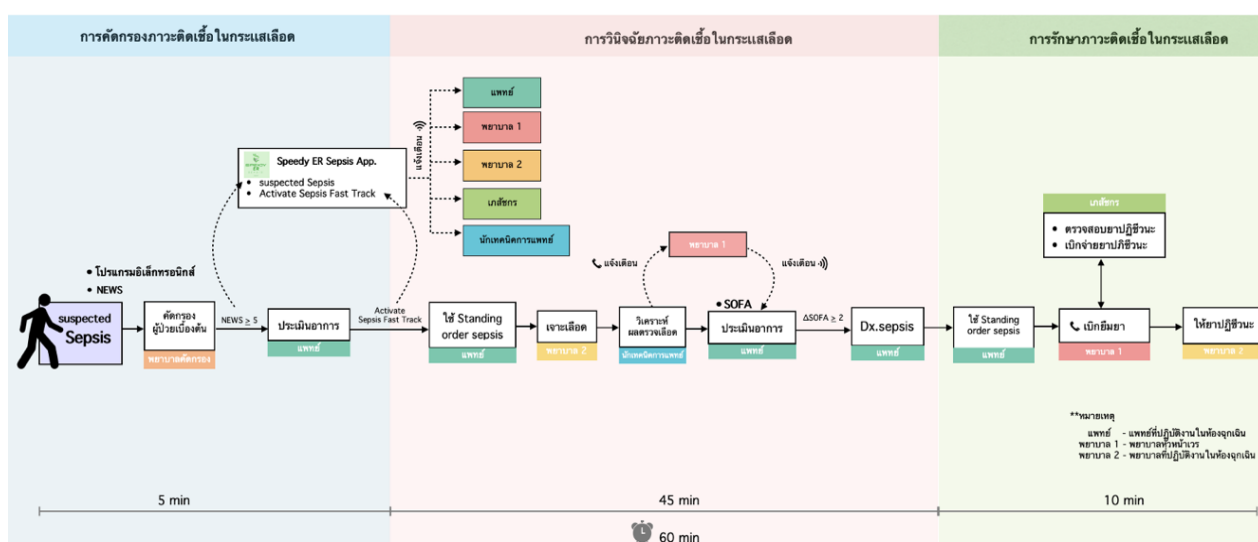
ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และประสานทางห้องปฏิบัติการเพื่อขอรับผลการตรวจเร่งด่วน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินทำหน้าที่ในการเก็บตัวอย่างเลือด ประสานการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแจ้งผลการตรวจ และนักเทคนิคการแพทย์ทำหน้าที่ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแจ้งเตือนเมื่อตรวจแล้วเสร็จ

บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการรักษาประกอบด้วย แพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินทำหน้าที่ในการออกคำสั่งแผนการรักษา พยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่รับคำสั่งแผนการรักษา และประสานเภสัชกรเพื่อเบิกยืมยาปฏิชีวนะเร่งด่วน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินทำหน้าที่ในการให้ยาปฏิชีวนะ และเภสัชกรทำหน้าที่ในการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ และเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะ

การคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กำหนดให้ใช้เกณฑ์สัญญาณเตือนเริ่มแรก (NEWS) ร่วมกับการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น (speedy ER application) เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีการแจ้งเตือนทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องเมื่อคัดกรองพบผู้ป่วยสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และประกาศใช้ช่องทางด่วนภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย การใช้ชุดคำสั่งมาตรฐาน (standing order) ในผู้ป่วยที่มีการประกาศใช้ช่องทางด่วนภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการแจ้งเตือนทางโทรศัพท์เมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วเสร็จ เพื่อนำผลการตรวจที่ได้มาวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (SOFA score)

การรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย การใช้ชุดคำสั่งมาตรฐาน (standing order) เพื่อเริ่มการรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด



รูปที่ 1 รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยแพทย์ 8 คน พยาบาล 22 คน นักเทคนิคการแพทย์ 5 คน และเภสัชกร 5 คน มีอายุตั้งแต่ 23-42 ปี อายุเฉลี่ย 28.75 ปี มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินตั้งแต่ 1-20 ปี เฉลี่ย 5.05 ปี ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (n = 40)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	20.00
หญิง	32	80.00
อายุ (M = 28.75, SD = 4.74, range 23-42)		
น้อยกว่า 30 ปี	28	70.00
30-39 ปี	8	20.00
มากกว่า 39 ปี	4	10.00
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	39	97.50
ปริญญาโท	1	2.50
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยตรวจฉุกเฉิน (Mean = 5.05, SD = 4.41, range 1-20)		
น้อยกว่า 5 ปี	26	65.00
5 - 10 ปี	10	25.00
มากกว่า 10 ปี	4	10.00

3. ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน

3.1 ระหว่างการทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการฯ มีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมารับบริการทั้งหมด 24 คน อายุตั้งแต่ 19-93 ปี อายุเฉลี่ย 73.42 ปี มารับบริการในเวรเช้า บ่าย ดึก จำนวน 12, 7 และ 5 คน ตามลำดับ จากการติดตามผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 24 คน ได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที โดยมีระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่มาถึงหน่วยตรวจฉุกเฉินจนได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ 15-59 นาที เฉลี่ย 34.96 นาที มีผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 5 คน (ร้อยละ 20.83) และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน (n = 24)

ผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที	24	100
ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	5	20.83
ผู้ป่วยเสียชีวิตภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง ภายหลังเข้ารับการรักษาในหน่วยตรวจฉุกเฉิน	0	0

3.2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการฯ จากกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบฯ จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความเห็นว่ารูปแบบการจัดการฯ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในประเด็นความง่ายและสะดวกในการใช้ ความชัดเจนและน่าเชื่อถือ ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ การช่วยลดระยะเวลาในการจัดการฯ การทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วย และความ



เป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพ
ในหน่วยตรวจฉุกเฉินไปใช้ (n = 40)

องค์ประกอบของรูปแบบ	ความคิดเห็น	
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)
1. รูปแบบใช้ได้ง่าย และสะดวก	32 (80.00)	8 (20.00)
2. รูปแบบมีความชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือ	34 (85.00)	6 (15.00)
3. รูปแบบมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้	34 (85.00)	6 (15.00)
4. การใช้รูปแบบช่วยให้บุคลากรลดระยะเวลาในการ จัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	30 (75.00)	10 (25.00)
5. การใช้รูปแบบจะทำให้เกิดประสิทธิผลต่อที่ดีผู้ป่วย	29 (72.50)	11 (27.50)
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในสถานการณ์จริง	34 (85.00)	6 (15.00)

การอภิปรายผล

รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมอย่างเป็นระบบจำนวน 17 เรื่อง มีการพิจารณาระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2013) โดยทีมพัฒนา ซึ่งมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และเป็นผู้เกี่ยวข้องหลักในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งรูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้รูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุม และความน่าเชื่อถือ

รูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมทั้งในเรื่องการกำหนดผู้เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ในแต่ละกระบวนการ และข้อแนะนำในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษา (รูปที่ 1) การกำหนดผู้เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างชัดเจน ก่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีการประสานงานร่วมกันที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดระบบการทำงานเป็นทีมและมีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจนซึ่งช่วยให้ทีมการรักษาสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล (time to antibiotic) (Hayden et al., 2016) และลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Delawder & Hulton, 2020)

การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในรูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้น มีการใช้เกณฑ์สัญญาณเตือนเริ่มแรก (NEWS) มาเป็นเครื่องมือในการคัดกรอง ซึ่งช่วยให้สามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาของ เฮนนิ่ง และคณะ (Henning et al., 2017) พบว่าเกณฑ์สัญญาณเตือนเริ่มแรก มีความแม่นยำในการคาดการณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และความจำเป็นในการนอนหอผู้ป่วยวิกฤตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าเกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (qSOFA) นอกจากนี้ ในรูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้นมีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยสนับสนุนการตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ช่วยให้การคัดกรองมีความสะดวกและรวดเร็ว การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการคัดกรองช่วยให้ค้นหาและระบุผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว (Gatewood et al., 2015) รวมทั้งช่วยลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากตัวมนุษย์



(human error) ในเรื่องการคำนวณคะแนนต่าง ๆ ในการประเมินคัดกรองได้ (Alsolamy et al., 2014)

ในรูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้น มีการแจ้งเตือนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาเมื่อค้นพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านแอปพลิเคชัน Speedy ER Sepsis (Tangsuwanarak et al., 2022) บนอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการแจ้งเตือนช่วยเพิ่มความสะดวก ลดระยะเวลาที่ใช้ในการแจ้งเตือนทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และช่วยให้ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคนได้รับการแจ้งเตือนพร้อมกัน (Hayden et al., 2016) การได้รับการแจ้งเตือนทันทีเมื่อค้นพบผู้ป่วยที่สงสัยหรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดช่วยให้ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถดำเนินกิจกรรมการรักษาได้โดยเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ แทรต (Threatt, 2020) ซึ่งพบว่า การแจ้งเตือนโดยตรงระหว่างพยาบาลคัดกรองและแพทย์เมื่อมีการค้นพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ช่วยให้แพทย์สามารถเข้าถึงผู้ป่วยและให้การรักษาทันที รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ (door to needle time) ลดลง (Threatt, 2020)

นอกจากนี้ การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้มีการปรับให้มีการใช้ชุดคำสั่งมาตรฐาน (standing order) ซึ่งสามารถช่วยให้แพทย์วางแผนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กริป และคณะ (Gripp et al., 2021) ซึ่งพบว่า การใช้ชุดคำสั่งมาตรฐานในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉินมีส่วนช่วยให้การปฏิบัติกิจกรรมการรักษาที่จำเป็นในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการให้ยาปฏิชีวนะสามารถปฏิบัติให้ครบได้ภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง นอกจากนี้ชุดคำสั่งมาตรฐาน (standing order) ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้มีการบรรจุแนวทางในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาผู้ป่วยเพื่อช่วยให้แพทย์ตัดสินใจในการวางแผนการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะได้สะดวกมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การใช้แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉินสามารถช่วยลดระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยลงได้จากเดิม 140 นาที ลดเหลือเป็น 68 นาที (Rehmani et al., 2014)

ในการทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการฯ ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้น ผลจากการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ พบว่า ระหว่างการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามรูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้น ทุกคนได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตใน 72 ชั่วโมง และมีการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 20.83 (ตารางที่ 2) ผลจากการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ ดังกล่าวน่าจะเกิดจากหลายองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการฯ ทั้งการกำหนดบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในแต่ละกระบวนการและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนทำให้เกิดการประสานการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว ลดความล่าช้าในกระบวนการ (Bruce et al., 2015) และการกำหนดข้อแนะนำในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษา โดยมีการเลือกใช้เครื่องมือจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันที่มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ เกณฑ์สัญญาณเตือนเริ่มแรกที่น่ามาใช้ในการคัดกรอง เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่น่ามาใช้ในการวินิจฉัย รวมทั้งการนำเทคโนโลยี ได้แก่ การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคัดกรองผู้ป่วย การแจ้งเตือนทีมทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่เข้ามาช่วยลดระยะเวลา ลดความผิดพลาดในการจัดการฯ (Hayden et al., 2016; Tangsuwanarak et al., 2022)

จากผลประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการฯ โดยกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นด้วยว่ารูปแบบการจัดการฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ตารางที่ 3) ผลการวิจัยดังกล่าวจะเกิดจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการฯ ที่น่าเชื่อถือ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัยได้เลือกทีมพัฒนา



ซึ่งประกอบด้วยบุคคลสำคัญ (key person) จากทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร การเลือกทีมพัฒนา จากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องช่วยให้ทราบมุมมองและข้อกังวลต่าง ๆ อย่างรอบด้าน (NHMRC, 1999) ทำให้ผู้วิจัยและทีมพัฒนา สามารถกำหนดรูปแบบการจัดการฯ ที่ตอบสนองความต้องการ เหมาะสมกับบริบททั้งในส่วนของการกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ของแต่ละสหสาขาวิชาชีพใน 3 กระบวนการ รวมถึงวิธีการแจ้งเตือนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในแต่ละกระบวนการ (รูปที่ 1)

นอกจากนี้ ในการนำรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้งานในสถานการณ์จริง ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ แยกตามกลุ่มวิชาชีพ เพื่อเตรียมผู้ปฏิบัติให้เข้าใจสาระของรูปแบบการจัดการฯ ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการฯ รวมทั้งได้มีการจัดเตรียมรูปแบบเอกสารไฟล์ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ QR code รวมถึงโปสเตอร์แสดงรูปแบบการจัดการฯ โดยติดบริเวณโต๊ะทำงาน หน้าจอคอมพิวเตอร์ และส่งแจ้งเตือนในระบบ LINE Application เพื่ออำนวยความสะดวกในการนำรูปแบบการจัดการฯ ไปใช้ และลดปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น การดำเนินการในส่วนนี้อาจจะมีส่วนทำให้กลุ่มผู้ปฏิบัติที่ทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ มีความสะดวกในการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการฯ เพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยตรวจฉุกเฉินโดยสหสาขาวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง และก่อให้เกิดผลลัพธ์การจัดการที่ดี อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการเฉพาะการทดสอบความเป็นไปได้ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับบริการในช่วงเวลาดังกล่าวเพียง 24 คน ผลจากการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นเพียงผลลัพธ์เบื้องต้นที่แสดงถึงความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดการฯ เท่านั้น รวมทั้งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลาการจัดการในแต่ละกระบวนการ และไม่ได้มีการเปรียบเทียบระยะเวลาการจัดการในแต่ละกระบวนการก่อนการนำรูปแบบการจัดการฯ มาทดลองใช้ และระหว่างการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฯ ทำให้ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่ารูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยลดระยะเวลาในกระบวนการใด ทั้งนี้ควรมีการนำรูปแบบการจัดการฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถานการณ์จริงและประเมินประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยตรวจฉุกเฉินในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งนี้ในการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลต่าง ๆ ควรคำนึงถึงบริบทของหน่วยงาน และปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพในหน่วยตรวจฉุกเฉิน เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิดภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การเสียชีวิตของผู้ป่วย และประเมินผลลัพธ์ทางกระบวนการ ได้แก่ การได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที อย่างต่อเนื่อง



References

- Alsolamy, S., Al Salamah, M., Al Thagafi, M., Al-Dorzi, H. M., Marini, A. M., Aljerian, N., Al-Enezi, F., Al-Hunaidi, F., Mahmoud, A. M., Alamry, A. & Arabi, Y. M. (2014). Diagnostic accuracy of a screening electronic alert tool for severe sepsis and septic shock in the emergency department. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14, 105. <https://doi.org/10.1186/s12911-014-0105-7>
- Bentley, J., Henderson, S., Thakore, S., Donald, M., & Wang, W. (2016). Seeking sepsis in the emergency department-identifying barriers to delivery of the sepsis 6. *BMJ Open Quality*, 5(1), u206760.w203983. <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u206760.w3983>
- Blanco, J., Muriel-Bombín, A., Sagredo, V., Taboada, F., Gandía, F., Tamayo, L., Collado, J., García-Labattut, Á., Carriedo, D., Valledor, M., De Frutos, M., López, M. J., Caballero, A., Guerra, J., Alvarez, B., Mayo, A., Villar, J., & Grupo de Estudios y Análisis en Cuidados Intensivos. (2008). Incidence, organ dysfunction and mortality in severe sepsis: A Spanish multicentre study. *Critical Care*, 12(6), R158. <https://doi.org/10.1186/cc7157>
- Bruce, H. R., Maiden, J., Fedullo, P. F., & Kim, S. C. (2015). Impact of nurse-initiated ED sepsis protocol on compliance with sepsis bundles, time to initial antibiotic administration, and in-hospital mortality. *Journal of Emergency Nursing*, 41(2), 130-137.
- Capp, R., Horton, C. L., Takhar, S. S., Ginde, A. A., Peak, D. A., Zane, R., & Marill, K. A. (2015). Predictors of patients who present to the emergency department with sepsis and progress to septic shock between 4 and 48 hours of emergency department arrival. *Critical Care Medicine*, 43(5), 983-988.
- Chounjai, T., Sukonthasarn, A., & Wangsrikhun, S. (2021). Management for receiving antibiotics in sepsis patients in the emergency department: A situational analysis. *Chiang Mai Medical Journal*, 60(4), 695-706. (in Thai)
- Delawder, J. M., & Hulton, L. (2020). An interdisciplinary code sepsis team to improve sepsis-bundle compliance: A quality improvement project. *Journal of Emergency Nursing*, 46(1), 91-98.
- Emergency Unit. (2022). *Annual statistical report*. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine. (in Thai)
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 47(11), 1181-1247.
- Gatewood, M. O. K., Wemple, M., Greco, S., Kritek, P. A., & Durvasula, R. (2015). A quality improvement project to improve early sepsis care in the emergency department. *BMJ Quality & Safety*, 24(12), 787-795.



Development of a Multidisciplinary Sepsis Management Model
in an Emergency Department
การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสหสาขาวิชาชีพ
ในหน่วยตรวจฉุกเฉิน

- Gripp, L., Raffoul, M., & Milner, K. A. (2021). Implementation of the surviving sepsis campaign one-hour bundle in a short stay unit: A quality improvement project. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63, 103004. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103004>
- Hayden, G. E., Tuuri, R. E., Scott, R., Losek, J. D., Blackshaw, A. M., Schoenling, A. J., Nietert, P. J., & Hall, G. A. (2016). Triage sepsis alert and sepsis protocol lower times to fluids and antibiotics in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 34(1), 1-9.
- Henning, D. J., Puskarich, M. A., Self, W. H., Howell, M. D., Donnino, M. W., Yealy, D. M., Jones, A. E., & Shapiro, N. I. (2017). An emergency department validation of the SEP-3 sepsis and septic shock definitions and comparison with 1992 consensus definitions. *Annals of Emergency Medicine*, 70(4), 544-552. e5. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.01.008>
- Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 925-928.
- Makic, M. B. F., & Bridges, E. (2018). CE: Managing sepsis and septic shock: Current guidelines and definitions. *The American Journal of Nursing*, 118(2), 34-39.
- Ministry of Public Health. (2018). *The government inspection report*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nantachipan, P. (2006). *The CPGs quality evaluation questionnaire*. Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). (1999). *A guide to the development, implememtation and evaluation of clinical practice guideline*. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/143696/nhmrc_clinprgde.pdf
- Paoli, C. J., Reynolds, M. A., Sinha, M., Gitlin, M., & Crouser, E. (2018). Epidemiology and costs of sepsis in the United States-an analysis based on timing of diagnosis and severity level. *Critical Care Medicine*, 46(12), 1889-1897.
- Rehmani, R. S., Memon, J. I., & Al-Gammal, A. (2014). Implementing a collaborative sepsis protocol on the time to antibiotics in an emergency department of a Saudi Hospital: Quasi randomized study. *Critical Care Research and Practice*, 2014, 410430. <https://doi.org/10.1155/2014/410430>
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J. E., Sprung, C. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Rubenfeld, G. D., Angus, D. C., Annane, D., Beale, R. J., Bellingham, G. J., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C., ... Dellinger, R. P. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 304-377.
- Seymour, C. W., Gesten, F., Prescott, H. C., Friedrich, M. E., Iwashyna, T. J., Phillips, G. S., Lemeshow, S., Osborn, T., Terry, K. M., & Levy, M. M. (2017). Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2235-2244.



- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J.-D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J.-L., & Angus, D. C. (2016). The Third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *The Journal of the American Medical Association*, 315(8), 801-810.
- Tangsuwanarak, T., Wittayachamnankul, B., Chentanakij, B., Kungsuwan, S., Shusri, N. & Na Lumpoon, P. (2022). *Development of completely on integration system emergency care service in medical and public health*. https://thesecsi.net/SECSICMU/r_pdf/y2/n4.pdf (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2013). *New JBI levels of evidence*. The Joanna Briggs Institute.
- Threath, D. L. (2020). Improving sepsis bundle implementation times: A nursing process improvement approach. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(2), 135-139.
- Wang, H. E., Jones, A. R., & Donnelly, J. P. (2017). Revised national estimates of emergency department visits for sepsis in the United States. *Critical Care Medicine*, 45(9), 1443-1449.



**Nurses' Competency in Caring for Patients with
Incontinence-Associated Dermatitis***
**สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังอักเสบ
จากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้***

จินตนา	สุวรรณอ่อน**	Jintana	Suwan-on**
เยาวรัตน์	มัชฌิม***	Yaowarat	Matchim***
บวรลักษณ์	ทองทวี****	Borwarnluck	Thongthawee****

Abstract

Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) is a condition in which there is inflammation of the skin from contact with urine or stool. It is a common condition in elderly and chronically ill patients who cannot control their continence. This descriptive research aimed to examine the level of nurses' competency in caring for patients with IAD. Study participants included 253 registered nurses working in medical wards in the 4th Public Health Region. The instruments used for collecting data included: 1) a demographic data form, and 2) the scale of competency in caring for patients with IAD (SC-IAD). The SC-IAD was tested for content validity by five experts and received a Content Validity Index (CVI) of 1.00. The reliability was tested among 30 registered nurses and yielded a Cronbach's alpha of .98. The data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that nurses' competency in caring for patients with IAD was at a moderate level ($M = 179.63$, $SD = 38.16$). When considering each dimension, it was found that only nursing practice competency was at a high level ($M = 63.86$, $SD = 11.05$), while competency in other dimensions was at a moderate level.

The results of this study can be used as basic information to improve nurses' competency in caring for patients with IAD to enhance the quality of care.

Keywords: Nurses' competency; Incontinence-associated dermatitis; Medical ward

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

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and older Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University;
e-mail: yaowarat.m@gmail.com

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



บทคัดย่อ

ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (IAD) คือ ภาวะที่มีการอักเสบของผิวหนังจากการสัมผัสกับอุจจาระหรือปัสสาวะ เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ การศึกษาเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานไปในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 253 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 1.00 และผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มพยาบาลจำนวน 30 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 179.63$, $SD = 38.16$) เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้านพบว่า มีเพียงสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่ในระดับสูง ($M = 63.86$, $SD = 11.05$) ส่วนสมรรถนะด้านอื่น ๆ อยู่ระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาล ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หอผู้ป่วยอายุรกรรม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-Associated Dermatitis: IAD) คือ ภาวะอักเสบของผิวหนัง จากการสัมผัสกับปัสสาวะ อุจจาระ ต่อเนื่องซ้ำ ๆ จนทำให้เกิดการอักเสบของผิวหนัง ชั้นบน ส่งผลให้เกิดผื่นแดงหรือเป็นแผล (Gray et al., 2012) หากมีการติดเชื้อร่วมด้วยอาจทำให้แผลลึกและรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นแผลกดทับได้ (Gray & Giuliano, 2018) จากการศึกษาในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD ร้อยละ 41 (Bliss et al., 2015) สำหรับในประเทศไทย โดยการศึกษาของโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD ร้อยละ 33 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่มีอายุเฉลี่ย 63 ปี (Uppanisakorn et al., 2015) และการศึกษาของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD ร้อยละ 48 และร้อยละ 58 พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Phungsiri, 2016) อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ยังไม่พบการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD พบเพียงอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ มีความเป็นไปได้ว่าอัตราการเกิดภาวะ IAD อาจรวมอยู่ในอัตราการเกิดแผลกดทับ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาวะสุขภาพ การมีนโยบายหรือมาตรฐานในการป้องกันและดูแลภาวะ IAD

จากสถิติอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IAD ในประเทศไทย เป็นที่สังเกตว่าภาวะ IAD มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งในบริบทของเขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 8.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตนี้ (Ministry of Public Health, 2020) เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นผิวหนังชั้นนอกจะบางลง และสูญเสียความยืดหยุ่นไปบางส่วน การหมุนเวียนของเซลล์ลดลงและผิวหนังบอบบางมากขึ้น เมื่อสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระหรือสารเคมีที่ทำให้เกิดความระคายเคืองจะทำลายการทำงานของเกราะป้องกันผิวหนัง (Lumbers, 2019) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุอาจเกิดการบกพร่องทางารรู้คิดและสติปัญญา และมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว (Bliss et al., 2011) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD เพิ่มขึ้น (Johansen et al., 2018) การฟื้นฟูของแผลช้ากว่าประชากรกลุ่มช่วงอายุอื่น และยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในแผนกอายุรกรรมเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 50 (Ngamkala et al., 2018) มีสัดส่วนการเข้ารับการรักษสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (Rajavithi Hospital, 2017)

พยาบาล เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD องค์กรพยาบาลด้านการดูแลบาดแผล ทวารเทียม และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Wound Ostomy and Continence Nurse Society: WOCN) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ผ่าตัดออสโตมี (ทวารใหม่/ทวารเทียม) และผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด โดยกำหนดสมรรถนะของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแผลดังกล่าว ที่สำคัญ 6 ด้าน คือ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผล 2) การวินิจฉัยการเกิดแผล 3) การระบุผลลัพธ์ในการดูแลแผล 4) การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผล 5) การให้การพยาบาลที่ถูกต้อง และ 6) การประเมินผลลัพธ์จากการดูแลแผล (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Task Force, 2018) การกำหนดกรอบสมรรถนะดังกล่าวช่วยให้พยาบาลมีมาตรฐานการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

การพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไม่ได้เน้นการป้องกันภาวะ IAD พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงอาจมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะ IAD ดังนั้นการศึกษสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ในเขตสุขภาพที่ 4 ครั้งนี้ จึงเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดขององค์กรพยาบาลด้านการดูแลแผล ผิวหนัง และทวารเทียม (Wound Ostomy and Continence Nurse Society: WOCN) โดยพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลภาวะ IAD ทั้ง 6 ด้าน คือ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผล 2) การวินิจฉัยการเกิดแผล วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างภาวะ IAD และแผลกดทับ 3) การระบุผลลัพธ์ในการดูแลแผล 4) การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผล พยาบาลสามารถพัฒนาแผนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD 5) การให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ และ 6) การประเมินผลการพยาบาล (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Task Force, 2018) หากพยาบาลมีความรู้ความสามารถดังที่กล่าวมาข้างต้น และสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง อาจส่งผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ของพยาบาลได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมทั้งสิ้น 6 โรงพยาบาล โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

การศึกษาครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม $G * power$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 211 คน และเนื่องจากมีโอกาสดำเนินการแบบสอบถามกลับคืนมาในอัตราต่ำกว่าจำนวนที่ต้องการ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนอีกครั้ง 20 รวมกลุ่มตัวอย่างเป็น 253 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ในอัตราส่วน 1:2

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น (Proportionate stratified random sampling)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยขอรายชื่อพยาบาลจากโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น สุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อพยาบาลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ให้ได้เท่ากับจำนวนตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลอายุรกรรมในโรงพยาบาลนั้น ๆ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 253 คน มีอัตราตอบแบบสอบถามส่งคืนร้อยละ 100



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย เป็นแบบสอบถามมี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำลงในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับของโรงพยาบาล ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD นโยบายของโรงพยาบาลในการป้องกันดูแลภาวะ IAD มาตรการป้องกันหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้ป่วย สร้างโดย นิฟาติน สุไลมาน และคณะ (Sulaiman et al., 2020) ที่ได้ประยุกต์จากแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของสมาคมการดูแลบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Task Force, 2018) โดยประเมินสมรรถนะตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ 6 ด้าน จำนวน 51 ข้อประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล 4) การวางแผนการพยาบาล 5) การปฏิบัติการพยาบาล และ 6) การประเมินผลการดูแลการพยาบาลโดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 6.1) ด้านความรู้และทัศนคติในการป้องกันการเกิดภาวะ IAD และ 6.2) ด้านการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะ IAD

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีคะแนน 1 หมายถึง การไม่เคยรับรู้/ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เลย ถึงคะแนน 5 หมายถึง การรับรู้/สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 51-255 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง มีสมรรถนะในการป้องกันภาวะ IAD อยู่ระดับสูง ผู้วิจัยใช้การแบ่งระดับสมรรถนะเป็น 3 ระดับ คือ

51-119 คะแนน หมายถึง สมรรถนะในการป้องกันภาวะ IAD ในด้านนั้น ๆ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

120-188 คะแนน หมายถึง สมรรถนะในการป้องกันภาวะ IAD ในด้านนั้น ๆ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

189 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สมรรถนะในการป้องกันภาวะ IAD ในด้านนั้น ๆ โดยรวมอยู่ในระดับสูง

แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) คำนวณโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย-ธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการวิจัย 080/2565 และดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 6 โรงพยาบาล ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้วิจัยชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และวิธีดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีอิสระในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ และภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามถึงหัวหน้าพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือผู้ประสานงานโรงพยาบาลเป้าหมายด้วยตนเอง และให้ผู้ประสานงานแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยกำหนดเวลาในการตอบ



Nurses' Competency in Caring for Patients with
Incontinence-Associated Dermatitis
สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังอักเสบ
จากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

แบบสอบถาม 2 สัปดาห์ และผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนที่หัวหน้าพยาบาลหรือผู้ประสานงานวิจัยด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.80 มีช่วงอายุระหว่าง 26-35 ปี อายุเฉลี่ย 33.58 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.20 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 55.70 รองลงมาปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ร้อยละ 43.90 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 36.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ร้อยละ 80.60 และร้อยละ 62.80 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลภาวะ IAD เพิ่มเติมหลังจากจบการศึกษา ระดับปริญญาตรี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 253)

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD		
มี	204	80.60
ไม่มี	49	19.40
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลภาวะ IAD		
ไม่เคย	159	62.80
เคย*	94	37.20
การดูแลภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	63	24.90
การประชุมวิชาการประจำปีของชมรมพยาบาลพล ออสโตมีและ	14	5.50
ควบคุมการขับถ่าย		
การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมและแผล	3	1.20
การดูแลแผลกดทับ	80	31.60
มีคณะกรรมการที่เฝ้าระวังและรับรายงานการเกิดภาวะ IAD เป็นระยะเช่นทุก 1 หรือ 3 เดือน		
ไม่มี	91	36.00
มี	162	64.00
คณะกรรมการแผลกดทับ	162	64.00
คณะกรรมการ IAD	22	8.70
โรงพยาบาล/ภายในหน่วยงานมีผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการป้องกันดูแลภาวะ IAD อย่างเพียงพอโดย		
ไม่กระทบต่อผู้ป่วยและญาติในการจัดหาผลิตภัณฑ์มาใช้ในการดูแล		
ไม่เพียงพอ	132	52.10
ไม่ทราบ	30	11.90
เพียงพอ	91	36.0

* สามารถตอบได้มากกว่า 1 อย่าง



สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD

กลุ่มตัวอย่าง มีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 179.63$, $SD = 38.16$) เมื่อจำแนกสมรรถนะรายด้าน พบว่าสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับสูง ($M = 63.86$, $SD = 11.05$) สมรรถนะด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ($M = 27.49$, $SD = 6.12$) สมรรถนะด้านการวางแผนการพยาบาล ($M = 25.97$, $SD = 6.61$) สมรรถนะด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล ($M = 21.03$, $SD = 4.99$) สมรรถนะด้านการประเมินผลการพยาบาล ($M = 21.34$, $SD = 4.50$) และสมรรถนะด้านการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล ($M = 19.94$, $SD = 4.89$) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD รายด้านและในภาพรวม ($n = 253$)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD	ช่วงคะแนน	Min-Max	M	SD	ระดับ
1. ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD	8-40	10-40	27.49	6.12	ปานกลาง
2. ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล	6-30	8-30	21.03	4.99	ปานกลาง
3. ด้านการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล	6-30	8-30	19.94	4.89	ปานกลาง
4. ด้านการวางแผนการพยาบาล	8-40	10-40	25.97	6.61	ปานกลาง
5. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	17-85	29-85	63.86	11.05	สูง
6. ด้านการประเมินผลการพยาบาล	6-30	10-30	21.34	4.50	ปานกลาง
สมรรถนะพยาบาลโดยรวม	51-255	83-255	179.63	38.16	ปานกลาง

ตารางที่ 3 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD จากการประเมินตนเองข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน ตามลำดับ ($n = 253$)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD รายด้าน	M	SD
1. ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ($M = 27.47$, $SD = 6.12$)		
1.1 ท่านใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ในการประเมินผู้ป่วยได้ทุกราย	2.91	1.36
1.2 ท่านทราบความหมายของศัพท์ต่าง ๆ ที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ในผู้ป่วย	3.08	0.97
1.3 ท่านทราบขั้นตอนและวิธีในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ในผู้ป่วย โดยประเมินผู้ป่วยทุกรายและหากพบว่า มีคะแนนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ	3.34	1.03
2. ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล ($M = 21.03$, $SD = 4.99$)		
2.1 ทราบว่าสิ่งที่ท่านได้ประเมินจากผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงไปถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ได้	2.99	1.00
2.2 ท่านจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD จากคะแนนการประเมินได้	3.19	1.15



Nurses' Competency in Caring for Patients with
Incontinence-Associated Dermatitis
สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังอักเสบ
จากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ตารางที่ 3 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD จากการประเมินตนเองข้อที่มีค่าเฉลี่ย
น้อยที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน ตามลำดับ (n = 253) (ต่อ)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD รายด้าน	M	SD
2.3 ท่านวิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมินได้และจัดลำดับปัญหาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ในผู้ป่วยได้	3.20	1.08
3. ด้านการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล (M = 19.94, SD = 4.89)		
3.1 ท่านสอนทีมพยาบาลในการกำหนดผลลัพธ์ของการป้องกันการเกิดภาวะ IAD ในผู้ป่วยได้	2.80	1.17
3.2 ท่านกำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัช นักโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD	2.97	1.17
3.3 ท่านกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD ได้	3.28	0.99
4. ด้านการวางแผนการพยาบาล (M = 25.97, SD = 6.61)		
4.1 ท่านนำแนวทางปฏิบัติ/หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการป้องกันภาวะ IAD ในผู้ป่วยแต่ละรายได้	2.95	1.12
4.2 ท่านปรับเปลี่ยนแผนการดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะ IAD ในผู้ป่วยแต่ละรายได้	3.16	0.96
4.3 ท่านนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาวางแผนร่วมกับแพทย์ในการดูแลป้องกันภาวะ IAD สำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ	3.16	1.06
5. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (M = 63.86, SD = 11.05)		
5.1 ท่านประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันดูแลป้องกันการเกิดภาวะ IAD ในผู้ป่วยได้	3.28	1.10
5.2 ท่านบันทึกผลลัพธ์การดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะ IAD ได้ชัดเจนและครอบคลุมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ยังมีและยังต้องได้รับการแก้ไข เช่น ตำแหน่ง ระดับการหลุดลอก เป็นต้น	3.34	1.03
5.3 ท่านอธิบายเหตุผลและแนะนำการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ในการปกป้องภาวะ IAD ในผู้ป่วยแต่ละรายให้แก่ทีมพยาบาล	3.48	1.10
6. ด้านการประเมินผลการดูแลการพยาบาล (M = 21.34, SD = 4.50)		
6.1 ท่านนำข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยแต่ละรายมาวิเคราะห์ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนและพัฒนาการดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะ IAD ได้อย่างเหมาะสม	3.34	1.07
6.2 ท่านวิเคราะห์กระบวนการในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ IAD และนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้	3.34	1.05
6.3 ท่านประเมินผลการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ IAD ได้	3.56	1.00

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 179.63, SD = 38.16) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ร้อยละ 43.90 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมมากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD สูงถึงร้อยละ 80.60 สอดคล้องกับแนวคิดของ เบนเนอร์ (Benner, 1982) ซึ่งพบว่า หากพยาบาลมีประสบการณ์ปฏิบัติงานติดต่อกัน

มากกว่า 10 ปี ยังมีการสะสมประสบการณ์ทำให้สามารถคิดวิเคราะห์หรือคาดการณ์สิ่งที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถตัดสินใจทางคลินิกช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ ริซานิ และคณะ (Rizany et al., 2018) ที่พบว่า ประสบการณ์ทำงานเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาทักษะทางการพยาบาลและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับสมรรถนะของพยาบาล

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.80 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลภาวะ IAD แต่ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ ซึ่งมีกิจกรรมและขั้นตอนการดูแลที่คล้ายคลึงกัน พยาบาลคุ้นเคยและปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การทำความสะอาดหลังขับถ่าย การทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง เป็นไปได้ว่าพยาบาลอาจเกิดการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลแผลกดทับมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิฟาติน สุไลมาน และคณะ (Sulaiman et al., 2020) การมีบริบทการป้องกันดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ที่แตกต่างกัน อาจขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาลหรือหน่วยที่เกี่ยวข้อง จากข้อมูลพบว่า ร้อยละ 54.60 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า ภาวะ IAD ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดหลักของหน่วยงาน และพยาบาลไม่ทราบว่าภาวะ IAD เป็นตัวชี้วัด ทั้งนี้มีคณะกรรมการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ IAD เพียงร้อยละ 8.70 และร้อยละ 52.10 มีผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการป้องกันดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ไม่เพียงพอ สะท้อนให้เห็นถึงนโยบายของโรงพยาบาลที่อาจยังไม่ได้ให้ความสำคัญในการป้องกันดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD มากนัก จึงอาจเป็นเหตุผลทำให้การศึกษาในครั้งนี้พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับสมรรถนะรายด้านอภิปรายได้ดังนี้

ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD จากผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 27.49$, $SD = 6.12$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.20 การเรียนในระดับปริญญาตรีมีการเรียนการสอนในเรื่องการดูแลแผลพื้นฐาน พยาบาลอาจนำความรู้พื้นฐานในการประเมินการเกิดแผลมาประยุกต์ใช้ในการประเมินการเกิดภาวะ IAD แต่เป็นการประเมินที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อภาวะ IAD จึงทำให้สมรรถนะในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 21.03$, $SD = 4.99$) การประเมินสมรรถนะในด้านนี้มีการเชื่อมโยงกับสมรรถนะในด้านแรก เป็นการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพมาวิเคราะห์ซึ่งพบว่า หากพยาบาลไม่สามารถประเมินการเกิดภาวะ IAD ได้ ก็จะไม่สามารถเชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงและระดับความรุนแรงของความเสี่ยงในการเกิดภาวะ IAD ส่งผลให้ไม่สามารถระบุข้อวินิจฉัยได้ จึงทำให้สมรรถนะในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

ด้านการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 19.94$, $SD = 4.89$) จากข้อมูลพบว่า หน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานมีคณะกรรมการในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ IAD เพียงร้อยละ 8.70 และยังพบว่าภาวะ IAD ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดหลักของหน่วยงาน สะท้อนให้เห็นได้ว่าพยาบาลอาจไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการกำหนดเป้าหมายในการดูแล ซึ่งอาจเข้าใจว่าภาวะ IAD ไม่ใช่ปัญหาที่รุนแรง จึงทำให้การระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลของภาวะ IAD ถูกให้ความสำคัญลดน้อยลง

ด้านการวางแผนการพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 25.97$, $SD = 6.61$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากในบริบทของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลและป้องกันภาวะ IAD ในผู้ป่วย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีประสบการณ์ในการดูแลภาวะ IAD ถึงร้อยละ 80.60 แต่ยังไม่มีแนวทางในการวางแผนการดูแลอย่างชัดเจน ซึ่งการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจะทำให้พยาบาลมีการวางแผนและให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dongpho, 2019) ดังนั้น การที่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนอาจทำให้พยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถวางแผนเพื่อดูแลภาวะ IAD ได้อย่างเฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพ



ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับสูง ($M = 63.86$, $SD = 11.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD มีความคล้ายคลึงกับการดูแลแผลกดทับ ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคยและปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การทำความสะอาดหลังขับถ่าย การทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง (Sulaiman et al., 2020) อีกทั้งแผลกดทับเป็นสิ่งที่พยาบาลได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยการรายงานการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่หน่วยงาน ที่สะท้อนคุณภาพมาตรฐานการบริการทางการแพทย์ จึงทำให้พยาบาลเกิดการตระหนักถึงการดูแลแผลที่เกิดขึ้น การดูแลภาวะ IAD จึงอาจถูกดูแลร่วมกับการดูแลแผลกดทับ จึงทำให้สมรรถนะในด้านนี้อยู่ในระดับสูง

ด้านการประเมินผลการพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 21.34$, $SD = 4.50$) อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลมีการนำความรู้ในการดูแลแผลมาใช้ในการประเมิน แต่ไม่ได้มีการประเมินภาวะ IAD อย่างเฉพาะเจาะจง จึงทำให้สมรรถนะด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทางหน่วยงานหรือองค์กรควรมีการจัดการให้ความรู้ประเมินระดับความรู้อย่างต่อเนื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD เพื่อส่งเสริมพัฒนาความรู้ และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลและป้องกันภาวะ IAD ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ด้านการบริหารทางการแพทย์ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการหาแนวทางเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการป้องกันดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ให้กับบุคลากรได้อย่างเหมาะสม และการจัดตั้งคณะกรรมการหรือทีมผู้ดูแลประจำหน่วยงานในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ IAD เพื่อเป็นตัวกลางในการสอน ให้คำปรึกษา ตลอดจนทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ อีกทั้งการกำหนดตัวชี้วัดภาวะ IAD เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องหรือความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ในระดับโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพอื่นได้

2. การตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ IAD เป็นการประเมินจากการรับรู้ของพยาบาลเพียงด้านเดียว จึงอาจจำเป็นต้องมีการประเมินร่วมกับการสังเกตการณ์จากหัวหน้างานเพื่อสะท้อนถึงสมรรถนะที่แท้จริง

References

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

https://journals.lww.com/ajnonline/citation/1982/82030/from_novice_to_expert.4.aspx

Bliss, D. Z., Funk, T., Jacobson, M., & Savik, K. (2015). Incidence and characteristics of incontinence-associated dermatitis in community-dwelling persons with fecal incontinence. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 42(5), 525-530.

<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000159>



- Bliss, D. Z., Savik, K., Thorson, M. A. L., Ehman, S. J., Lebak, K., & Beilman, G. (2011). Incontinence-associated dermatitis in critically ill adults: Time to development, severity, and risk factors. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 38(4), 433-445.
- Dongpho, P. (2019). Effectiveness of clinical practice guidelines implementation for pressure sore prevention. *Thammasat Medical Journal*, 19(2), 315-323. (in Thai)
- Gray, M., Beeckman, D., Bliss, D. Z., Fader, M., Logan, S., Junkin, J., Seleko, J., Doughty, D., & Kurz, P. (2012). Incontinence-associated dermatitis: A comprehensive review and update. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39(1), 61-74. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e31823fe246>
- Gray, M., & Giuliano, K. K. (2018). Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: A multisite epidemiologic analysis. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 45(1), 63-67. <https://doi.org/10.1097/WON.000000000000039>
- Johansen, E., Bakken, L. N., Duvaland, E., Faulstich, J., Hoelstad, H. L., Moore, Z., Vestby, E. M., & Beeckman, D. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Prevalence and associated factors in 4 hospitals in Southeast Norway. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 45(6), 527-531. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000480>
- Lumbers, M. (2019). How to manage incontinence-associated dermatitis in older adults. *British Journal of Community Nursing*, 24(7), 332-337. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.7.332>
- Ministry of Public Health. (2020). *Report on the performance of the 4th health district for fiscal year 2020*. <https://rh4.moph.go.th/upload/c4cd180c52eec726c3d84c75a452f30d.pdf>
- Ngamkala, T., Malathum, P., & Krairit, O. (2018). Incidence and risk factors of acute confusional state in hospitalized older patients. *Ramathibodi Nursing Journal*, 24(2), 137-149. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramanursej/rnj-v24-no2-may-aug-2018-03> (in Thai)
- Phungsiri, P. (2016). The effect of utilizing work instruction for incontinence associated dermatitis in high risk patient. *Region 11 Medical Journal*, 30(1), 59-67. (in Thai)
- Rajavithi Hospital. (2017). *Statistical report 2017*. <http://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2019/02/stat2560.pdf>
- Rizany, I., Hariyati, R. T. S., & Handayani, H. (2018). Factors that affect the development of nurses' competencies: A systematic review. *Enfermeria Clinica*, 28, 154-157. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30057-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30057-3)
- Sulaiman, N., Sae-Sia, W., & Promnoi, C. (2020). Selected factors for predicting nurses' competency towards the prevention of incontinence-associated dermatitis (IAD) in critically ill patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 31(2), 174-186. (in Thai)
- Uppanisakorn, S., Sommai, T., Vattanaprasan, P., & Boonyarat, J. (2015). Prevention and treatment of Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) in critical patients treated in the intensive care unit of a medical ward. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(2), 86-100. (in Thai)



Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Task Force. (2018). Wound, ostomy, and continence nursing: Scope and standards of WOC practice, 2nd Edition: An executive summary. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 45(4), 369–387.
<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000438>



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy*

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*

คณินิจ	พีระภาสกร**	Kaneungnit	Peerapassakorn**
ชมพูนุท	ศรรัตน์***	Chomphoonut	Srirat***
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช****	Chiraporn	Tachaudomdach****

Abstract

Oral mucositis is a complication in cancer patients receiving chemotherapy. Therefore, it must be prevented and managed to reduce its occurrence and severity. The research objective was to compare the occurrence of oral mucositis and to compare onset time, time duration of symptoms, and the severity of oral mucositis among cancer patients receiving chemotherapy between a group receiving a program and a group receiving normal nursing care. Purposive sampling was used to selected 52 first-time chemotherapy-treated cancer patients from the Chemotherapy Unit at Chomthong Hospital, who were divided into an experimental group and a control group of 26 participants each. The research tools included: 1) an oral care program combined with cryotherapy and 2) an oral mucositis symptoms assessment form from the World Health Organization. The data collection tools consisted of a personal information questionnaire; a form for recording oral symptoms at home; and a follow-up form for continuation by telephone. The research instruments were approved for inter-rater reliability, which was equal to 1. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, and the Mann-Whitney U test.

The results showed that the incidence of oral mucositis in the experimental group receiving the oral care program combined with cryotherapy (5 people, 19.2%) was less than that in the control group (26 people, 100%). There was a statistically significant ($p < .001$) onset time of oral mucositis in the experimental group ($M = 6.6$, $SD = 0.54$), which was significantly longer than that of the control group ($M = 3.92$, $SD = 0.68$, $p < .001$). The severity of oral mucositis in the experimental group ($M = 2.80$, $SD = 0.44$) was lower than that in the control group ($M = 4.73$, $SD = 1.18$) with statistical significance ($p < .001$). The degree of severity of oral mucositis in the experimental group ($M = 0.19$, $SD = 0.40$) was significantly less than that of the control group ($M = 1.88$, $SD = 0.51$, $p < .001$).

The results showed that the effects of oral care combined with cryotherapy can be used as a guideline for preventing the occurrence and reducing the severity of oral mucositis in cancer patients receiving chemotherapy.

Keywords: Oral care program; Cryotherapy; Cancer patients receiving chemotherapy; Oral mucositis

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

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

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

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

Received 29 October 2023; Revised 22 November 2023; Accepted 23 November 2023



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

บทคัดย่อ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้น จึงต้องป้องกันและจัดการเพื่อลดการเกิดและความรุนแรง วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ระยะเวลาเริ่มเกิด ระยะเวลาที่มีอาการ และความรุนแรง ของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัดครั้งแรก โรงพยาบาลจอมทอง จำนวน 52 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็น 2) แบบประเมินเยื่อช่องปากขององค์การอนามัยโลก เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกอาการในช่องปากที่บ้าน แบบติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า การเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็น (5 คน ร้อยละ 19.2) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (26 คน ร้อยละ 100) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะเวลาที่เริ่มเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลอง ($M = 6.6$, $SD = 0.54$) นานกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.92$, $SD = 0.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะเวลาที่มีอาการของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลอง ($M = 2.80$, $SD = 0.44$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 4.73$, $SD = 1.18$, $p < .001$) ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลอง ($M = 0.19$, $SD = 0.40$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 1.88$, $SD = 0.51$, $p < .001$)

ผลการวิจัย แสดงถึงผลของการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็น ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดและลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลช่องปาก การบำบัดด้วยความเย็น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่วินิจฉัยได้มากที่สุด มะเร็งเต้านมเกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้ผิวหนัง และพัฒนาจากเนื้อเยื่อเต้านมมีอาการแสดง ปัจจุบัน การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคมะเร็งเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการรักษาเดี่ยวหรือร่วมกับการผ่าตัดหรือการฉายแสง (combination therapy) การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด คือ การรักษามะเร็งโดยใช้ยาต้านมะเร็งหนึ่งชนิด หรือหลายชนิดมาประกอบกันเป็นสูตรยาเคมีบำบัด แม้ว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ระหว่างการรักษาผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนหลายประการ และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย ท้องผูก กัดการทำงานไขกระดูกทำให้ติดเชื้อได้ง่ายหรือมีภาวะซีด และเยื่อช่องปากอักเสบ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในต่างประเทศพบอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด ร้อยละ 20-80 ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Cidon, 2018) ในประเทศจอร์แดน พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับยาเคมีบำบัดกลุ่มด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin) ไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) และแทกเซน (Taxane) เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบถึงร้อยละ 81.3 (Al Ibraheemi & Shamoun, 2016) ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูงถึงร้อยละ 90.16 (Phongsuphot et al., 2021)

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ มีลักษณะบวมแดงที่เกิดขึ้นภายในช่องปาก ตั้งแต่บริเวณริมฝีปากจนถึงภายในช่องปากทั้งหมด ยาเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วมีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อภายในช่องปาก โดยยาจะรบกวนต่อการสังเคราะห์ดีเอ็นเอทำให้การสร้างเซลล์ใหม่ลดจำนวนลง หรือเป็นเซลล์เก่ามีการลอกหลุดไปตามอายุและไม่มีเซลล์ใหม่มาแทนที่ (Sonis et al., 2004) ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเกิดขึ้นได้หลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วง 2-5 วันแรก จนถึง 2-3 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับชนิดและสูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ (Songthong, 2014) นอกจากนี้ กระบวนการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบอาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ อายุ พบมากในผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ (Kim et al., 2012) ภาวะทุพโภชนาการ สุขอนามัยในช่องปากและฟันที่ไม่ดี การระคายเคืองในช่องปาก การขาดน้ำ ภาวะโรคร่วมอื่น ๆ และปริมาณเม็ดเลือดขาวสมบูรณ์ (Berger & Eilers, 1998) และปัจจัยจากการรักษา ได้แก่ วิธีการให้ยาเคมีบำบัด ชนิด และปริมาณของยาเคมีบำบัด (Berger & Eilers, 1998) โดยชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งและทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ได้แก่ ไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide), ไฟฟฟลูออโรยูราซิล (5-Fluorouracil), เมโทเทรกเซท (Methotrexate), แอคติโนมัยซิน ดี (Actinomycin D), ด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin), ไซโตซีน อาราบินอไซด์ (Cytosine arabinoside) และวินคริสทีน (Vincristine) (Scully et al., 2006)

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบต่อด้านร่างกายทำให้เกิดอาการปวด ส่งผลกระทบต่อการใช้โภชนาการ (Lalla et al., 2014) เกิดภาวะพร่องโภชนาการตามมา (Quinn et al., 2016) ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยรู้สึกมีกลิ่นปาก เป็นสิ่งที่รบกวนทางอารมณ์ เกิดความเครียด อารมณ์หงุดหงิด (Eilers & Million, 2011) ด้านสังคมทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงเกิดปัญหาเรื่องการพูดหรือการสื่อสาร (Phongnoppakhun, 2013) ด้านเศรษฐกิจ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลจะมีต้นทุนการรักษาที่สูงขึ้น (Eilers & Million, 2011) และในผู้ป่วยบางรายถึงขั้นคุกคามถึงชีวิตเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (Çakmak & Nural,



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดด้วยยาเคมีบำบัด

2019) จะเห็นได้ว่าภาวะเยื่อช่องปากอักเสบก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม การป้องกัน บรรเทา และจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบไม่สามารถใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่ควรใช้หลากหลายวิธีร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิด และลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Elad et al., 2020) แม้ว่าหน่วยเคมีบำบัดในสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้มีการให้การดูแลตามมาตรฐานการป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แต่ยังคงพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ การพัฒนาการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในปัจจุบันมีหลายวิธี แต่ละวิธียังมีข้อจำกัดในการใช้หรือเหมาะสมกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่า ยังไม่มีวิธีการที่ชัดเจนในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งวิธีการให้ความรู้ของพยาบาลยังมีความหลากหลาย

งานวิจัยครั้งนี้ ได้พัฒนาโปรแกรมฯ จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 2 กิจกรรมได้แก่ การดูแลช่องปาก และการบำบัดด้วยความเย็น (cryotherapy) ซึ่งเป็นการอมน้ำแข็ง ต่อเนื่องนานเป็นเวลา 30 นาทีระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดครั้งแรกในโรงพยาบาล จากนั้นมีการโทรศัพท์ติดตามวันที่ 7 หลังได้รับยาเคมีบำบัด ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 14 วัน

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในบทบาทพยาบาล สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดมี 2 องค์ประกอบได้แก่ การดูแลช่องปาก และการบำบัดด้วยความเย็น (Cryotherapy) ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยอาจเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ลดอัตราการเกิด ลดระยะเวลาการเกิด และลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ
2. เปรียบเทียบระยะเวลาเริ่มเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ
3. เปรียบเทียบระยะเวลาที่มีอาการ ระดับความรุนแรง ของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นมี การเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นมี ระยะเวลาเริ่มเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบนานกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นมี ระยะเวลาที่มีอาการ ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง (Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy) (Elad et al., 2020) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็น ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การดูแลช่องปาก และการบำบัดด้วยความเย็น เนื่องจากยาเคมีบำบัดทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ตั้งแต่ครั้งแรกของการยารับเคมีบำบัดโดยยาเคมีบำบัดเข้าไปยับยั้งการสร้างกรดดีออกซีไรโบนิวคลีอิกของเยื่อในช่องปากทั้งชั้นเยื่อผิว (basal epithelium) และชั้นใต้เยื่อเมือก (submucosal) และเพิ่มสารก่อปฏิกิริยาที่ประกอบด้วยอะตอมออกซิเจนเป็นผลให้เกิดการบาดเจ็บและตายของเซลล์เยื่อชั้นเยื่อผิว ทำให้เซลล์ปล่อยสารไซโตไคน์ (cytokines) เช่น ทูเมอร์เนโครซิส แฟคเตอร์ อัลฟา (tumor necrosis factor-alpha) อินเตอร์ลิวคิน 1 บีตา (interleukin-1beta) อินเตอร์ลิวคิน 6 (interleukin-6) และโปรตีนซีรีแอคทีฟ (c-reactive protein) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดเซลล์ในชั้นใต้เยื่อเมือกหลังการอักเสบ ได้แก่ ฮีตامين และซีโรโทนิน และลดการแบ่งตัวแบบไมโทซิส (mitosis) ของเยื่อช่องปากการทำหน้าที่ของช่องปากลดลง

การดูแลช่องปาก เป็นวิธีในการจัดการที่ส่งผลต่อสภาพช่องปากที่สะอาด จะช่วยลดแบคทีเรียในช่องปาก ป้องกันการติดเชื้อในขณะและหลังที่ได้รับยาเคมีบำบัด การให้ความรู้และโปรแกรมฯ ของการศึกษานี้ มีผลลดการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ โดยมีกลไกที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดของเยื่อช่องปากอักเสบ การดูแลช่องปากเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมสภาพแวดล้อมในช่องปากลดการเกิดหรือชะลอการพัฒนาของเยื่อช่องปาก และลดการติดเชื้อที่เกิดจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ทำให้เกิดประสิทธิผลต่อการระบุนการเกิดและการระบุนหาย จะช่วยลดภาวะการเกิดแผล และร่วมกับการบำบัดความเย็นโดยการอมน้ำแข็งเป็นเวลา 30 นาที ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด โดยกลไกของการบำบัดด้วยความเย็นจะกระตุ้นให้เกิดอุณหภูมิในช่องปากลดลง ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดในเยื่อช่องปาก ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปยังเนื้อเยื่อในช่องปากลดลง ซึ่งอาจช่วยลดความเสี่ยงของการอักเสบได้ การนำการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นมาจัดการร่วมกันจะทำให้ผลลัพธ์ต่อการลดการเกิด ระยะเวลาเริ่มเกิด ระยะเวลาที่มีอาการ และความรุนแรง ของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดหลังการทดลอง (two group posttest design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจอมทอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจอมทอง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 สูตร AC (Doxorubicin, Cyclophosphamide) หรือ FAC (Doxorubicin, Cyclophosphamide, 5-Fluorouracil) 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินสภาพของผู้ป่วย (ECOG) score ได้คะแนน 0-2 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย 5) ประเมินเยื่อช่องปากได้เกรด 0 โดยใช้ แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบขององค์การอนามัยโลก (WHO Oral Mucositis Grading Scale) 6) สามารถดูแลช่องปากด้วยตนเอง 7) มีปริมาณเม็ด



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis
in Cancer Patients Receiving Chemotherapy
ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เลือดขาวสมบูรณ์ แอปโซลูทีฟทรอปิล มากกว่า 1,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในวันที่เริ่มศึกษา 8) สามารถใช้โทรศัพท์เพื่อติดต่อสื่อสารได้ 9) ยินยอมและเต็มใจที่เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้วิธีการจับคู่ (match pair) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับ อายุ โดยห่างกันไม่เกิน 5 ปี และชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ภาวะ Febrile neutropenia 2) ไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้ภายหลังการเข้าร่วมวิจัยหรือย้ายภูมิลำเนา 3) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม 1 ครั้ง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบการวิเคราะห์ทางสถิติ (statistical power table) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทำนาย (power) ที่ .80 และมีขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .05 ซึ่งเป็นระดับปานกลางในงานวิจัยทางการแพทย์ (Burns & Grove, 2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย (Burns & Grove, 2005) เพื่อป้องกันการยุติออกจากวิจัย จากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 26 ราย ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย แผนการให้ความรู้ (patient education) โดยใช้สื่อ Power Point Presentation คู่มือการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยนำไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และได้ปรับปรุงโปรแกรมฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็น

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1979) แบบบันทึกอาการในช่องปากที่บ้าน และแบบแบบติดตามกระตุ้นการดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ นำแบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1979) ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ 1 โดยค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้จะเท่ากับ 1 (Burns & Grove, 2005)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 138/2565 และได้รับการอนุมัติเก็บข้อมูลโครงการวิจัย 2/2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากได้รับการอนุมัติ ในการรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย คือ ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อทำหน้าที่ผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ดังนี้ 1) ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับตามปกติ 3) ชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ นำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา 4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมทำวิจัยแล้ว ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis
in Cancer Patients Receiving Chemotherapy
ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบ 26 รายก่อน แล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย โดยดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (1วันก่อนรับยาเคมีบำบัด วันที่ 0) รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินข้อมูลเกี่ยวโรคกระเร็งและการรักษาและประเมินช่องปาก ประวัติการระคายเคืองช่องปาก การตรวจดูช่องปากโดยใช้แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1979)

ครั้งที่ 2 (วันที่รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 วันที่ 1)

1) ประเมินภาวะเยื่อช่องปากก่อนครั้งที่ 1

2) แจกแบบบันทึกอาการในช่องปาก ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการในช่องปากที่บ้าน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตรวจอาการในช่องปาก วันละ 1 ครั้ง

3) ให้การพยาบาลตามปกติ

ครั้งที่ 3 วันที่ 1-14 หลังได้รับยาเคมีบำบัดวันที่ 1-14 จดบันทึกในแบบบันทึกอาการในแบบบันทึกอาการในช่องปากที่บ้าน

ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 4 ประเมินผล (ในวันนัดหมาย วันที่ 14)

1. ประเมินภาวะเยื่อช่องปาก ครั้งที่ 2

2. กลุ่มตัวอย่างมอบแบบบันทึกอาการในช่องปากคืนผู้วิจัย กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (1วันก่อนรับยาเคมีบำบัด วันที่ 0) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงพิทักษ์สิทธิเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

ครั้งที่ 2 ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็น (วันที่รับเคมีบำบัด ครั้งที่ 1 วันที่ 1)

1) ประเมินภาวะเยื่อช่องปากครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2) ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลช่องปากผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

กิจกรรมที่ 1 การดูแลช่องปาก (basic oral care) ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้ (patient education) โดยใช้สื่อ Power Point Presentation

2) การดูแลช่องปากแบบผสมผสานตามโปรโตคอล ผู้วิจัยมอบอุปกรณ์ในการดูแลช่องปาก (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน กระดาษส้อมในช่องปาก น้ำเกลือบ้วนปาก)

3) การบ้วนปากโดยใช้น้ำเกลือโดยปฏิบัติต่อเนื่องในวันที่ 1-14 หลังรับยาเคมีบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การบำบัดด้วยความเย็น (cryotherapy) ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด ให้กลุ่มตัวอย่างอมน้ำแข็งต่อเนื่องนานเป็นเวลา 30 นาที โดยเคลื่อนก้อนน้ำแข็งไปมาให้ทั่วทั้งปาก ไม่ให้น้ำแข็งอยู่กับที่

ครั้งที่ 3 วันที่ 1-14 หลังได้รับยาเคมีบำบัด ติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรม

1) วันที่ 1-14 กลุ่มตัวอย่างบันทึกในแบบบันทึกอาการในช่องปากที่บ้าน

2) วันที่ 7 หลังได้รับยาเคมีบำบัด โทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการตรวจช่องปากด้วยตัวเองและการจดบันทึก



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ครั้งที่ 4 ประเมินผล (ในวันนัดหมาย วันที่ 14)

1) ประเมินภาวะเยื่อช่องปาก ครั้งที่ 2

2) กลุ่มตัวอย่างมอบแบบบันทึกอาการในช่องปากคืนผู้วิจัย กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการบรรยาย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ chi-square test สถิติ Fisher Exact Test และสถิติ independent t-test และเปรียบเทียบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบโดยใช้สถิติ chi-square test ข้อมูลระยะเวลาเริ่มเกิด ระยะเวลาที่มีอาการ ความรุนแรง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ระยะเวลาเริ่มเกิด ระยะเวลาที่มีอาการ ความรุนแรง ทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 53.08 ปี (SD = 11.23) และกลุ่มทดลอง 52.19 ปี (SD = 11.22) ประกอบด้วยเพศหญิงทั้งหมด โดยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติโรคประจำตัว กลุ่มควบคุม ไม่มีโรคประจำตัว 23 ราย กลุ่มทดลอง ไม่มีโรคประจำตัว 22 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีประวัติไม่สูบบุหรี่ กลุ่มละ 26 ราย ประวัติการใส่ฟันปลอม กลุ่มควบคุมมีฟันปลอม 3 ราย และกลุ่มทดลองมีฟันปลอม 2 ราย สภาพช่องปากก่อนได้รับยาเคมีบำบัดพบทั้งสองกลุ่มไม่มีแผลในช่องปาก กลุ่มควบคุมมีการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมข้างซ้าย 14 ราย และมะเร็งเต้านมข้างขวา 12 ราย ในกลุ่มทดลองพบมะเร็งเต้านมข้างขวา 13 ราย และมะเร็งเต้านมข้างขวา 13 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสูตรยาเคมีบำบัด AC 17 ราย และ FAC 9 ราย ตามลำดับ โดยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ โรคประจำตัว การระคายเคืองในช่องปาก การวินิจฉัยโรคมะเร็ง และสูตรยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็น (5 คน ร้อยละ 19.2) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (26 คน ร้อยละ 100) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	กลุ่มควบคุม (n = 26)	กลุ่มทดลอง (n = 26)	p-value
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	
เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	26 (100.00)	5 (19.20)	.000 ^b
ไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	0	21 (80.80)	

หมายเหตุ^b Chi-Square $p < .001$.



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด

ระยะเวลาที่เริ่มเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลอง ($M = 6.6$, $SD = 0.54$) นานกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.92$, $SD = 0.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะเวลาที่มีอาการของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลอง ($M = 2.80$, $SD = 0.44$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 4.73$, $SD = 1.18$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวันที่เริ่มเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ระยะเวลาที่มีอาการของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	(n = 26)	(n = 5)
วันที่เริ่มเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	$M = 3.92$, $SD = 0.68$	$M = 6.60$, $SD = 0.54$
อักเสบ	range = 3-5	range = 6-7
จำนวนวันที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ	$M = 4.73$, $SD = 1.18$	$M = 2.80$, $SD = 0.44$
ปากอักเสบ	range = 3-7	range = 2-3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างวันที่เริ่มเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ระยะเวลาที่มีอาการของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบด้วยสถิติแมนวิทนียู (The Mann-Whitney U)

การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	Mean Rank		Z	U	p-value
	กลุ่มควบคุม (n = 26)	กลุ่มทดลอง (n = 5)			
วันที่เริ่มเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	13.50	29.00	-3.696	351.000	.000 ^d
จำนวนวันที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ	18.12	5.00	-3.053	25.000	.001 ^d

* $p < .001$.

ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลอง ($M = 0.19$, $SD = 0.40$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 1.88$, $SD = 0.51$, $p < .001$ ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	กลุ่มควบคุม (N = 26)	กลุ่มทดลอง (N = 26)
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)
ระดับความรุนแรง	$M = 1.88$, $SD = 0.51$	$M = 0.19$, $SD = 0.40$
ระดับ 0	0	21 (80.80)
ระดับ 1	5 (19.20)	5 (19.20)
ระดับ 2	19 (73.10)	0
ระดับ 3	2 (7.70)	0
ระดับ 4	0	0



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis
in Cancer Patients Receiving Chemotherapy
ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากด้วยสถิติแมนนิตนียู The Mann-Whitney U)

ระดับความรุนแรงภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	Mean Rank		Z	U	p-value
	กลุ่มควบคุม (n = 26)	กลุ่มทดลอง (n = 26)			
ระดับความรุนแรงภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	38.92	14.08	-6.283	15.000	.000 ^d

* p < .001

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ คือ

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า จากการได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลช่องปากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของวิธีการดูแลช่องปากเป็นวิธีที่เหมาะสม การแปรงฟัน การดื่มน้ำและรับประทานอาหารเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก โปรแกรมฯ ของการศึกษานี้ มีผลลดการเกิดเยื่อช่องปากโดยมีกลไกที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดของเยื่อช่องปากอักเสบการดูแลช่องปากเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมสภาพแวดล้อมในช่องปากลดการเกิดหรือชะลอการพัฒนาของเยื่อช่องปาก จึงส่งผลให้ลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และ 2) การบำบัดด้วยความเย็น (Cryotherapy) ในโปรแกรมให้กลุ่มทดลองอมน้ำแข็งนานเป็นเวลา 30 นาที ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล โดยความเย็นจะกระตุ้นให้เกิดอุณหภูมิในช่องปากลดลงทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดในเยื่อช่องปากส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปยังเนื้อเยื่อเยื่อในช่องปากลดลง ร่วมกับการดูแลช่องปากนำมาดูแลร่วมกันในโปรแกรมและการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมและได้รับความรู้ในการดูแลช่องปากอย่างถูกต้อง ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพในป้องกันการเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Elad et al., 2020)

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซาโตะ และคณะ (Saito et al., 2014) ที่ศึกษาเรื่องผลของการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการลดความเสี่ยงของเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดจากเคมีบำบัด จากการศึกษาดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกวิธีตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปาก ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) และ คาทรานซี และคณะ ได้ศึกษาผลของการรักษาด้วยความเย็นในการป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า การรักษาด้วยความเย็นในช่องปากมีส่วนสำคัญในการป้องกันสุขภาพช่องปากโดยการลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Katranci et al., 2012) ดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้การเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นมี ระยะเวลาวันที่เริ่มเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบนานกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) วันที่เริ่มเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบาย



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด

ได้ว่า เนื่องจากโปรแกรมห่วงการดูแลช่องปากประกอบด้วย 2 กิจกรรมนั้น การดูแลช่องปาก ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลช่องปากและปฏิบัติตามคำแนะนำในช่องปาก 2) การดูแลช่องปากแบบผสมผสาน 3) การบ้วนปากโดยใช้น้ำเกลือ บ้วนปากหลังแปร่งฟันทุกครั้งและระหว่างวัน วันละ 4 ครั้ง ปฏิบัติต่อเนื่องในวันที่ 1-14 หลังรับยาเคมีบำบัดซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้น การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากรวมถึงสภาพช่องปากให้มีความสุขอนามัยช่องปากที่ดีและสะอาดในขณะที่รับยาเคมีบำบัดนั้นเป็นปัจจัยที่ลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากได้ (Sonis et al., 2004) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีมีผลกระทบต่อกรสร้างเยื่อช่องปาก การสร้างเซลล์ใหม่ลดจำนวนลง และทำให้การหายของแผลเกิดการล่าช้า ดังนั้นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหาร และการดื่มน้ำจะช่วยส่งเสริมทำให้วันที่เริ่มเกิดซ้ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่งผลต่อวันที่เริ่มเกิด (onset) ของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบนาน ทำให้เกิดประสิทธิผลต่อกระบวนการเกิดและการกระบวนการหาย จะช่วยลดการเกิดแผล ดังนั้นโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นจึงเป็นโปรแกรมที่ส่งผลต่อวันที่เริ่มเกิดของกลุ่มทดลองให้นานกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระยะเวลาที่มีอาการระดับความรุนแรง ของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ โดยโปรแกรมฯครอบคลุมในกลุ่มที่ให้ยาเคมีบำบัดครั้งแรก เนื่องจากยาเคมีบำบัดทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ตั้งแต่ครั้งแรกของการยารับเคมีบำบัดโดยยาเคมีบำบัดเข้าไปยับยั้งการสร้างกรดดีออกซีไรโบนิวคลีอิกของเยื่อในช่องปากทั้งชั้นเยื่อผิว การดูแลช่องปากเป็นวิธีการจัดการที่ส่งผลต่อสภาพช่องปากที่สะอาดจะช่วยลดแบคทีเรียในช่องปาก ป้องกันการติดเชื้อในขณะและหลังที่รับยาเคมีบำบัด ร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็น โดยความเย็นจะกระตุ้นให้เกิดอุณหภูมิในช่องปากลดลงเกิดการหดตัวของหลอดเลือดในเยื่อช่องปากส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปยังเนื้อเยื่อเยื่อในช่องปากลดลง ซึ่งจะทำให้ความเข้มข้นของสารที่เป็นพิษต่อเซลล์ที่ไหลเวียนในเยื่อในช่องปากลดลง (Al-Rudayni et al., 2021)

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา เรือนวาทิ (Reinwatee, 2014) เรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา 5-Fluorouracil ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องปากได้ ลดความรุนแรงได้ในระดับที่ 3 และ 4 และการบำบัดด้วยความเย็นนำมาใช้เพื่อลดระดับความรุนแรงและการจัดการในการป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมไพวรรณ พวงอำหาด และคณะ (Puangkamyad et al., 2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อความสามารถในการดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยโปรแกรมพัฒนาขึ้นโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากของ BC Cancer Agency ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมการสอน การชี้แนะและให้แนวทาง การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การอมน้ำแข็ง 5 นาทีก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา 30 นาที พบว่า ความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นที่พัฒนาขึ้น จึงน่าจะเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อลดความรุนแรงและลดการเกิดของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยต่อไป



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นสามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถแนะนำโปรแกรมนี้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก เพื่อป้องกันการเกิดและลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมที่เกี่ยวกับรูปแบบของCryotherapy เช่น เจล หรือน้ำแข็ง ในการดูแลและป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ
2. ควรมีการทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น รังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
3. ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ มะเร็งเต้านม หรือได้ยาเคมีบำบัดชนิดอื่น

References

- Al Ibraheemi, A. A., & Shamoun, S. (2016). Incidence and risk factors of oral mucositis in patients with breast cancer who receiving chemotherapy in Al-Bashir Hospital. *International Journal of Hematology-Oncology and Stem Cell Research*, 10(4), 217-223.
- Al-Rudayni, A. H. M., Gopinath, D., Maharajan, M. K., Veetil, S. K., & Menon, R. K. (2021). Efficacy of oral cryotherapy in the prevention of oral mucositis associated with cancer chemotherapy: Systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Current Oncology*, 28(4), 2852–2867. <https://doi.org/10.3390/curroncol28040250>
- Berger, A. M., & Eilers, J. (1998). Factors influencing oral cavity status during high-dose antineoplastic therapy: A secondary data analysis. *Oncology Nursing Forum*, 25(9), 1623-1626.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). Elsevier.
- Çakmak, S., & Nural, N. (2019). Incidence of and risk factors for development of oral mucositis in outpatients undergoing cancer chemotherapy. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1), e12710. <https://doi.org/10.1111/ijn.12710>
- Cidon, E. U. (2018). Chemotherapy induced oral mucositis: Prevention is possible. *Chinese Clinical Oncology*, 7(1), 6. <https://doi.org/10.21037/cco.2017.10.01>
- Eilers, J., & Million, R. (2011). Clinical update: Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 27(4), e1-e16.
- Elad, S., Cheng, K. K. F., Lalla, R. V., Yarom, N., Hong, C., Logan, R. M., Bowen, J., Gibson, R., Saunders, D. P., Zadik, Y., Ariyawardana, A., Correa, M. E., Ranna, V., Bossi, P., & Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). (2020). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 126(19), 4423-4431.



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis
in Cancer Patients Receiving Chemotherapy
ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

- Katraci, N., Ovayolu, N., Ovayolu, O., & Sevinc, A. (2012). Evaluation of the effect of cryotherapy in preventing oral mucositis associated with chemotherapy - a randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 339-344.
- Kim, J. W., Cha, Y., Kim, S. J., Han, S. W., Oh, D. Y., Lee, S. H., Kim, D. W., Im, S. A., Kim, T. Y., Heo, D. S., & Bang, Y. J. (2012). Association of oral mucositis with quality of life and symptom clusters in patients with solid tumors receiving chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 20(2), 395-403. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1126-8>
- Lalla, R. V., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, D. M., McGuire, D. B., Migliorati, C., Nicolatou-Galitis, O., Peterson, D. E., Raber-Durlacher, J. E., Sonis, S. T., Elad, S. (2014). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 120(10), 1453-1461.
- Phongnoppakhun, P. (2013). Treatment guideline of severe oral mucositis during chemo-radiotherapy in head and neck cancer. *Journal of Thai Society of Therapeutic Radiation Oncology*, 19(1), 47-55. (in Thai)
- Phongsuphot, K., Chimruang, J., & Intapa, C. (2021). Incidence, severity, and risk factors of oral mucositis in adult and elderly cancer patients after receive chemotherapy in Uttaradit Hospital. *Chiang Mai Dental Journal*, 42(1), 159-172. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/cmdj/article/view/235173>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principle and methods* (6th ed.). Lippincott.
- Puangkamyad, A., Namjuntr, R., & Binhosen, V. (2017). Effects of an oral care program on oral care ability and oral mucositis among cancer patients receiving chemotherapy. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 10(2), 57-73.
- Quinn, B., Stone, R., Uhlenhopp, M., McCann, S., & Blijlevens, N. (2016). Ensuring accurate oral mucositis assessment in the European group for blood and marrow transplantation prospective oral mucositis audit. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(Suppl 1), S10-S18.
- Reinwatee, C. (2014). Outcomes of clinical nursing practice guideline for prevention and relief of oral mucositis in cancer patients receiving 5-fluorouracil. *Journal of Health Science of Thailand*, 23(3), 477-484.
- Saito, H., Watanabe, Y., Sato, K., Ikawa, H., Yoshida, Y., Katakura, A., Takayama, S., & Sato, M. (2014). Effects of professional oral health care on reducing the risk of chemotherapy-induced oral mucositis. *Supportive Care Cancer*, 22(11), 2935-2940.
- Scully, C., Sonis, S., & Diz, P. D. (2006). Oral mucositis. *Oral Diseases*, 12(3), 229-241.
- Songthong, A. (2014). Caring for patients with oral mucositis. *Journal of Thai Society of Therapeutic Radiology and Oncology*, 20(1), 77-82. (in Thai)



Effect of a Combined Oral Care and Cryotherapy Program on Oral Mucositis
in Cancer Patients Receiving Chemotherapy
ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับการบำบัดด้วยความเย็นต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Sonis, S. T., Elting, L. S., Keefe, D., Peterson, D. E., Schubert, M., Hauer-Jensen, M., Bekele, B. N., Raber-Durlacher, J., Donnelly, J. P., Rubenstein, E. B., & Mucositis Study Section of the Multinational Association for Supportive Care in Cancer; International Society for Oral Oncology. (2004). Perspectives on cancer therapy-induced mucositis injury: Pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. *Cancer*, 100(9), 1995-2025.

World Health Organization. (1979). *WHO handbook for reporting results of cancer treatment*.
<https://iris.who.int/handle/10665/37200>



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients
of Registered Nurses in a University Hospital*
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง*

นันทวัฒน์ ภูโย** Nuntawat Pinyo**
อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์*** Uraiwan Chaichanawirote***

Abstract

Caring is an essential part of nursing for end-of-life patients. Caring behaviors among registered nurses can be influenced by many factors. The purpose of this predictive research was to examine factors influencing caring behaviors for end-of-life patients. The sample was 113 registered nurses working in a university hospital. Data were collected using questionnaires, including those on demographic data, caring behaviors for end-of-life patients ($S-CVI = .99$, $\alpha = .92$), knowledge about end-of-life care ($S-CVI = .96$, $KR-20 = .94$), attitudes toward death and dying patients ($S-CVI = .94$, $\alpha = .79$), and emotional intelligence ($\alpha = .93$). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

The results showed that most of the participants had a high level of overall caring behaviors for end-of-life patients (92.04%). Factors significantly influencing caring behaviors for end-of-life patients of registered nurses included end-of-life care training ($\beta = .341$, $p < .001$), emotional intelligence ($\beta = .265$, $p < .01$), attitudes toward death and dying patients ($\beta = .192$, $p < .05$), and knowledge about end-of-life care ($\beta = .178$, $p < .05$). These factors collectively explained 39.40% of the variance in caring behaviors for end-of-life patients (Adjusted $R^2 = .394$, $F = 19.217$, $p < .001$).

The study suggests that registered nurses should receive appropriate training, develop emotional intelligence, cultivate positive attitudes, and enhance their knowledge about end-of-life nursing to promote more effective caring behaviors for end-of-life patients.

Keyword: Caring behaviors; End-of-life patients; Registered nurses

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Naresuan University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Naresuan University; e-mail: nuntawatpinyo@gmail.com

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



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients of Registered Nurses in a University Hospital

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

บทคัดย่อ

การดูแลด้วยความเอื้ออาทร เป็นส่วนสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 113 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ($S-CVI = .99$, $\alpha = .92$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($S-CVI = .96$, $KR-20 = .94$) ทักษะต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ($S-CVI = .94$, $\alpha = .79$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($\alpha = .93$) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.04) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .341$, $p < .001$) ความฉลาดทางอารมณ์ ($\beta = .265$, $p < .01$) ทักษะต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ($\beta = .192$, $p < .05$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .178$, $p < .05$) ซึ่งร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ร้อยละ 39.40 ($Adjusted R^2 = .394$, $F = 19.217$, $p < .001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพควรได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ เสริมสร้างทัศนคติที่ดี และเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทร ผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลวิชาชีพ

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร e-mail: nuntawatpinyo@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากการเปิดเผยข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 56.80 ล้านคน ส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเอดส์ (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 18.70 โดยโรงพยาบาลบางแห่งมีความชุกสูงถึงร้อยละ 35.00 (Pairojkul et al., 2021) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก

การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่ไม่มีผู้ใดปรารถนา เนื่องจากการเจ็บป่วยดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยต้องพบกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ครอบครัวต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และปัญหาสุขภาพจิต (Oechsle et al., 2019) ตลอดจนสังคมต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล (Sriratanaban et al., 2018) การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายจึงส่งผลกระทบต่อทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายล้วนปรารถนาการตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน แต่เมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยต้องพบกับอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวด เหนื่อยล้า หายใจลำบาก สับสน กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก (Thongthawee et al., 2018) นอกจากนี้ ยังต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น รู้สึกโกรธ รู้สึกผิด ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล กลัวความตาย กลัวการพลัดพราก และไม่ยอมรับต่อความตาย (Jullapan et al., 2020) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งต้องการการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา และความเอื้ออาทร

การดูแลด้วยความเอื้ออาทร (Caring) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แสดงถึงความรัก ความเมตตา กรุณา และความเอาใจใส่ โดยอาจแสดงออกผ่านคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทาง สีหน้าแววตา (Thongthawee et al., 2018) ตลอดจนการรับฟังอย่างตั้งใจ การเข้าใจ และการอยู่เป็นเพื่อน (Piyakong et al., 2020) การดูแลด้วยความเอื้ออาทรจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีความสุขสบาย มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มีจิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ และเผชิญความตายที่กำลังใกล้เข้ามาได้อย่างเหมาะสม (Nilmanat, 2012) ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกในช่วงสุดท้ายของชีวิต และจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนครอบครัวสามารถเผชิญภาวะเศร้าโศกและความสูญเสียได้อย่างเหมาะสม (Prompahakul et al., 2022)

การดูแลด้วยความเอื้ออาทรจึงเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การดูแลด้วยความเอื้ออาทรของ โรช (Roach, 2002) ซึ่งโรชได้ระบุคุณลักษณะของการดูแลด้วยความเอื้ออาทรไว้ 6 ประการ ดังนี้ 1) ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการตระหนักรู้ว่าบุคคลอื่นกำลังประสบกับสิ่งใด ซึ่งจะทำให้บุคคลหนึ่งเข้าสู่ประสบการณ์ของอีกบุคคลหนึ่งได้ 2) ความสามารถ (Competence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนว่าบุคคลมีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจ มีทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี 3) ความมั่นใจ (Confidence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการดูแล 4) ความมีคุณธรรมจริยธรรม (Conscience) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการดูแลภายใต้ศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมาย 5) ความมุ่งมั่น (Commitment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงความตั้งใจ ความพยายาม และความอดสาหัสที่จะอุทิศตนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ และ 6) ความประพฤติที่เหมาะสม (Comportment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลที่มีความเหมาะสมและให้เกียรติผู้ป่วย หากพยาบาลมีพฤติกรรม



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients
of Registered Nurses in a University Hospital
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ตามคุณลักษณะดังกล่าวครบทั้ง 6 ประการ พยาบาลก็จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกัน การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง (Panuraj, 2017; Sah et al., 2022) และระดับสูง (Prompahakul, 2011) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากบริบทพื้นที่ในการศึกษาและลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน อีกทั้งมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ คุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแล (Panuraj, 2017) ระดับการศึกษา (Farmani et al., 2018) ความรู้ ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา (Matchim & Thongthawee, 2019) โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ส่วนการได้รับการอบรมเตรียมความพร้อม (Matchim & Thongthawee, 2019) ทักษะ (Zhao et al., 2024) ความฉลาดทางอารมณ์ (Haryani & Lukmanulhakim, 2019) และบรรยากาศองค์กร (Panuraj, 2017) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง แม้ว่าผลการวิจัยที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลางซึ่งเกิดจากพฤติกรรมจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน การวิจัยนี้จึงเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่ศึกษา และเป็นตัวแปรที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพให้ดีขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคลซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เช่น การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ กระบวนการที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นองค์ประกอบหลักที่ช่วยให้พยาบาลพัฒนาความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกต้องและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Nupinit, 2016; Xia & Kongsuwan, 2020) จากการศึกษาของ เตชทัต อัครธนาภิรักษ์ (Akarathanarak, 2014) พบว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ($r = .381, p < .01$)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ความเข้าใจที่ถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีความรู้จะทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจและสามารถนำความรู้ที่มีไปใช้ในการคิด วิเคราะห์ พิจารณา และตัดสินใจอย่างรอบคอบ ทำให้สามารถเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งทำให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Kiik et al., 2022) จากการศึกษาของ ศศิวิมล ปราณราช (Panuraj, 2017) พบว่า ความรู้ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ($r = .244, p < .01$) โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป และศึกษาเฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษเท่านั้น อีกทั้งแบบวัดความรู้ที่ใช้ในการศึกษานี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ ดังนั้น การศึกษานี้จึงยังคงเลือกศึกษาตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย คือ ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย มีทิศทางทั้งเชิงบวกและเชิงลบหรือเป็นกลางแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์

เดียวกัน อาจเป็นผลมาจากอายุ เพศ การศึกษาเกี่ยวกับความตาย ปรัชญาชีวิต ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ทั้งประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์ความตายในชีวิตประจำวัน (Cybulska et al., 2022) ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่ทำให้พยาบาลประเมินผลและแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามทิศทางความรู้สึกของตน ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง ทศนคติจึงเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ay & Öz, 2019; Chua & Shorey, 2021; Cybulska et al., 2022) จากการศึกษาของ จ้าว และคณะ (Zhao et al., 2024) พบว่า ทศนคติของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .391, p < .001$)

ความฉลาดทางอารมณ์ คือ ความสามารถในการรู้ถึงความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนเอง สามารถจัดการความรู้สึก อารมณ์ และความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเข้าใจอารมณ์และการแสดงอารมณ์ของผู้อื่น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หากพยาบาลเป็นผู้มีความฉลาดทางอารมณ์แล้ว ย่อมสามารถเข้าใจและควบคุมอารมณ์ตนเอง และแสดงอารมณ์ของตนเองออกมาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเข้าใจถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย มีความเห็นอกเห็นใจ มีความเมตตา กรุณา และปรารถนาให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Beauvais et al., 2017; Garcia, 2020) ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาของ ฮาร์ยานี และ ลูกมานุลฮาซิม (Haryani & Lukmanulhakim, 2019) พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ($r = .684, p < .01$) ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและต้องการการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา และความเห็นอกเห็นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกมากที่สุดขณะรักษาตัวเช่นเดียวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Piyakong et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีขีดความสามารถในการให้บริการสูง มีการส่งเสริมนวัตกรรม วิชาการ และงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งได้รับการอุปถัมภ์จากสถาบันทางศาสนาจึงมีการบูรณาการหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และการวิจัยเหล่านั้นเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยบางการวิจัยศึกษาในพยาบาลจบใหม่เท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงกับพื้นที่วิจัยของการศึกษานี้ได้ นอกจากนี้ การที่จะนำผลวิจัยไปใช้พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลควรมีการศึกษาว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้นสามารถทำนายพฤติกรรมได้จริงหรือไม่ ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้เป็นไปตาม state of science ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients of Registered Nurses in a University Hospital

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของ โรช (Roach, 2002) ที่เชื่อว่าพยาบาลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตามคุณลักษณะ 6 ประการ ประกอบด้วย 1) ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการตระหนักรู้ว่าบุคคลอื่นกำลังประสบกับสิ่งใด ซึ่งจะทำให้บุคคลหนึ่งเข้าสู่ประสบการณ์ของอีกบุคคลหนึ่งได้ 2) ความสามารถ (Competence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนว่าบุคคลมีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจ มีทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี 3) ความมั่นใจ (Confidence) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการดูแล 4) ความมีคุณธรรมจริยธรรม (Conscience) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงการดูแลภายใต้ศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมาย 5) ความมุ่งมั่น (Commitment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนถึงความตั้งใจ ความพยายาม และความอดทนที่จะอุทิศตนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ และ 6) ความประพฤติอย่างเหมาะสม (Comportment) เป็นคุณลักษณะที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลที่มีความเหมาะสมและให้เกียรติผู้ป่วย

ทั้งนี้ การที่พยาบาลจะมีพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรตามแนวคิดของโรช นั้น มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะช่วยให้พยาบาลพัฒนาความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจและสามารถนำความรู้ที่มีไปใช้ในการคิด วิเคราะห์ พิจารณา และตัดสินใจอย่างรอบคอบ ทำให้สามารถเลือกกระทำการต่าง ๆ ได้อย่างสมเหตุสมผล ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 3) ทักษะต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นแรงจูงใจที่ทำให้พยาบาลประเมินผลและแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามทิศทางความรู้สึกของตน และ 4) ความฉลาดทางอารมณ์ จะทำให้พยาบาลเข้าใจและควบคุมอารมณ์ตนเอง และแสดงอารมณ์ของตนเองออกมาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึก ความทุกข์ทรมาน และความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้พยาบาลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมการดูแลที่สื่อถึงความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาล 2) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย และ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-power ซึ่งกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลางสำหรับคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สถิติ Multiple regression (Cohen, 1988) เนื่องจากไม่มีงานวิจัยในลักษณะเดียวกันก่อนหน้านี้ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 109 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เลือกกลุ่ม



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients
of Registered Nurses in a University Hospital
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มเลือกหมายเลขประจำตัวของพยาบาลจนกระทั่งครบตามจำนวนที่ต้องการ ซึ่งการเข้าถึงรายชื่อพยาบาล ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากฝ่ายการพยาบาลแล้ว หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืนจำนวน 113 ฉบับ อัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 94.17

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ รวม 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ การมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของ โรช (Roach, 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีข้อคำถาม 38 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 35 ข้อ เชิงลบ 3 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ 8 ข้อ ความสามารถ 6 ข้อ ความมั่นใจ 6 ข้อ ความมีคุณธรรมจริยธรรม 7 ข้อ ความมุ่งมั่น 5 ข้อ และความประพฤติอย่างเหมาะสม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1 ถึง 5 (ไม่เคย ถึง มากที่สุด) การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 5 ถึง 1 (ไม่เคย ถึง มากที่สุด) ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน

การแปลผลใช้วิธีการคำนวณอันตรภาคชั้น 3 ระดับ โดยคะแนน 1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับต่ำ, 2.34-3.66 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับปานกลาง, และ 3.67-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง สำหรับคะแนนที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของพฤติกรรม

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมบนพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ มีข้อคำถามถูก 14 ข้อ ข้อคำถามผิด 11 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 ข้อ หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 ข้อ การดูแลด้านร่างกาย 7 ข้อ การดูแลด้านจิตสังคม 4 ข้อ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ 5 ข้อ การให้คะแนนถ้าตอบได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน นำคะแนนมาคำนวณเป็นร้อยละทำให้คะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน

การแปลผลใช้เกณฑ์การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ของ บลูม (Bloom, 1971) 3 ระดับ โดยคะแนน 0-59 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำ, 60-79 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำระดับปานกลาง, และ 80-100 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำระดับสูง สำหรับคะแนนที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผู้วิจัยใช้คะแนนรวมของความรู้

4. แบบสอบถามทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของ ทศนา มหานุภาพ และคณะ (Mahanupab et al., 1998) มาดัดแปลงโดยการปรับวลีของข้อคำถามให้เข้าใจง่ายและเพิ่มข้อคำถามให้ครอบคลุมนิยามศัพท์ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายในการวิจัยนี้ มีข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ เชิงลบ 16 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติต่อความตาย 15 ข้อ และทัศนคติต่อผู้ป่วยใกล้ตาย 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients
of Registered Nurses in a University Hospital
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1 ถึง 5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 5 ถึง 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน การแปลผลใช้วิธีการคำนวณอัตราส่วน 3 ระดับ โดยคะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับไม่ดี, 2.34-3.66 หมายถึง ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับปานกลาง, และ 3.67-5.00 หมายถึง ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับดี สำหรับคะแนนที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของ ทักษะคิด

5. แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย กรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2000) มีข้อคำถาม 52 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 26 ข้อ เชิงลบ 26 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านดี 18 ข้อ ด้านเก่ง 18 ข้อ และด้านมีสุข 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริงมาก การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1 ถึง 4 (ไม่จริง ถึง จริงมาก) การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 4 ถึง 1 (ไม่จริง ถึง จริงมาก) คะแนนแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 52-204 คะแนน

การแปลผลอิงตามกราฟความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต สามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนน 52-135 หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ 136-184 หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับ ปานกลาง และ 185-204 หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง สำหรับคะแนนที่ใช้ในการวิเคราะห์ ปัจจัยทำนายผู้วิจัยใช้คะแนนรวมของความฉลาดทางอารมณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบสอบถาม ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการพยาบาลแบบประคับประคอง 1 คน อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 คน และพยาบาลชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ คำนวณหาค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ .99, .96, และ .94 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลด้วย ความเอื้ออาทรด้วยการคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .92 และ ความเชื่อมั่นรายด้าน ประกอบด้วย ความเห็นอกเห็นใจ ความสามารถ ความมั่นใจ ความมีคุณธรรมจริยธรรม ความมุ่งมั่น และความประพฤติอย่างเหมาะสม เท่ากับ .82, .83, .77, .72, .77, และ .69 ตามลำดับ แบบสอบถาม ทักษะคิดต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ คำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .79 และ .93 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย คำนวณหาค่า Kuder-Richardson 20 ได้เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และมหาวิทยาลัยต้นสังกัดของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา หมายเลขโครงการ P2-0012/2566 และ SWUEC-013/2566E ตามลำดับ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้



ดำเนินการเก็บข้อมูล ตามเอกสารที่ อว 8731/3358 รวมทั้งได้รับอนุญาตจากฝ่ายการพยาบาลให้เข้าถึงบัญชีรายชื่อพยาบาลเพื่อใช้ในการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเก็บข้อมูลพยาบาลผู้ประสานงานจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการได้รับการสุ่มเลือกเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการให้ข้อมูล การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย และการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ในการนำเสนอข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่ชี้เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ผู้วิจัย นำข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้ไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยก่อนการเก็บข้อมูลพยาบาลผู้ประสานงานจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการได้รับการสุ่มเลือกเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างอนุญาตผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยแจกซองแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่สะดวก ซึ่งการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ใส่ซองปิดผนึก จากนั้นนำไปใส่ไว้ในกล่องรับคืนแบบสอบถาม ณ จุดที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ใช้สถิติ Multiple regression ด้วยวิธี Enter method ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ตรวจสอบและทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Multiple regression พบว่า ข้อมูลและตัวแปรเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทั้ง 7 ข้อ (Koonkaew, 2023) คือ 1) ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์ เป็นตัวแปรที่อยู่ในมาตราอัตราส่วน ส่วนตัวการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นตัวแปรที่ไม่ได้อยู่ในมาตราอัตราส่วน/อัตราส่วน แต่ได้รับการแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นแล้ว (Dummy variable) โดยกำหนดให้ 0 = ไม่เคยได้รับการอบรม, 1 = เคยได้รับการอบรม 2) ข้อมูลไม่มีค่าที่สูงมากหรือต่ำมาก โดยค่า Cook's distance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.000-0.117 3) ข้อมูลเป็นอิสระจากกัน โดยค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.888 4) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้นแต่ละตัวกับตัวแปรตาม ซึ่งภาพจาก Normal probability plot พบว่า ข้อมูลทั้งหมดจัดกลุ่มรอบเส้นทแยงมุม (Clustering around the diagonal) 5) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ โดยค่า Sig. ของ Kolmogorov-Smirnov test มีค่าเท่ากับ .176 6) ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ โดยค่า Sig. ของ Glejser test ของแต่ละตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง .216-.987 และ 7) ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันสูง โดยค่า VIF มีค่าอยู่ระหว่าง 1.022-1.440



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients of Registered Nurses in a University Hospital

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.92) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 69.02) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 30 ปี ($SD = 9.16$) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.81) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 76.11) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.58) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ร้อยละ 32.74) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติงาน (ร้อยละ 80.53) ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพอยู่ระหว่าง 0-10 ปี (ร้อยละ 76.99) เฉลี่ย 7 ปี ($SD = 9.06$) มีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 53.94) และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 74.34)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.04) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านความมีคุณธรรมจริยธรรม (ร้อยละ 95.58) และด้านความประพฤติอย่างเหมาะสม (ร้อยละ 95.58) รองลงมา คือ ด้านความเห็นอกเห็นใจ (ร้อยละ 90.27) ด้านความมุ่งมั่น (ร้อยละ 84.96) ด้านความสามารถ (ร้อยละ 78.76) และด้านความมั่นใจ (ร้อยละ 77.88) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร จำแนกเป็นโดยรวมและเป็นรายด้าน ($n = 113$)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมโดยรวม		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	9	7.96
ระดับสูง	104	92.04
(Min-Max = 3.16-4.79, $M = 4.06$, $SD = 0.32$)		
พฤติกรรมรายด้าน		
ด้านความเห็นอกเห็นใจ		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	11	9.73
ระดับสูง	102	90.27
(Min-Max = 2.63-5.00, $M = 4.15$, $SD = 0.40$)		
ด้านความสามารถ		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	24	21.24
ระดับสูง	89	78.76
(Min-Max = 2.50-5.00, $M = 3.90$, $SD = 0.39$)		
ด้านความมั่นใจ		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	25	22.12
ระดับสูง	88	77.88
(Min-Max = 2.67-5.00, $M = 3.81$, $SD = 0.43$)		



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients
of Registered Nurses in a University Hospital
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร จำแนกเป็นโดยรวมและเป็นรายด้าน (n = 113) (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านความมีคุณธรรมจริยธรรม		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	5	4.42
ระดับสูง	108	95.58
(Min-Max = 3.00-5.00, M = 4.27, SD = 0.45)		
ด้านความมุ่งมั่น		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	17	15.04
ระดับสูง	96	84.96
(Min-Max = 2.40-5.00, M = 4.01, SD = 0.43)		
ด้านความประพฤติอย่างเหมาะสม		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	5	4.42
ระดับสูง	108	95.58
(Min-Max = 3.00-5.00, M = 4.17, SD = 0.47)		

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .341, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .178, p < .05$) ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ($\beta = .192, p < .05$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($\beta = .265, p < .01$) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรได้ร้อยละ 39.4 (Adjusted $R^2 = .394, F = 19.217, p < .001$) โดยพยาบาลที่ได้รับการอบรมจะมีพฤติกรรมการดูแลดีกว่า 0.245 หน่วย เมื่อเทียบกับพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม พยาบาลที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น 0.005 หน่วย การมีทศนคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น 0.172 หน่วย และการมีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น 0.005 หน่วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร (n = 113)

ตัวแปร	b	SE	β	t	p
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.245	.053	.341	4.583	<.001
ไม่เคยได้รับการอบรม (reference)					
เคยได้รับการอบรม					
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.005	.002	.178	2.185	.031
ทศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย	.172	.079	.192	2.179	.031
ความฉลาดทางอารมณ์	.005	.002	.265	3.046	.003

Constant = 2.218, $R = .645, R^2 = .416, \text{Adjusted } R^2 = .394, F = 19.217, p < .001$



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients
of Registered Nurses in a University Hospital
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

การอภิปรายผล

1. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.04) อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่ศึกษาได้รับการอุปถัมภ์จากสถาบันทางศาสนาในด้านงบประมาณ การจัดอบรม และการทำกิจการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา โรงพยาบาลแห่งนี้จึงได้นำหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้ป่วย โดยได้มีการจัดกิจกรรมพัฒนาจิตอาสาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการจัดกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพโดยใช้หลักธรรมและกระบวนการทางพระพุทธศาสนาในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีการดำเนินโครงการปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวมเชิงพุทธ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจัดขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พยาบาลแต่ละคนจะผลัดเปลี่ยนกันเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมดังกล่าวจึงอาจทำให้พยาบาลมีคุณธรรม จริยธรรม และมีศีลธรรมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร อีกทั้งมีพยาบาลบางส่วนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 25.7) ทำให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากนี้ อาจเนื่องมาจากการที่พยาบาลทั้งหมดมีทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ทำให้พยาบาลมีมุมมองต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทางที่ดี เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย และมีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (Beauvais et al., 2017; Garcia, 2020) ทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเมตตา กรุณา และความเอื้ออาทร เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชูลีพร พรหมพาหุล (Prompahakul, 2011) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ของไทยอยู่ในระดับสูง

2. การศึกษาในครั้งนี้พบว่า มี 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .341, p < .001$) พยาบาลที่ได้รับการอบรมจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม อธิบายได้ว่า เมื่อพยาบาลได้รับการอบรมทำให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกต้องและเหมาะสม และจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลเกิดทักษะในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น (Nupinit, 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาของ หวู่ และคณะ (Wu et al., 2021) ที่พบว่า การอบรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์ในมณฑลกว่างตุง ประเทศจีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .140, p < .001$)

ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .192, p < .05$) อธิบายได้ว่า พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจึงได้พบกับเหตุการณ์เกี่ยวกับความตายอยู่บ่อยครั้งและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตายตามการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ay & Öz, 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาของ คาร์ตินี และคณะ (Kartini et al., 2022) ที่พบว่า ทัศนคติสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอิสลามในเมืองสุราบายา ประเทศอินโดนีเซีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .028$)



ความฉลาดทางอารมณ์ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .265, p < .01$) อธิบายได้ว่า การมีความฉลาดทางอารมณ์ทำให้พยาบาลสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เข้าใจอารมณ์ของตนเอง และมีความสามารถที่จะแสดงอารมณ์ของตนเองออกมาได้อย่างเหมาะสม ทำให้พยาบาลมีจิตใจที่มั่นคง รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา มีเหตุผล และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี (Department of Mental Health, 2007) อีกทั้งมีความเข้าใจถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้พยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจ มีความเมตตา กรุณา (Beauvais et al., 2017; Garcia, 2020) และปรารถนาให้ผู้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดราห์มานเนกา และ ปราเดซา (Dharmanegara & Pradesa, 2015) ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลในบาห์ลี ประเทศอินโดนีเซีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .774, p < .001$)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .178, p < .05$) อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในองค์ความรู้ และสามารถนำความรู้ที่มีไปใช้ในการคิด วิเคราะห์ พิจารณา และการตัดสินใจอย่างรอบคอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถเลือกกระทำการต่าง ๆ ได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งการมีความรู้จะนำมาสู่ความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (Kiik et al., 2022) ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับความคิดเห็นของพยาบาลชาวจีนที่มีความคิดเห็นว่า การมีความรู้และทักษะทางการในการดูแลที่สูงจะทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรดียิ่งขึ้น (Tong et al., 2022)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวัด โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของ โรช (Roach, 2002) ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 คน แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของโรช ซึ่งอาจส่งผลต่อความตรงของการวัดได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิงถึงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอื่นทั่วประเทศได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาล/ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ เสริมสร้างทัศนคติที่ดี และเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรที่ดีมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นหรือโรงพยาบาลในระดับอื่น และควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ ควรนำปัจจัยการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความฉลาดทางอารมณ์ ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไปออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients
of Registered Nurses in a University Hospital
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ความเอื้ออาทร เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรมากยิ่งขึ้น

References

- Akarathanarak, T. (2014). *Novice nurses' preparedness, knowledge and caring behavior for patients at the end of life* [Master's thesis, Prince of Songkla University]. PSU Knowledge Bank. <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9635/1/387914.pdf> (in Thai)
- Ay, M. A., & Öz, F. (2019). Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 26(5), 1442-1457.
- Beauvais, A., Andreychik, M., & Henkel, L. A. (2017). The role of emotional intelligence and empathy in compassionate nursing care. *Asian Mindfulness & Compassion*, 2(2), 92-100.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Chua, J. Y. X., & Shorey, S. (2021). Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 101, 104892. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104892>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cybulska, A. M., Zołnowska, M. A., Schneider-Matyka, D., Nowak, M., Starczewska, M., Grochans, S., & Cymbaluk-Płoska, A. (2022). Analysis of nurses' attitudes toward patient death. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13119. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013119>
- Department of Mental Health. (2000). *Handbook of emotional quotient*. Agricultural Cooperative Association of Thailand. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2007). *EQ: Emotional quotient* (4th ed.). Agricultural Cooperative Association of Thailand. (in Thai)
- Dharmanegara, I. B. A., & Pradesa, H. A. (2015). The influence of self-efficacy and emotional intelligence toward caring behavior among nurses in public hospital Denpasar Bali. *Journal of Nursing and Health Science*, 4(2), 9-15.
- Farmani, A. H., Mirhfez, S. R., Kavosi, A., Pasha, A. M., Nasab, A. J., Mohammadi, G., Moeini, V., Far, M. R. A., & Movahedi, A. (2018). Dataset on the nurses' knowledge, attitude and practice towards palliative care. *Data in Brief*, 22, 319-325. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2018.11.133>
- Garcia, M. (2020). *8 Behaviors of emotionally intelligent people*. Criteria. <https://www.criteriacorp.com/blog/8-behaviors-of-emotionally-intelligent-people>
- Haryani, A., & Lukmanulhakim, L. (2019). Predictors of nurse's caring behavior towards patients with critical illness. *In selection and peer-review under the responsibility of the ICHT conference committee, KnE Life Sciences*, pp. 12-22. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i13.5221>



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients
of Registered Nurses in a University Hospital
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

- Jullapan, P., Manastachakun, P., & Sudsa, S. (2020). Relatives' lived experience of caring for the terminal stage of older patients to achieve a peaceful death. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 33-44. (in Thai)
- Kartini, Y., Nursalam., Ahsan., Khamida., Faizah, I., & Yunitasari, R. (2022). Factors that influence on Islamic caring behavior. *Bali Medical Journal*, 11(1), 397-404. <https://doi.org/10.15562/bmj.v11i1.3107>
- Kiik, S. M., Nuwa, M. S., Betan, Y., & Riti, I. F. (2022). Improving nursing student self-confidence and competence through integrated public health care training. *Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness*, 24(1), 43-47. <http://doi.org/10.32725/kont.2022.003>
- Koonkaew, A. (2023). *Choosing and using basic and advanced statistics for research, assumption testing, data analysis, and presenting research results*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Mahanupab, T., Leksawasdi, N., & Sucamvang, K. (1998). *Attitudes toward death and the dying patients of professional nurses Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* [Research report]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Matchim, Y., & Thongthawee, B. (2019). Nursing students' and novice nurses' caring behaviors toward care for end-of-life patients and related factors. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(2), 73-86. (in Thai)
- Nilmanat, K. (2012). *The end of life care*. Chanmuang Press. (in Thai)
- Nupinit, W. (2016). *Relationships between selected factors and ICU nurses' competency for caring of patients at the end-of-life* [Master's thesis, Prince of Songkla University]. PSU Knowledge Bank. <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11240/1/415791.pdf> (in Thai)
- Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Heine, J., Dickel, L. M., Zhang, Y., Wowretzko, F., Wendt, K. N., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Bergelt, C. (2019). Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(1), 102. <http://doi.org/10.1186/s12904-019-0469-7>
- Pairojkul, S., Thongkhamcharoen, R., Raksasataya, A., Sorasit, C., Nakawiro, P., Sudsa, S., Sattamai, C., Puripanpinyo, N., Oerareemit, N., Raksadaen, B., Apaijitt, P., Santisant, B., Thammachote, P., Thunyawan, S., Rattanachun, V., & Fagcharoenpol, V. (2021). Integration of specialist palliative care into Tertiary Hospitals: A multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliative Medicine Reports*, 2(1), 272-279.
- Panuraj, S. (2017). *The factors related to nurses' caring behaviors in providing care for end-of-life patients* [Master's thesis, Thammasat University]. TU Digital Collections. https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5814032057_8091_9246.pdf (in Thai)
- Piyakong, D., Pholanun, N., & Pakpoom, W. (2020). Caring among nurses working in a rich technological environment. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(1), 145-158. (in Thai)



Factors Influencing Caring Behaviors for End-of-Life Patients
of Registered Nurses in a University Hospital
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

- Promptahakul, C. (2011). *Factors relating to nurses' caring behaviors for dying patients in Southern Thailand* [Master's thesis, Prince of Songkla University]. PSU Knowledge Bank.
<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/13538/2/351595.pdf> (in Thai)
- Promptahakul, C., Kongsuwan, W., & Meunsri, B. (2022). Factors related to caring behaviors for patients at the end-of-life among fourth-year nursing students, Prince of Songkla University. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 42(2), 1-11.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professionals* (2nd ed.). Canadian Hospital Association Press.
- Sah, S., Dsouza, S., & Dsouza, M. C. (2022). Nursing personnel's caring behaviors during end-of-life treatment in a Tertiary Care Hospital. *MedS Alliance Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2(4), 66-70.
- Sriratanaban, J., Chatrkaw, P., Sriratanaban, P., Ngamkiatphaisan, S., Manasvanich, P., Rattananupong, T., Preechachaiyawit, P., & Thepphawan, P. (2018). *A synthesis of policy recommendations, guidelines for the development of hospice care in Thailand: Alternative care for the quality of end-of-life patients*. Health Systems Research Institute.
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4922?show=full> (in Thai)
- Thongthawee, B., Matchim, Y., & Kaewsiwong, S. (2018). Caring behaviors in providing care for end-of-life patients of nursing students and novice nurses, Thammasat University. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(4), 35-48. (in Thai)
- Tong, L. K., Zhu, M. X., Wang, S. C., Cheong, P. L., & Van, L. K. (2022). Factors influencing caring behaviour among registered nurses during the COVID-19 pandemic in China: A qualitative study using the COM-B framework. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4071-4079.
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wu, X., Zhou, Z., Zhang, Y., Lin, X., Zhang, M., Pu, F., & Zhang, M. (2021). Factors associated with behaviors toward end-of-life care among Chinese oncology nurses: A cross-sectional study. *Asian Nursing Research*, 15(5), 310-316.
- Xia, L., & Kongsuwan, W. (2020). Factors relating to nurses' end-of-life care. *Journal of Biosciences and Medicines*, 8(6), 189-200.
- Zhao, J., Wang, Y., Xiao, B., Ye, F., Chen, J., Huang, Y., Li, T., Chen, X., Ma, H., Zhang, Q., & Zou, Z. (2024). Behaviors and influencing factors of Chinese oncology nurses towards hospice care: A cross-sectional study based on social cognitive theory in 2022. *BMC Palliative Care*, 23(1), 53. <http://doi.org/10.1186/s12904-024-01385-8>



Factors Related to Health-Related Quality of Life Among Young Adults with Stroke*

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย*

สาธิตา	วัชรดิolk**	Satita	Watcharadilok**
สุนิดา	ปรีชาวงษ์***	Sunida	Preechawong***

Abstract

The occurrence of stroke in young adults is increasing globally, leading to greater mortality, morbidity, and a higher risk of recurrence. The purpose of this descriptive correlation study was to investigate health-related quality of life and to study the relationships among factors related to health-related quality of life in young adults with stroke, including body mass index, stroke severity, fatigue, depression, and disability. One hundred and fifty young adults with stroke who met the inclusion criteria were recruited from three hospitals in Bangkok. Research instruments consisted of demographic information, the National Institutes of Health Stroke Scale, the Fatigue Severity Scale, the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, the Modified Rankin Scale, and the Stroke-Specific Quality of Life Scale. The questionnaires demonstrated acceptable content validity (content validity index: .93-1.00), internal consistency (Cronbach's alpha: .84-.98), and inter-rater agreement (Kappa coefficient: .90). Data were analyzed using Pearson's product moment correction, Spearman's rank correlation, and Point biserial correlation.

The results revealed that young adults with stroke had good health-related quality of life (Mean = 210.96, SD = 32.85). Stroke severity, depression, fatigue, disability, and body mass index were significantly negatively correlated with health-related quality of life ($r = -.77, -.71, -.66, -.60, \text{ and } -.56$ respectively; $p < .05$).

This finding can be used as basic information for health care personnel to promote health-related quality of life in young adults with stroke.

Keywords: Health-related quality of life; Stroke in the young; Related factors

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

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

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; e-mail: sunida.p@chula.ac.th

Received 21 March 2024; Revised 28 July 2024; Accepted 30 July 2024

**บทคัดย่อ**

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลก ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต การเจ็บป่วย และมีความเสี่ยงในการเกิดซ้ำมากขึ้น การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย และความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานทางร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินระดับทุกข์ทรมานทางร่างกาย และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .93-1.00 ค่าความเชื่อมั่น คำนวณโดยหาค่า Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ .84-.98 และค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ค่า kappa เท่ากับ .82 และค่า weighted kappa เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's product moment correction, Spearman's rank correlation และ Point biserial correlation

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 210.96 (SD = 32.85) และพบว่า ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า อาการเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.77, -.71, -.66, -.60$ และ $-.56$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

e-mail: sunida.p@chula.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุสำคัญของความทุพพลภาพและการเสียชีวิต (World Health Organization, 2022) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปีเพิ่มขึ้นทั่วโลก (European Stroke Organisation, 2018) สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตราเฉลี่ย 543 คนต่อประชากร 100,000 คน อีกทั้งกรมควบคุมโรคได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าทุก 4 คน จะมีการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรอายุน้อย (National Institute for Emergency Medicine, 2022)

ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการชาหรืออ่อนแรงที่แขนขาซีกใดซีกหนึ่ง สูญเสียการทรงตัว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ออก สับสน นึกคำพูดไม่ออก โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Yoon et al., 2021) ปัญหาด้านร่างกาย ตัวอย่างเช่น ความทุพพลภาพ (Boot et al., 2020) และความสามารถต่อการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (Wong et al., 2021) ปัญหาข้างต้นส่งผลถึงปัญหาด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยที่มีความพิการจะมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องมีความพิการทางร่างกายในช่วงวัยที่ตนเองควรมีความแข็งแรงที่สุด (Ignacio et al., 2022) นอกจากนี้ยังเกิดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีภาวะพึ่งพา (Yoon et al., 2021) ตลอดจนถึงสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างไปจากเดิม เกิดการแยกตัวออกจากสังคม จากปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = -0.41, 0.41; p < .01$) (Yoon et al., 2021) ส่วนการศึกษาในเยอรมันพบว่า ความทุพพลภาพทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = -0.82, p < 0.01$) (Deb-Chatterji et al., 2021) ขณะที่อาการเหนื่อยล้า และซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยเช่นกัน (Naess et al., 2006) นอกจากนี้ ดัชนีมวลกายเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย (Wong et al., 2021) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ในช่วงกลุ่มอายุ 30-59 ปี (Phiwkhao et al., 2017)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาจะเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกช่วงวัย ทำให้ไม่สามารถที่จะอธิบายปรากฏการณ์สำหรับกลุ่มที่มีอายุน้อยได้ อีกทั้งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยในต่างประเทศอาจจะแตกต่างกับผู้ป่วยในประเทศไทย เนื่องจากความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม และบริบท ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ เฟอร์รันส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุพพลภาพทางร่างกาย เพื่อให้มีองค์ความรู้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุพพลภาพทางร่างกาย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย



สมมติฐานการวิจัย

ดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานทางร่างกาย มีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ เฟอร์รันส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ซึ่งพัฒนาจาก Wilson and Cleary model เป็นกรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปรร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการมุ่งเน้นที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค โดยมุ่งเน้นที่ผลกระทบด้านลบของการเจ็บป่วยต่อมุมมองการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ คือ ดัชนีมวลกายที่เมื่อเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการทำงานของโปรตีนในระดับเซลล์ทำให้ระบบประสาทและการไหลเวียนเลือดทำงานได้ไม่ดี นำไปสู่การฟื้นฟูสภาพของที่ซ้ำของผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของโรคเกิดจากพยาธิสภาพในหลอดเลือดสมองทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม 2) ปัจจัยด้านอาการ คือ อาการเหนื่อยล้าซึ่งส่งผลต่อการทำกิจกรรม และภาวะซึมเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยพร่องการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ดูแลตนเอง และ 3) ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ คือ ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย โดยส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นล้วนส่งผลต่อการทำกิจกรรม กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกหรือตีบตันที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-45 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกหรือตีบตัน เข้ามารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขนาดตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ 2) ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และ 3) ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง ไข้สูง หรือมีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายไม่คงที่ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด หายใจหอบเหนื่อย มีอาการอยู่ในระยะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการรักษาขณะเก็บข้อมูล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี Power Analysis ใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.20 (Chen et al., 2015) อำนาจทดสอบ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ 150 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยการสุ่มสังกัดของโรงพยาบาลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จับสลากแบบไม่แทนที่มา 3 สังกัด แล้วสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ สังกัดละ 1 โรงพยาบาล รวมทั้งหมดเป็น 3 โรงพยาบาล จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสถิติผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองอายุน้อยประจำปี 2565 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 74 คน สถาบันประสาทวิทยา 60 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว การสูบบุหรี่ และประวัติโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งรอยโรค

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (The National Institute of Health Stroke Scale: NIHSS) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดย สถาบันโรคทางระบบประสาท และโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019) แปลภาษาไทยโดย ยงชัย นิละนนท์ และคณะ (Nilanont et al., 2010) แบบประเมินจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย การประเมิน 11 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับความรู้สึกตัว 1 ข้อ 2) ความจำ 1 ข้อ 3) ความสามารถทำตามคำสั่ง 1 ข้อ 4) การเคลื่อนไหวของลูกตา 1 ข้อ 5) การมองเห็นด้วยการตรวจลานสายตา 1 ข้อ 6) การควบคุมการเคลื่อนไหวใบหน้า 1 ข้อ 7) การเคลื่อนไหวของแขน 2 ข้อ การเคลื่อนไหวของขา 2 ข้อ 8) การประสานงานของแขนขา 1 ข้อ 9) การรับรู้ความรู้สึก 1 ข้อ 10) ความสามารถด้านการเข้าใจภาษา 1 ข้อ 11) ความสามารถในการออกเสียง/อ่าน 1 ข้อ และ 12) การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 1 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-42 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมาก การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (≤ 4 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-14 คะแนน) ระดับมาก (15-24 คะแนน) และระดับมากที่สุด (≥ 25 คะแนน)

แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้แปลด้วยการวิเคราะห์เมทริกซ์หลักขณะพบวิธี ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เท่ากับ .67 (Nilanont et al., 2010)

3. แบบประเมินความเหนื่อยล้า (The Fatigue Severity scale) ใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดย ครูปป์ และคณะ (Krupp et al., 1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ และคณะ (Sawasdee et al., 2017) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-63 คะแนน โดยคำนวณจากผลรวมของคะแนนหารด้วยข้อคำถาม การแปลผล คะแนน ≥ 4 คะแนน หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้า

แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้แปล ได้ค่า I-CVI = 1.00

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพัฒนาโดย แรดลอฟฟ์ (Radloff, 1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิริตติชัยกุล และ พนม เกตุมาน (Kuptniratsaikul & Ketumarn, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วนคือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ วัดความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 2 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 4 ข้อ และด้านลบจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 0 หมายถึงไม่เกิดขึ้นเลย และ 3 หมายถึงเกิดขึ้นบ่อย (5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลมีจุดตัดของคะแนนที่ 19 คะแนน

แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเกณฑ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เท่ากับ .93

5. แบบประเมินระดับทุพพลภาพทางร่างกาย (The Modified Rankin Scale) ใช้ประเมินระดับความพิการโดยประเมินจากความสูญเสียความสามารถในการทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ว่าต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด พัฒนาโดย โดรมเริค และคณะ (Dromerick et al., 2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย สำนักงานวิจัย

และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (Chiangchaisakulthai et al., 2019) แบบประเมินจำนวน 7 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติใด ๆ 1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามปกติ 2 หมายถึง มีความพิการเล็กน้อยทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมเหมือนก่อนหน้านี้ทั้งหมดได้ แต่สามารถทำกิจกรรมของตนเองได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย 3 หมายถึง มีความพิการปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือบางอย่างแต่สามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย 4 หมายถึง มีความพิการรุนแรงปานกลาง ไม่สามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยและไม่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่มีผู้ช่วย 5 หมายถึง มีความพิการรุนแรง อยู่ในภาวะติดเตียง ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ให้คะแนนระดับความพิการ 6 คะแนน สำหรับการวิจัยนี้ แปลผลโดยใช้คะแนน 0-1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ และ 3-5 หมายถึง มีความพิการ (Uyttenboogaart et al., 2005)

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Stroke-Specific Quality of Life Scale) พัฒนาโดย วิลเลียม และคณะ (Williams et al., 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวิมล บัวแพง และ ณิชากัทร พุฒิกามิน (Buapang & Phutthikhamin, 2016) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 49 ข้อ ครอบคลุมทั้งหมด 12 ด้าน ได้แก่ พละกำลัง บทบาทในครอบครัว บทบาททางสังคม บุคลิกภาพ อารมณ์ความรู้สึก ความคิด การดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำหน้าที่ของแขน การพูดหรือการใช้ภาษา การมองเห็น และการทำงาน แต่ละข้อมีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 49-245 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้แปลแล้ว และในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ของแบบประเมิน จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (I-CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า I-CVI เท่ากับ .96

2. การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย ในสถาบันประสาทวิทยาจำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ได้ค่าเท่ากับ .98, .84 และ .97 ตามลำดับ สำหรับแบบประเมินระดับคุณภาพทางร่างกายวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ได้ค่า kappa = .82 และค่า weighted kappa = .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ใช้เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข 660102 สถาบันประสาทวิทยา หมายเลข 66052 โรงพยาบาลตำรวจ หมายเลข Nq070-66 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร หมายเลข U027hh/66_EXP ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์ที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังที่โครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 2566-มกราคม 2567 โดยเข้าพบหัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม-ศัลยกรรม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียด



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประชาสัมพันธ์โครงการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยจัดเตรียมห้องสำหรับการตอบแบบสอบถามเพื่อความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยประเมินและบันทึกระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดและระดับทุพพลภาพทางร่างกาย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม-ศัลยกรรม โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการอ่อนแรงของแขนข้างที่ถนัด ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองและเลือกคำตอบที่ต้องการ หลังจากนั้นผู้วิจัยลงบันทึกในแบบสอบถามให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า อาการเหนื่อยล้า กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และมีค่าความเบ้และความโด่ง อยู่ในช่วง -2 ถึง +2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยสถิติ Spearman's rank correlation ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความทุพพลภาพทางร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ Point biserial correlation ซึ่งผู้วิจัยสร้างตัวแปรหุ่นโดยใช้เกณฑ์คะแนน 0-1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ และ 2-5 หมายถึง มีความพิการ (Uyttenboogaart et al., 2005) การแปลผลความสัมพันธ์ใช้เกณฑ์ดังนี้ 0.00-0.25 แทบไม่มีความสัมพันธ์ 0.26-0.49 มีความสัมพันธ์น้อย 0.50-0.69 มีความสัมพันธ์ปานกลาง 0.70-0.89 มีความสัมพันธ์สูง และ 0.90-1.00 มีความสัมพันธ์สูงมาก (Munro, 2001)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 39-45 ปี (ร้อยละ 61.33) ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.67) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 44.67) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 47.33) ประกอบอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 38.00) มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 54.67) และยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 42.67) ทั้งนี้ภายหลังการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นระยะเวลา 6-12 เดือน (ร้อยละ 24.67) โดยร้อยละ 24.00 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 3-6 เดือน ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ร้อยละ 82.00) โดยมีตำแหน่งรอยโรคอยู่ที่สมองใหญ่ (cerebrum) (ร้อยละ 60.00) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.33) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.94

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 210.96, SD = 32.85) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านที่สูงที่สุด คือ ด้านการมองเห็น (M = 14.28, SD = 1.29) และด้านการพูดหรือการใช้ภาษา (M = 23.49, SD = 2.23) ตามลำดับ โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านที่ต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านพละกำลัง (M = 9.70, SD = 4.12) และด้านบุคลิกภาพ (M = 11.19, SD = 3.16) ดังตารางที่ 1



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยรายด้านและโดยรวม (n = 150)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	M	SD	adjusted mean
ด้านการมองเห็น (vision)	14.28	1.29	4.76
ด้านการพูดหรือการใช้ภาษา (language)	23.49	2.23	4.70
ด้านความคิด (thinking)	13.77	2.21	4.59
ด้านการดูแลตนเอง (self-care)	22.89	3.84	4.58
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility)	27.45	4.93	4.57
ด้านการทำหน้าที่ของแขน (upper extremity)	22.19	4.48	4.44
ด้านการทำงาน (work)	13.17	2.14	4.39
ด้านบทบาททางสังคม (social roles)	21.27	4.59	4.25
ด้านอารมณ์ความรู้สึก (mood)	19.79	4.49	3.96
ด้านบทบาทในครอบครัว (family roles)	11.77	3.34	3.92
ด้านบุคลิกภาพ (personality)	11.19	3.16	3.73
ด้านพลังกำลัง (energy)	9.70	4.12	3.23
คะแนนรวมคุณภาพชีวิต	210.96	32.85	4.31

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานทางร่างกาย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยในระดับสูง ($r = -.77$ และ $-.71$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ขณะที่อาการเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยในระดับปานกลาง ($r = -.66$, $-.60$ และ $-.56$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานทางร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย (n = 150)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ดัชนีมวลกาย	-.56	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค	-.77	< .001
อาการเหนื่อยล้า	-.66	< .001
ภาวะซึมเศร้า	-.71	< .001
ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย	-.60	< .001

การอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 210.96, SD = 32.85) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในเกณฑ์ดีทั้ง 12 ด้าน โดยด้านที่สูงที่สุด คือ ด้านการมองเห็น และด้านการพูดหรือการใช้ภาษา โดยด้านที่ต่ำที่สุด คือ ด้านพลังกำลัง และด้านบุคลิกภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยอยู่ในเกณฑ์ดี ในด้านการพูดหรือการใช้ภาษาโดยมีคะแนนสูงสุด แต่ด้านพลังกำลังมีคะแนนต่ำที่สุด (Alotaibi et al., 2021) และการศึกษาของ สุวิมล บัวแพง และ ณิชภัทร พุฒิกามิน (Buapang & Phutthikhamin, 2016) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีคะแนนด้านการมองเห็นสูงที่สุด และด้านบุคลิกภาพต่ำที่สุด อาจเนื่องจากผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักหลงเหลือความพิการที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยซึ่งอยู่ช่วงวัยที่ควรมีร่างกายที่แข็งแรง รับรู้ถึงความผิดปกติทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับตนเอง รู้สึกพลังกำลังที่เคยมีรวมถึงบุคลิกภาพของตนเปลี่ยนแปลงไป (Ignacio et al., 2022) ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทที่เคยทำได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ (Yoon et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม การที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากสรีรวิทยาทางร่างกายของผู้ใหญ่อายุน้อยมีความสมบูรณ์แข็งแรง เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ร่างกายจึงสามารถฟื้นฟูสภาพได้ดี (Tsalta-Mladenov & Andonova, 2021) ส่งผลให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ขณะเดียวกัน การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 12 เดือน ซึ่งผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่น้อยมักมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่มาก (Tsalta-Mladenov & Andonova, 2021) อาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การศึกษานี้ยังพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่กล่าวถึงปัจจัยด้านชีวภาพซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายระดับเซลล์ โดยดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการทำงานของโปรตีนทำให้ระบบประสาทและการไหลเวียนเลือดทำงานได้ไม่ดี ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพซาลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาโดย หว่อง และคณะ (Wong et al., 2021) ที่พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชาวมาเลเซีย เนื่องจากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่อ้วนมักมีความสามารถในการทำกิจกรรมและเคลื่อนไหวตัวเองลดลง

นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพยาธิสภาพในหลอดเลือดของสมอง ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลต่อการฟื้นตัว โดยระดับความรุนแรงของโรคที่มากจะทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเยอรมันของเดบ-ชัตเตอร์จี และคณะ (Deb-Chatterji et al., 2021) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง

เช่นเดียวกับอาการเหนื่อยล้าที่พบว่ามีสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเช่นกัน อธิบายได้ว่า อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบด้านลบต่อการทำกิจกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนส และคณะ (Naess et al., 2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเหนื่อยล้าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง สำหรับผลการวิจัยที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยพร่องการทำกิจกรรม ขาดการ



ดูแลตนเอง มีภาวะแยกตัว ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยโดยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง (Naess et al., 2006; Yoon et al., 2021)

ขณะที่ความทุกข์พลภาพทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า ความทุกข์พลภาพที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายไม่สมบูรณ์ บกพร่องในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวัน ความทุกข์พลภาพที่มากขึ้นทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์พลภาพทางร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยโดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยและมีความทุกข์พลภาพทางร่างกายมาก จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (Deb-Chatterji et al., 2021)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย และให้ความสำคัญกับดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์พลภาพทางร่างกาย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยเชิงทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย และควรมีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

References

- Alotaibi, S. M., Alotaibi, H. M., Alolyani, A. M., Abu Dali, F. A., Alshammari, A. K., Alhwiesh, A. A., Gari, D. M., Khuda, I. K. M. Q., & Vallabadoss, C. A. (2021). Assessment of the stroke-specific quality-of-life scale in KFHU, Khobar: A prospective cross-sectional study. *Neurosciences*, 26(2), 171-178. <https://doi.org/10.17712/nsj.2021.2.20200126>
- Boot, E., Ekker, M. S., Putaala, J., Kittner, S., De Leeuw, F. E., & Tuladhar, A. M. (2020). Ischaemic stroke in young adults: A global perspective. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 91(4), 411-417. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322424>
- Buapang, S., & Phutthikhamin, N. (2016). Quality of life of stroke in the young at the out-patient department of Srinagarind Hospital. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 11(4), 61-75. (in Thai)
- Chen, C. M., Tsai, C. C., Chung, C. Y., Chen, C. L., Wu, K. P., & Chen, H. C. (2015). Potential predictors for health-related quality of life in stroke patients undergoing inpatient rehabilitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 118. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0314-5>



- Chiangchaisakulthai, K., Suppradist, W., & Samphak, N. (2019). *Final report on the evaluation of intermediate care service*. International Health Policy Program, Thai Health Promotion Foundation. (in Thai)
- Deb-Chatterji, M., Pinho, J., Flottmann, F., Meyer, L., Broocks, G., Brekenfeld, C., Reich, A., Fiehler, J., Gerloff, C., Thomalla, G., & GSR-ET Investigators. (2021). Health-related quality of life after thrombectomy in young-onset versus older stroke patients: A multicenter analysis. *Journal of NeuroInterventional Surgery*, 14(11), 1145-1150. <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2021-017991>
- Dromerick, A. W., Edwards, D. F., & Diringer, M. N. (2003). Sensitivity to changes in disability after stroke: A comparison of four scales useful in clinical trials. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 40(1), 1-8. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2003.01.0001>
- European Stroke Organisation. (2018). *ESOC 2018 - Stroke in the young*. <https://eso-stroke.org/esoc-2018-stroke-in-the-young/>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Ignacio, K. H. D., Diestro, J. D. B., Medrano, J. M. M., Salabi, S. K. U., Logronio, A. J., Factor, S. J. V., Ignacio, S. D., Pascual V, J. L. R., & Pineda-Franks, M. C. C. (2022). Depression and anxiety after stroke in young adult Filipinos. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 31(2), 106232. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106232>
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121-1123. <https://doi.org/10.1001/archneur.1989.00520460115022>
- Kuptniratsaikul, V., & Ketumarn, P. (1997). The study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) in Thai people. *Siriraj Hospital Gazette*, 49(5), 442-448. (in Thai)
- Munro, B. S. (2001). *Statistical Methods for Healthcare Research* (4th ed.). Lippincott.
- Naess, H., Waje-Andreassen, U., Thomassen, L., Nyland, H., & Myhr, K. M. (2006). Health-related quality of life among young adults with ischemic stroke on long-term follow-up. *Stroke*, 37(5), 1232-1236. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000217652.42273.02>
- National Institute for Emergency Medicine. (2022). *Situations and trends in health and emergency medicine (World class and Thailand)*. https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2019). *Stroke scales and related information*. National Institute of Neurological Disorders and Stroke.
- Nilanont, Y., Phattharayuttawat, S., Chiewit, P., Chotikanuchit, S., Limsriwilai, J., Chalernpong, L., Yamkaew, N., Lirathpong, N., Anprasertporn, P., Komoltri, C., Prayoonwiwat, N., & Pongvarin, N. (2010). Establishment of the Thai version of National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and a validation study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(Suppl 1), S171-S178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20364572> (in Thai)



- Phiwkhao, S., Jitpanya, C., & Preechawong, S. (2017). Relationships among coping, social support, perceived self-efficacy and health related-quality of life in first-time stroke patients. *HCU Journal of Health Science*, 21(41), 123-136. (in Thai)
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Sawasdee, A., Preechawong, S., & Jitpanya, C. (2017). Relationships between pain, sleep quality, depressive symptoms, and fatigue in post stroke patients. *Kuakarun Journal Nursing*, 24(2), 7-22. (in Thai)
- Tsalta-Mladenov, M., & Andonova, S. (2021). Health-related quality of life after ischemic stroke: Impact of sociodemographic and clinical factors. *Neurological Research*, 43(7), 553-561. <https://doi.org/10.1080/01616412.2021.1893563>
- Uyttenboogaart, M., Stewart, R. E., Vroomen, P. C. A. J., De Keyser, J., & Luijckx, G. J. (2005). Optimizing cutoff scores for the Barthel index and the modified Rankin scale for defining outcome in acute stroke trials. *Stroke*, 36(9), 1984-1987. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000177872.87960.61>
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369. <https://doi.org/10.1161/01.str.30.7.1362>
- Wong, H. J., Lua, P. L., Harith, S., & Ibrahim, K. A. (2021). Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01847-0>
- World Health Organization. (2022). *World Stroke Day 2022*. <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>
- Yoon, S., Kim, H. Y., & Kim, S. R. (2021). A prediction model of health-related quality of life in young adult patients with stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13-14), 2023-2035. <https://doi.org/10.1111/jocn.15755D>



Factors Associated with Post-Stroke Fatigue Among Patients with Acute Ischemic Stroke

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน

ศุภชัย
อุไร

รักแก้ว*
คำมาก**

Supachai
Urai

Rakkaew*
Kummarg**

Abstract

Post-stroke fatigue (PSF) is a key factor in post-stroke recovery. This descriptive correlation research aimed to study the factors associated with PSF in acute ischemic stroke patients. The participants were purposely selected to include 97 patients diagnosed with acute ischemic stroke who were over 18 years old and had stable symptoms while receiving services at Thammasat University Hospital. The instruments used in the research included a demographic characteristics' questionnaire, the Fatigue Severity Score (FSS), the Numerical Pain Rating Scale (NRS), the Athens Insomnia Scale: (AIS-Thai), the Barthel Activities of Daily Living (ADL), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs), and the Stress Test Questionnaire (ST-5). All instruments were tested for reliability, which was .96, 1.00, .86, .88, .81, .86, and .86, respectively. Data analysis used descriptive statistics and Pearson correlation statistics.

The results found that the participants consisted of equal numbers of males and females, with an average age of 64.44 years (SD = 11.28). Post-stroke period ranged from 1-13 days (Mean = 3.40, SD = 1.77), and 44.3% had fatigue after stroke (Mean = 3.76, SD = 1.42). The relationships between the FSS and the NRS, AIS-Thai, ADL, Anxiety, Depression, and ST-5 were statistically significant ($r = .334, p < .01$; $r = .481, p < .01$; $r = -2.67, p < .01$; $r = .476, p < .01$; $r = .384, p < .01$; and $r = .469, p < .01$, respectively).

The results of this study can be used as basic information for planning care to prevent and manage PSF in patients with acute stroke.

Keywords: Post-stroke fatigue; Acute ischemic stroke

* Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level, Thammasat University Hospital, Thammasat University; email: Supachai.rak@dome.tu.ac.th

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Thammasat University Hospital, Thammasat University



บทคัดย่อ

ความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับการฟื้นฟูสภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน มีอายุมากกว่า 18 ปี และมีอาการคงที่ เข้ารับบริการในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 97 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความปวด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า และแบบประเมินความเครียด เครื่องมือทั้งหมดได้รับการทดสอบค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ .96, 1.00, .86, .88, .86, .81 และ .86 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson correlation

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชาย และเพศหญิงอย่างละเท่า ๆ กัน มีอายุเฉลี่ย 64.44 ปี (SD = 11.28) ระยะหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระหว่าง 1-13 วัน (Mean = 3.40, SD = 1.77) และมีความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 44.3 (Mean = 3.76, SD = 1.42) จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเหนื่อยล้ากับระดับความปวด อาการนอนไม่หลับ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความเครียด พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .334, p < .01$; $r = .481, p < .01$; $r = -.267, p < .01$; $r = .476, p < .01$; $r = .384, p < .01$; $r = .469, p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันและจัดการความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

คำสำคัญ: ความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

email: Supachai.rak@dome.tu.ac.th

** พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (post-stroke fatigue [PSF]) เป็นการรับรู้หรือประสบการณ์ที่มีหลายมิติ ทั้งทางด้านทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของบุคคลว่าตนมีการทำงานของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจลดลงจากปกติ พบอุบัติการณ์ทั่วโลกร้อยละ 25-85 (Aali et al., 2020; Zhang et al., 2020) และในประเทศไทยพบร้อยละ 35-63 (Hoomart & Jitpanya, 2019; Sangchan & Jitpanya, 2018) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นตามปกติ (physiological fatigue) และความเหนื่อยล้าทางพยาธิสภาพ (pathological fatigue) (De Groot et al., 2003) โดยที่ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นตามปกติเป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นไม่นานเมื่อได้พักผ่อนแล้วจะดีขึ้น ในขณะที่ความเหนื่อยล้าทางพยาธิสภาพเป็นความรู้สึกอ่อนเพลีย หดแรงแรง หดกำลังโดยไม่สัมพันธ์กับระดับการออกกำลังกายก่อนเกิดอาการ อาการคงอยู่นานกว่าปกติและไม่สามารถดีขึ้นจากการพักผ่อน (Nadarajah & Goh, 2015) สามารถเกิดขึ้นทันทีหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีอาการ 20-30 วันต่อเดือน และมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน (Choi-Kwon et al., 2005) ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ความเหนื่อยล้าในระยะแรก (early Fatigue) จะสัมพันธ์กับขนาดรอยโรค ตำแหน่งโรค ซึ่งจะคงอยู่ในระยะ 2 เดือนแรกหลังเกิดโรค ในขณะที่ความเหนื่อยล้าในระยะท้าย (late fatigue) จะเกิดขึ้นหลังเกิดโรคตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป และจะคงอยู่ถึง 3 ปี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Wu et al., 2015)

การประเมินความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีแบบประเมินที่หลากหลาย แต่ที่นิยมใช้ คือแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย ครุปป์ และคณะ (Krupp et al., 1989) เนื่องจากใช้ง่าย สะดวก และไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป อีกทั้งมีความความเที่ยงอยู่ในระดับสูง (0.86-0.98) (Hoomart & Jitpanya, 2019; Poulsen et al., 2020; Sangchan & Jitpanya, 2018; Sawasdee et al., 2017) สามารถสะท้อนถึงความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่จะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้เป็นอย่างดี

ความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Thilarajah et al., 2018) เนื่องจากการทำกิจกรรมทางกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมักจะมีเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจต่อการทำกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้ความอดทนและพยายามที่จะทำกิจกรรมทางกายลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีเหนื่อยล้า (Lenaert et al., 2020) นอกจากนี้ความเหนื่อยล้าสามารถทำนายความร่วมมือในการทำกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี (Hamre et al., 2021)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า สามารถจัดได้ 5 กลุ่ม ดังนี้คือ 1) ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ (demographic factors) ได้แก่ อายุ (Aarnes et al., 2020; Zhang et al., 2020) เพศ (Zhang et al., 2020) และโรคร่วม (Aali et al., 2020; Cumming et al., 2018; Zhang et al., 2020), 2) ปัจจัยทางคลินิก (clinical factors) ได้แก่ ความรุนแรงของโรค (Aali et al., 2020; Aarnes et al., 2020; Cumming et al., 2018; Hoomart & Jitpanya, 2019; Sangchan & Jitpanya, 2018) อาการปวด (Aali et al., 2020; Aarnes et al., 2020; Cumming et al., 2018; Sawasdee et al., 2017) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Aali et al., 2020; Aarnes et al., 2020; Cumming et al., 2018; Gyawali et al., 2020; Hoomart & Jitpanya, 2019; Sangchan & Jitpanya, 2018; Sawasdee et al., 2017), 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior factors) ได้แก่ ภาวะโภชนาการ (Aarnes et al., 2020; Zhang et al., 2020) การนอนหลับ (Aarnes et al., 2020; Hoomart & Jitpanya, 2019; Sawasdee et al., 2017; Zhang et al., 2020) และกิจกรรมทางกาย (Hoomart & Jitpanya, 2019), 4) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ ความวิตกกังวล, อาการซึมเศร้า และความเครียด (Sangchan & Jitpanya,



2018; Zhang et al., 2020) และ 5) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (situational factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Aarnes et al., 2020; Ponchel et al., 2015)

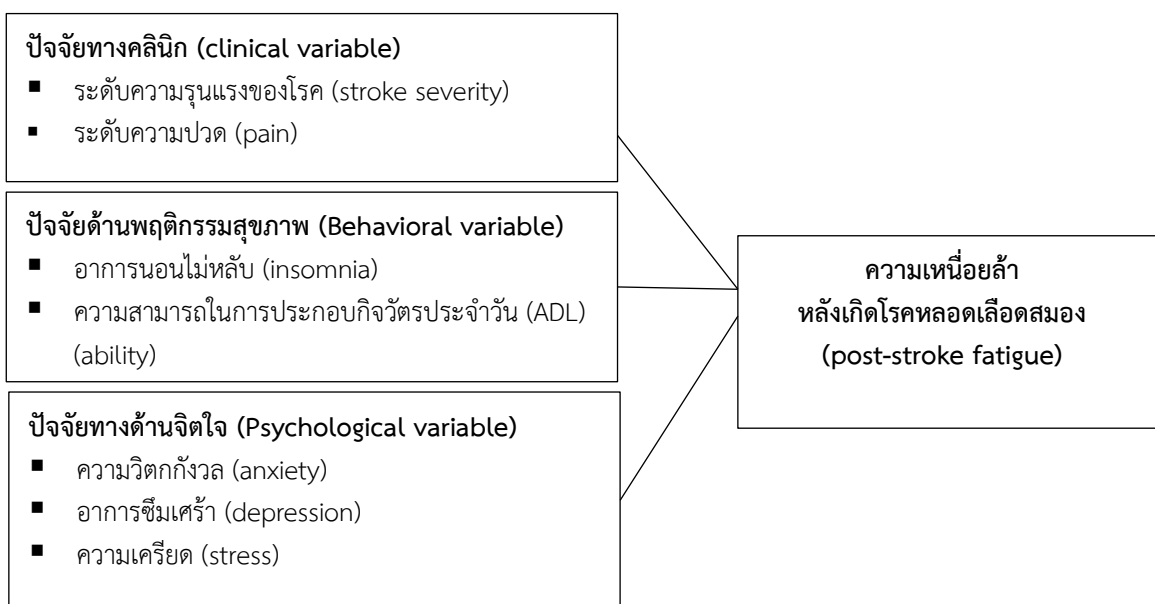
แม้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ. 2558-2564 จำนวน 10 ฉบับ พบว่าเป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลาหลังเกิดโรคตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 3 ปี (Rakkaew, 2023) ซึ่งเป็นความเหนื่อยล้าในระยะท้าย แต่ยังไม่พบการศึกษาในระยะ 2 เดือนแรก ผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงอาจไม่เพียงพอต่อการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อวางแผนในการจัดการความเหนื่อยล้าในช่วงแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะปัจจัยที่สามารถจัดการได้เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบดูแลรักษา ป้องกัน และจัดการความเหนื่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าลดลงและมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน กับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความปวด อาการนอนไม่หลับ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความเครียด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน และเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถให้การดูแลเพื่อจัดการปัญหาได้ตามบทบาทอิสระ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่ยังไม่เคยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลันในประเทศไทยมาก่อน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอายุมากกว่า 18 ปี เข้ารับบริการในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. อายุ 18 ปี ขึ้นไป

2. มีระยะหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 3 เดือน และมีอาการทางคลินิกที่ โดยประเมินจากแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (The National Institute of Health Stroke Scale: NIHSS) พบไม่มีการเปลี่ยนแปลงใน 24 ชั่วโมง และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ คือ ไม่ต่างจากค่ามาตรฐานเดิม (baseline) ของผู้ป่วยร้อยละ 20 หรือ BP = 90-220/60-120 mmHg, HR = 50-100/min, RR 12-20/min, BT = 36-37.4°C, O₂sat > 94%

3. สามารถสื่อสารและพูดภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคความจำเสื่อม

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อให้ออกจากกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมวิจัย (discontinuation criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke)

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ประสงค์ตอบแบบสอบถามต่อ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและขนาดอิทธิพลโดยใช้โปรแกรม G * Power version 3.1.9.7 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ ร้อยละ 95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากนั้นคำนวณระดับอิทธิพล โดยนำค่าความสัมพันธ์งานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มีความคล้ายคลึงกัน (previous study) เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างระดับฮีโมโกลบิน อาการนอนไม่หลับ กิจกรรมทางกายและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” (Hoomart & Jitpanya, 2019) ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรใกล้เคียงกัน ทดสอบสถิติค่าข้อมูลกลุ่มของสถิติ (Test Family) ด้วย Exact test เมื่อนำมาหาค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งคำนวณ Power analysis ด้วยการแทนค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ที่ศึกษาคะแนนความเหนื่อยล้า (r) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.385 เมื่อนำมาแทนค่าดังกล่าวแล้ว จะขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทำการทดลองของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย (dropped out) ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 20 (Srisatidnarakul, 2020) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 97 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบ 97 ราย

สถานที่เก็บข้อมูล

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (The National Institute of Health Stroke Scale: NIHSS) พัฒนาโดย สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019) ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 11 ด้าน จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ (1) การประเมินระดับความรู้สึกตัว 3 ข้อ คือ 1a ระดับความรู้สึกตัว 1b ถ้ามืดและอายุ 1c การหลับตา และกำมือแบมือ (2) การเคลื่อนไหวของลูกตา 1 ข้อ (3) การมองเห็น 1 ข้อ (4) การควบคุมการเคลื่อนไหวใบหน้า 1 ข้อ (5) การเคลื่อนไหวของแขน 1 ข้อ (6) การเคลื่อนไหวของขา 1 ข้อ (7) การประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนปลาย 1 ข้อ (8) การรับความรู้สึก 1 ข้อ (9) ความผิดปกติของการสื่อสาร 1 ข้อ (10) ความบกพร่องของการพูด 1 ข้อ และ (11) การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 1 ข้อ การแปลผล คะแนนรวมเท่ากับ 0-42 คะแนน โดยคะแนนที่มากหมายถึงมีความรุนแรงของโรคมก แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ≤ 4 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงระดับน้อย 5-14 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงระดับปานกลาง 15-24 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงระดับมาก ≥ 25 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูล ประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว โรคประจำตัว ชั่วโมงการนอนหลับและดัชนีมวลกาย และข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ตำแหน่งรอยโรค ความรุนแรงของโรค และระยะเวลาหลังเกิดโรค

2.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Severity scale: FSS) พัฒนาโดย ครูปปี และคณะ (Krupp et al., 1989) แปลเป็นไทยภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ และคณะ (Sawasdee et al., 2017) ใช้การสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของความเหนื่อยล้ามีระดับ 7 ระดับ คือ 1-7 โดยที่ 1 คือ ไม่เห็นด้วย และ 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-63 โดยค่าคะแนนมากหมายถึง มีความเหนื่อยล้ามาก และค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย หรือนำผลรวมที่ได้หาร 9 ค่า FSS ≥ 4 คะแนน หมายถึงมีความเหนื่อยล้า และ FSS < 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเหนื่อยล้า (Sawasdee et al., 2017) แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้แปลแล้ว ได้ค่า I-CVI = 1.00 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าความสอดคล้องภายในโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .96

2.3 แบบประเมินความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical Pain Rating Scale: NRS) พัฒนาโดยโจเอล แคทซ์ และ โรนัลด์ เมลแซ็ก (Katz & Melzack, 1999) โดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี interrater reliability ได้เท่ากับ 1.0

2.4 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (The Athens Insomnia Scale: AIS-Thai) เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย 8 รายการ ได้แก่ ความยากลำบากในการเริ่มต้นการนอนหลับ การตื่นในตอนกลางคืน การตื่นในตอนเช้า ระยะเวลาการนอนหลับโดยรวม และคุณภาพการนอนหลับโดยรวม ผลกระทบจากการนอนไม่หลับในเวลากลางวัน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี การทำงานโดยรวม และความง่วงนอนในระหว่างวัน แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 โดยที่ 0 = ไม่มีปัญหาเลย 1 = มีปัญหาเล็กน้อย

2 = มีปัญหาอย่างเห็นได้ชัด และ 3 = มีปัญหาอย่างมาก ผลคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน คะแนนมาก คือ มีอาการมาก และคะแนนน้อย คือ มีอาการน้อย (Chalardsakul & Sithinamsuwan, 2022) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าความสอดคล้องภายในโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86

2.5 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พัฒนาโดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (Neurological Institute of Thailand, 2019) ใช้ประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน รวม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร (feeding), เคลื่อนย้ายตัวในระดับเดียวกันขึ้นลง ลูกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ (transfer), ล้างหน้าหวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (grooming), การใช้ห้องน้ำสุขาดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย (toilet use), การอาบน้ำและการทำความสะอาดร่างกาย (bathing), การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (mobility), การเดินขึ้นและลงจากบันได (stairs), การสวมใส่หรือการถอดเสื้อผ้า (dressing), การควบคุมหรือการกลั้นการถ่ายอุจจาระ (bowels), และการควบคุมหรือการกลั้นปัสสาวะ (bladder) แต่ละกิจกรรมแบ่งระดับคะแนนเป็น 0, 5, 10 หรือ 15 คะแนนแต่ละกิจกรรม ไม่เท่ากัน สามารถเลือกตอบได้เพียงกิจกรรมละ 1 ระดับคะแนน ค่าคะแนนน้อย คือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ และค่าคะแนนมาก คือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าความสอดคล้องภายในโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับเท่ากับ .88

2.6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ฉบับแปลภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (Nilchaikovit et al., 1996) โดยแปลจาก Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาอังกฤษของ ซิกมอนด์ และ สเนธ (Zigmond & Snaith, 1983) ถูกพัฒนาและนำมาใช้ในปี 1983 เพื่อใช้วัดภาวะซึมเศร้าและ วิตกกังวลของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ มีคะแนนเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน

ภาวะวิตกกังวลมีจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อคำถามที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกันเป็นค่าคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลสูง

ภาวะซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกันเป็นค่าคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูง (Nilchaikovit et al., 1996)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าความสอดคล้องภายในโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .81 และแบบความวิตกกังวล เท่ากับ .86

2.7 แบบประเมินความเครียด (The Stress test Questionnaire: ST-5) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น โดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ผู้ทดสอบประเมินตนเอง มีคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 4 ระดับ คือ 0-4 คะแนน โดยค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีความเครียดต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีความเครียดสูง (Yamma & Lueboonthavatchai, 2013) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังตามขั้นตอนแนวทางของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติอย่างเคร่งครัด โดยให้สิทธิ์การตัดสินใจและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยทั้งก่อนและระหว่างการศึกษา สามารถทำการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดย



ไม่จำเป็นต้องมีการชี้แจงเหตุผล ถึงแม้ว่าจะตอบรับการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อยแล้วก็ตาม โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาหรือการบริการที่ได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับสิทธิการปกปิดข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามไม่มีถูกหรือผิด คำตอบและข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบได้ และผลการศึกษานำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น นำเสนอในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษา และไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หนังสือรับรองเลขที่ 001/2567 เลขที่โครงการ TUH-EC-ND-1-02866 ในวันที่ 4 มกราคม 2567 และอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. เข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร
2. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม โดยอธิบายการตอบแบบสอบถามจนเข้าใจแล้ว จึงให้ตอบแบบสอบถามขณะดำเนินการเก็บข้อมูลหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องของการอ่านหนังสือ หรือมองเห็นตัวหนังสือไม่ชัด หรือไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ สำหรับแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ตำแหน่งรอยโรค ความรุนแรงของโรค และระยะเวลาหลังเกิดโรค ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย
3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามทุกครั้ง และกล่าวขอบคุณที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้
4. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนความเหนื่อยล้า (FSS) กับ ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) ระดับความปวด (NRS) อาการนอนไม่หลับ (AIS-Thai) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ความวิตกกังวล (anxiety) อาการซึมเศร้า (depression) และความเครียด (ST-5) โดยใช้สถิติ Pearson 's product moment correlation coefficient

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ มีจำนวนทั้งหมด 97 ราย ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและเพศหญิงอย่างละเท่า ๆ กัน โดยมีอายุเฉลี่ย 64.44 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 67.0) อยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 75.3) และจบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 82.5) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 45.4) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย/ทำธุรกิจ (ร้อยละ 42.3) รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 64.9) โดยมีระยะหลังเกิดโรคเฉลี่ย 3.40 วัน (SD = 1.77) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรค 4.91 คะแนน (SD = 2.59)



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน

มีคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ระหว่าง 1.00-7.56 คะแนน เฉลี่ย 3.76 คะแนน (SD = 1.42) ดังตารางที่ 1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเหนื่อยล้ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปร (n = 97)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระยะหลังเกิดโรค (วัน)	1	13	3.40	1.77
ความรุนแรงของโรค (คะแนน)	1	12	4.91	2.59
ความปวด (คะแนน)	0	7	2.04	1.64
อาการนอนไม่หลับ (คะแนน)	2	22	6.42	4.16
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	30	100	86.14	15.10
ความวิตกกังวล (คะแนน)	0	11	3.38	1.83
อาการซึมเศร้า (คะแนน)	0	7	2.95	1.54
ความเครียด (คะแนน)	0	11	3.19	2.18
ความเหนื่อยล้า (คะแนน)	1.00	7.56	3.76	1.42

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเหนื่อยล้า (n = 97)

คะแนนความเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
คะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน	54	55.7	ไม่มีความเหนื่อยล้า
คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน	43	44.3	มีความเหนื่อยล้า
รวม	97	100.00	

จากการศึกษาหาความสัมพันธ์พบว่า ระหว่างคะแนนความเหนื่อยล้ากับระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) ระดับความปวด (NRS) อาการนอนไม่หลับ (AIS-Thai) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ความวิตกกังวล (anxiety) อาการซึมเศร้า (depression) และความเครียด (ST-5) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .539, p < .01$; $r = .334, p < .01$; $r = .481, p < .01$; $r = -2.67, p < .01$; $r = .476, p < .01$; $r = .384, p < .01$; $r = .469, p < .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ Pearson 's product moment correlation (n = 97)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. ความรุนแรงของโรค	.539	.002**
2. ความปวด	.334	.001**
3. อาการนอนไม่หลับ	.481	.002**
4. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	-2.67	.001**



ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ Pearson 's product moment correlation (n = 97) (ต่อ)

5. ความวิตกกังวล	.476	.000***
6. อาการซึมเศร้า	.384	.000***
7. ความเครียด	.469	.000***

p < .01, *p < .001

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันอยู่ระหว่าง 1.00-7.56 คะแนน (Mean = 3.76, SD = 1.42) โดยมีผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าคิดเป็นร้อยละ 44.3 อาจเป็นเพราะหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันทีที่ร่างกายจะมีการกระตุ้นสารอักเสบ (proinflammatory cytokine) และการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดเกิดการหดตัว เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลายได้น้อยลง ร่วมกับผู้ป่วยจะมีการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อลายที่ลดลง จึงต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้นในการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้มีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนที่กล้ามเนื้อลาย เกิดกรดแลคติกในพริวก และไฮโดรเจนไอออนเป็นจำนวนมากขึ้น และขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อเป็นเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า นอกจากนี้สารอักเสบที่เกิดขึ้น ยังรบกวนการสังเคราะห์เซโรโทนิน (serotonin) และโดปามีน (dopamine) ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการทำงานของสารสื่อประสาท ส่งผลต่ออารมณ์ การรู้คิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (De Doncker et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการตั้งแต่หนึ่งเดือน ไม่เกินสามปี พบว่ามีความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 55.7 โดยมีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 4.03 คะแนน (SD = 1.43 คะแนน) (Sawasdee et al., 2017)

ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) ($r = .539$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน อาจเป็นเพราะความรุนแรงของโรคนั้นมีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของสมอง กล่าวคือ หากมีสมองขาดเลือดบริเวณกว้างระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองก็จะสูงตามไปด้วย (Rajashekar et al., 2022) ดังนั้นหากมีคะแนนความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ามีสมองขาดเลือดบริเวณกว้างขึ้น ส่งผลให้กระบวนการอักเสบ การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และความไม่สมดุลของการทำงานของสารสื่อประสาทเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (De Doncker et al., 2018) โดยในการศึกษาคั้งนี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรค 4.91 คะแนน (SD = 2.59) จึงส่งผลให้ผลการศึกษาที่มีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ยไม่มากนัก (Mean = 33.98, SD = 10.28) และมีผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าเพียงร้อยละ 44.3 สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตาดาต้าที่ให้ข้อสรุปว่า กลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) ที่สูงกว่าจะระดับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าถึง 1.16 เท่า ($OR = 1.16$; $p < 0.01$) (Zhang et al., 2020)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ($r = -2.67$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน อาจเป็นเพราะว่ามีสมองขาดเลือดบริเวณกว้าง ส่งผลต่อระดับความสามารถทางกายภาพที่ลดลงซึ่งต้องใช้พลังงานมากขึ้นในการทำกิจกรรมทางกาย ร่วมกับการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนที่กล้ามเนื้อลาย เกิดกรดแลคติกในพริวก และไฮโดรเจนไอออนที่เป็นเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (De Doncker et al., 2018) โดยจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 86.14 คะแนน (SD = 15.10) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าเพียงร้อยละ 44.3 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ โอยาเกะ และคณะ (Oyake et al., 2021) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มี

ความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ความปวด (NRS) ($r = .334, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน อาจเป็นเพราะอาการปวดที่เกิดขึ้นหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (central post-stroke pain) เป็นอาการที่สัมพันธ์กับรอยโรคที่เกิดขึ้นในสมองที่รบกวนการส่งกระแสประสาทจากสมองสู่ไขสันหลังผิวดอกติ (spinothalamic pathways) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดแสบปวดร้อนหรือปวดเหมือนเข็มทิ่มตำตามร่างกาย ซึ่งสามารถเกิดได้ทันทีหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบร้อยละ 35 นอกจากนี้ยังพบอาการปวดที่เกิดจากอ่อนแรง มีการกระทำต่อกล้ามเนื้อที่ไหลและข้อ ซึ่งจะกระตุ้นกระบวนการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบข้อ (capsulitis) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดเมื่อเกิดการเคลื่อนไหว (Betancur et al., 2021) กระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นนี้จะส่งเสริมทำให้มีความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นตามมา ในการศึกษาครั้งนี้ค่าคะแนนความปวดอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน เฉลี่ย 2.04 คะแนน (SD = 1.64 คะแนน) จึงอาจทำให้มีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในการศึกษาครั้งนี้ไม่มากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของอวยพร สวัสดิ์ และคณะ ที่ว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .35, p < .01$) (Sawasdee et al., 2017)

อาการนอนไม่หลับ (AIS-Thai) ($r = .481, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน อาจเป็นเพราะการพักผ่อนที่น้อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การนอนหลับ ซึ่งจะทำให้ร่างกายได้พักผ่อนและช่วยการอนุรักษ์พลังงานให้กับร่างกาย เนื่องจากการนอนหลับจะมีอัตราการใช้พลังงานและการสลายพลังงานลดลง หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะทำให้มีความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า และมีความพร้อมในการดำเนินชีวิตต่อไป (Joa et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา หุมอาจ และชนกพร จิตปัญญา ที่ว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.385, p < 0.05$) (Hoomart & Jitpanya, 2019)

ความวิตกกังวล (anxiety) ($r = .476, p < .01$) และอาการซึมเศร้า (depression) ($r = .384, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน อาจเป็นเพราะว่าหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการกระตุ้นสารอักเสบซึ่งรบกวนการสังเคราะห์เซโรโทนิน (serotonin) และโดปามีน (dopamine) ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการทำงานของสารสื่อประสาท ส่งผลต่ออารมณ์ การรู้คิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (De Doncker et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร สวัสดิ์ และคณะ (Sawasdee et al., 2017) ที่ว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของจาง และคณะ (Zhang et al., 2020) ที่ให้ข้อสรุปว่า อาการซึมเศร้าที่มากกว่าส่งผลให้มีระดับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นถึง 1.75 เท่า (OR = 1.75; $p < 0.01$) และความวิตกกังวลที่มากกว่าส่งผลให้มีระดับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นถึง 1.13 เท่า (OR = 1.13; $p < 0.01$)

ความเครียด (ST-5) ($r = .469, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน อาจเป็นเพราะความเครียดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยจะกระตุ้นฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิงฮอร์โมน (corticotropin releasing hormone: CRH) ที่ไฮโปทาลามัสเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนัลคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic hormone) ในต่อมใต้สมองส่วนหน้า เพื่อเพิ่มการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) และคอร์ติซอล (Cortisol) ที่ต่อมหมวกไต ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดเกิดการหดตัว เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อน้อยลง (Panossian, 2013) ทำให้มีความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุรักษ์ แสงจันทร์ และ ชนกพร จิตปัญญา (Sangchan & Jitpanya, 2018) ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง ($r = .68, p < .05$)

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบดูแลรักษา ป้องกัน และจัดการความเหนื่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันจำเป็นต้องคำนึงถึงระดับความรุนแรงของโรค ระดับความปวด อาการนอนไม่หลับ ความสามารถทางกายภาพ ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความเครียด มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเหนื่อยล้าลดลงและมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในบริบทของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีรูปแบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจง อาจทำให้การนำผลการศึกษาไปอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้เฉพาะโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเพื่อลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ควบคู่ไปกับการเตรียมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดการความปวดและอาการนอนไม่หลับ รวมถึงด้านจิตใจ โดยเฉพาะการจัดการความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จะทำให้นำผลการศึกษาไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรที่มากขึ้น
2. ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันให้น้อยที่สุด (Homogeneity) เช่น กลุ่มหลังเกิดโรคระยะไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อผลการศึกษาจะเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่สนับสนุนทุนพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2567 และขอขอบคุณงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย

References

- Aali, G., Drummond, A., das Nair, R., & Shokraneh, F. (2020). Post-stroke fatigue: A scoping review. *F1000Research*, 9, 242. <https://doi.org/10.12688/f1000research.22880.2>
- Aarnes, R., Stubberud, J., & Lerdal, A. (2020). A literature review of factors associated with fatigue after stroke and a proposal for a framework for clinical utility. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(8), 1449-1476. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1589530>



- Betancur, D. F. A., Tarragó, M. D. G. L., Torres, I. L. D. S., Fregni, F., & Caumo, W. (2021). Central post-stroke pain: An integrative review of somatotopic damage, clinical symptoms, and neurophysiological measures. *Frontiers in Neurology*, 12, 678198. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.678198>
- Chalardsakul, P., & Sithinamsuwan, P. (2022). *Development of the Thai version of the Athens Insomnia Scale (AIS-Thai)*. <https://pmkneurology.com/development-of-the-thai-version-of-the-athens-insomnia-scale-ais-thai/>
- Choi-Kwon, S., Han, S. W., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Poststroke fatigue: Characteristics and related factors. *Cerebrovascular Diseases*, 19(2), 84-90. <https://doi.org/10.1159/000082784>
- Cumming, T. B., Yeo, A. B., Marquez, J., Churilov, L., Annoni, J. M., Badaru, U., Ghotbi, N., Harbison, J., Kwakkel, G., Lerdal, A., Mills, R., Naess, H., Nyland, H., Schmid, A., Tang, W. K., Tseng, B., van de Port, I., Mead, G., & English, C. (2018). Investigating post-stroke fatigue: An individual participant data meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 113, 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.08.006>
- De Doncker, W., Dantzer, R., Ormstad, H., & Kuppuswamy, A. (2018). Mechanisms of poststroke fatigue. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 89(3), 287-293. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-316007>
- De Groot, M. H., Phillips, S. J., & Eskes, G. A. (2003). Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: Implications for stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(11), 1714-1720.
- Gyawali, P., Hinwood, M., Chow, W. Z., Kluge, M., Ong, L. K., Nilsson, M., & Walker, F. R. (2020). Exploring the relationship between fatigue and circulating levels of the pro-inflammatory biomarkers interleukin-6 and C-reactive protein in the chronic stage of stroke recovery: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 9, 100157. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100157>
- Hamre, C., Fure, B., Helbostad, J. L., Wyller, T. B., Ihle-Hansen, H., Vlachos, G., Ursin, M. H., & Tangen, G. G. (2021). Factors associated with level of physical activity after minor stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(4), 105628. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105628>
- Hoomart, K., & Jitpanya, C. (2019). Relationships among hemoglobin, insomnia, physical activity, and fatigue in post-stroke patients. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(6), 571-580. (in Thai)
- Joa, K. L., Kim, W. H., Choi, H. Y., Park, C. H., Kim, E. S., Lee, S. J., Kim, S. Y., Ko, S. H., & Jung H. Y. (2017). The effect of sleep disturbances on the functional recovery of rehabilitation inpatients following mild and moderate stroke. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(10), 734-740.
- Katz, J., & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *Surgical Clinics of North America*, 79(2), 231-252.



- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The fatigue severity scale: Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121-1123. <https://doi.org/10.1001/archneur.1989.00520460115022>
- Lenaert, B., Neijmeijer, M., van Kampen, N., van Heugten, C., & Ponds, R. (2020). Poststroke fatigue and daily activity patterns during outpatient rehabilitation: An experience sampling method study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(6), 1001-1008. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.12.014>
- Nadarajah, M., & Goh, H. T. (2015). Post-stroke fatigue: A review on prevalence, correlates, measurement, and management. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(3), 208-220. <https://doi.org/10.1179/1074935714z.00000000015>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2019). *Stroke scales and related information*. National Institute of Neurological Disorders and Stroke.
- Neurological Institute of Thailand. (2019). *Clinical practice guidelines for ischemic stroke*. Tana Press & Graphic. (in Thai)
- NilchaiKovit, T., Lortrakul, M., & Phaisansuthidet, U. (1996). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 41(1), 18-30. <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/hads.html> (in Thai)
- Oyake, K., Otaka, Y., Matsuura, D., Honaga, K., Mori, N., & Kondo, K. (2021). Poststroke fatigue at admission is associated with independence levels of activities of daily living at discharge from subacute rehabilitation wards. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(5), 849-855. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.10.117>
- Panossian, A. G. (2013). Adaptogens in mental and behavioral disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 36(1), 49-64. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.12.005>
- Ponchel, A., Bombois, S., Bordet, R., & Hénon, H. (2015). Factors associated with poststroke fatigue: A systematic review. *Stroke Research and Treatment*, 2015, 347920. <https://doi.org/10.1155/2015/347920>
- Poulsen, M. B., Skovbølling, S. L., Kruuse, C., Overgaard, K., & Rasmussen, R. S. (2020). How to identify fatigue in stroke patients: An investigation of the post-stroke fatigue case definition validity. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 27(5), 369-376. <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1704387>
- Rajashekar, D., Wilms, M., MacDonald, M. E., Schimert, S., Hill, M. D., Demchuk, A., Goyal, M., Dukelow, S. P., & Forkert, N. D. (2022). Lesion-symptom mapping with NIHSS sub-scores in ischemic stroke patients. *Stroke and Vascular Neurology*, 7(2), 124-131.
- Rakkaew, S. (2023). Post stroke fatigue and related factors: A systematic review. *Thammasat University Hospital Journal Online*, 8(2), 1-17. (in Thai)



- Sangchan, A., & Jitpanya, C. (2018). Relationships between blood glucose levels, stress, and fatigue of stroke patients. *HCU Journal*, 21(42), 29-40. (in Thai)
- Sawasdee, A., Preechawong, S., & Jitpanya, C. (2017). Relationships between pain, sleep quality, depressive symptoms, and fatigue in post stroke patients. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(2), 7-22. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis calculating the optimal sample size using the G*Power software* (Vol. 1). Chulalongkorn University Book Center: Chulalongkorn University.
- Thilarajah, S., Mentiplay, B. F., Bower, K. J., Tan, D., Pua, Y. H., Williams, G., Koh, G., & Clark, R. A. (2018). Factors associated with post-stroke physical activity: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(9), 1876-1889. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.09.117>
- Wu, S, Kutlubaev, M. A., Chun, H. Y. Y., Cowey, E., Pollock, A., MacLeod, M. R., Dennis, M., Keane, E., Sharpe, M., & Mead, G. E. (2015). Interventions for post-stroke fatigue. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD007030. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007030.pub3>
- Yamma, C., & Lueboonthavatchai, P. (2013). Sleep problems, fatigue and work efficiency among registered nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 58(2), 183-196.
- Zhang, S., Cheng, S., Zhang, Z., Wang, C., Wang, A., & Zhu, W. (2020). Related risk factors associated with post-stroke fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*, 42(4), 1463-1471. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04633-w>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.



Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Dyslipidemia*

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*

ทักษพร	ฟูปิง**	Taksaporn	Fuping**
เดชา	ทำดี***	Decha	Tamdee***
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์****	Nattaya	Suwankruhasn****

Abstract

Health literacy is a factor that helps many older persons with dyslipidemia manage themselves more effectively. This descriptive study aimed to investigate health literacy, self-management, and the relationship between health literacy and self-management among older persons with dyslipidemia. The 82 participants were older persons with dyslipidemia who visited Lanna hospitals in Chiang Mai province, selected using simple random sampling. The research instruments included a demographic and illness data recording form, and health literacy and self-management questionnaires for older persons with dyslipidemia, which demonstrated reliability via Cronbach's alpha coefficients of .92 and .98., respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results showed that the older persons with dyslipidemia in this study had high levels of health literacy and self-management, and health literacy was statistically positively correlated with self-management at a high level ($r = .746, p < .001$)

The results of this study can be used as database information for health care professionals who take care of older persons with dyslipidemia in order to support self-management through enhancing health literacy.

Key words: Health literacy; Self-management; Older persons; Dyslipidemia

* 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, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: decha.t@cmu.ac.th

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



บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลลานนา จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 82 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .92, และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .746, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผ่านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: decha.t@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพและความเสื่อมสภาพตามวัย จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรประเทศไทย ปีพ.ศ. 2564 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.69 มีภาวะไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดผลกระทบและทำให้มีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 56.60 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรไทย (Health Information System Development Office, 2021) จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2564 พบว่า อัตราการป่วยและการตายในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นจาก 8,061 เป็น 8,081 คน ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 4,785 เป็น 4,970 คน ต่อประชากร 100,000 คน (Strategy and Planning Division, 2020) อาจกล่าวได้ว่าอัตราการตายในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร (Ministry of Public Health, 2021)

จากรายงานการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2566 (World Health Organization [WHO], 2023) พบผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมดประมาณ 1.28 พันล้านคน อายุระหว่าง 30-79 ปี ทั่วโลกประมาณร้อยละ 46 ของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ และน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 42 ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษา และประมาณ 1 ใน 5 ร้อยละ 21 เป็นผู้ที่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก (World Health Organization, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสาเหตุส่วนหนึ่งของโรคหัวใจและการไหลเวียนเลือด โรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) (Health Information System Development Office, 2021; World Health Organization [WHO], 2019)

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) เป็นภาวะที่ในร่างกายของบุคคลมีระดับไขมันในเลือดเปลี่ยนแปลงต่างไปจากเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเหมาะสม โดยระดับไขมันในเลือดจะต้องอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ได้แก่ 1) ระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol [TC]) น้อยกว่า 200 mg/dl, 2) ระดับ Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl, 3) ระดับ High Density Lipoprotein Cholesterol (HDL-C) มากกว่าหรือเท่ากับ 40 mg/dl, 4) ระดับ triglyceride (TG) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 mg/dl (Camacho et al., 2020) โดยอาจมีความผิดปกติของไขมันในเลือดเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดร่วมกัน เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (atherosclerosis) และนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือด ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก (World Health Organization [WHO], 2019)

จากการศึกษาของ สุธี สฤกษ์ศิริ และคณะ (Saritsiri et al., 2020) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลปฐมภูมิพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69 ปี (SD = 7.1) มีโรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.00 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 35.50 และ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 3.40 และจากการศึกษาของ อรรถพร สุนทรารักษ์ (Soontharak, 2018) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดนครพนม ซึ่งจากการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์ที่ละปัจจัย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปัจจัยทางโรคความดันโลหิตสูง (OR = 101.165, 95% CI of OR = 45.410-225.373, $p < .001$) ปัจจัยทางไขมันในเลือดสูง (OR = 4.267, 95% CI of OR = 1.927-9.480, $p < .001$) และ ปัจจัยทางโรคเบาหวาน (OR = 2.198, 95% CI of OR = 1.084-4.457, $p = .026$) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยสาเหตุของการเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและการไหลเวียนตามมา



ในปัจจุบันผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มักจะไม่มีอาการทางกายแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน ทำให้ผู้สูงอายุละเลยในพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภค กิจกรรมทางกาย การจัดการอารมณ์ เป็นต้น เมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวไม่เหมาะสมก็จะส่งผลให้เกิดมีภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติมากขึ้นและเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาทั้งการเกิดปัญหาโรคเรื้อรังทั้งในระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และอื่น ๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีอันตรายต่อชีวิตได้ โดยที่การควบคุมระดับไขมันในเลือดนั้น จึงต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อผลกระทบเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติ เพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตในการควบคุมระดับไขมันในเลือด ทั้งนี้การปรับพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความตระหนักในการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการควบคุมระดับไขมันในเลือด ดังนั้นการลดอัตราการป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกตินั้นต้องเริ่มที่การส่งเสริมการจัดการตนเองและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติให้ถูกต้องต่อไป

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการกระทำที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพร่างกายของตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังนั้นด้วยการจัดการควบคุมการกำเริบของโรค โดยบุคคลจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลตนเองในทุกวันและตลอดการดำเนินชีวิต (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วย การจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการทางการแพทย์ (medical management) เป็นการจัดการตนเองด้านการรักษาเมื่อมีภาวะโรคเรื้อรัง เช่น การไปตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย เป็นต้น 2) ด้านการจัดการบทบาท (role management) เป็นการจัดการตนเองเพื่อคงไว้ปรับเปลี่ยน ตลอดจนสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทชีวิตใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะโรคเรื้อรัง และ 3) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotional management) เป็นการจัดการตนเองด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากภาวะโรคเรื้อรัง การจัดการความเครียด โดยการเปลี่ยนมุมมองชีวิตในอนาคตซึ่งผู้สูงอายุที่มีความรู้ในการจัดการตนเอง จะแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมจัดการตนเอง และปรับพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตของตนเองได้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การจัดการตนเองตามแนวคิดของลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ทั้ง 3 ด้านนั้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไขมันผิดปกติมีการควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ โดยต้องมีการจัดการตนเองให้ครบทั้ง 3 ด้านคือ 1) การจัดการด้านการรักษา ผู้สูงอายุที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติต้องมีการไปตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ตรวจเช็คระดับไขมันในเลือดเป็นระยะตามนัด และควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาลดไขมันตามที่แพทย์เห็นว่าสมควร รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการรักษา ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการงดการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น 2) การจัดการตนเองด้านบทบาท ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทตนเองในการยอมรับความผิดปกติที่เกิดขึ้น นำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติซึ่งถือว่ามีความยุ่งยากอยู่พอสมควรและค่อนข้างมีข้อจำกัดที่หลากหลาย ดังนั้น การจัดการด้านบทบาทจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการปรับบทบาทใหม่ในการอยู่กับความผิดปกติของไขมันในเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมตามมา และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติต้องมีการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากโรคเรื้อรังเนื่องด้วยความเครียดและความวิตกกังวลจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและส่งผลให้เกิดความผิดปกติของไขมัน การเผาผลาญของร่างกาย ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองด้านอารมณ์ได้ดีจะทำให้สามารถปรับตัวและปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป จากข้อมูลดังกล่าวหากผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมัน



Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Dyslipidemia ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ในเลือดผิดปกติสามารถจัดการตนเองได้ย่อมส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งการบริโภคและพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างมาก อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ปัจจัยหนึ่งที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ คือ ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ อามานี แดมะยู และคณะ (Daemayu et al., 2020) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ เกเบอ และคณะ (Geboers et al., 2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ในจังหวัดโกรนิงเกน ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเอง และการศึกษาของ สุธินันท์ คอดริงตัน และคณะ (Codrington et al., 2021) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางด้านปัญญา และด้านสังคม สามารถกำหนดแรงจูงใจ หรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจในข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และสามารถที่จะประเมินประยุกต์ใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อการส่งเสริมและดำรงสุขภาพของตนไว้ให้ดี รวมถึงการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถกำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติ และการจูงใจในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000) โดยได้แบ่งระดับของความรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นการมีทักษะการอ่าน การเขียนที่สามารถทำหน้าที่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์ (communicative health literacy หรือ interactive health literacy) เป็นทักษะที่ต้องรวมทักษะทางสังคมเข้าไปด้วย ความสามารถในการสืบหาข้อมูลที่มีอยู่ตามแหล่งต่าง ๆ ในรูปแบบที่หลากหลาย รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้สารสนเทศใหม่ ๆ ในสถานการณ์ที่แตกต่างจากเดิมได้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับการคิดวิเคราะห์หรือการมีวิจารณญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะขั้นสูงในการวิเคราะห์และนำมารวมเข้ากับการมีทักษะทางสังคม โดยนำมาแยกแยะ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและการเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค และหากผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีย่อมจะส่งผลต่อสถานะทางสุขภาพในภาพรวมที่ดี กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้สูงอายุที่จะป่วยโรคเรื้อรังและโรคไม่เรื้อรังก็จะลดลงทำให้ คุณภาพชีวิตดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบการศึกษาของ โทงเทพ ทองเทพ และ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล (Thongthap & Taejarernwiryakul, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้อม จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคคลกรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์แบบผกผัน และสามารถทำนายระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R = .177, p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจะมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง และการศึกษาของ สุปรานีย์ พุสุพรรณ และคณะ (Foosuan et al., 2016) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในชุมชน พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ต่อระดับคอเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในระดับต่ำและไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($r = .136, p = .705$ และ $r = .152$,



Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Dyslipidemia ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

$p = .590$ ตามลำดับ) ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวอาจไม่สามารถนำมาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ เนื่องจากความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจส่งผลให้การจัดการตนเองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีน้อย พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ และการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเท่านั้น แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่พบอาจไม่สามารถใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และจากรายงานการวิจัยในปัจจุบันยังไม่มีผู้ที่ทำการศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ผลการวิจัยครั้งนี้อาจได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการเสริมสร้างและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่เกิดขึ้นแบบเรื้อรัง ที่มักจะไม่มีอาการและอาการแสดงของความผิดปกติ ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ปกติ จะส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ ตามมา การจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) เป็นการกระทำของบุคคลเพื่อควบคุมการกำเริบของโรค ประกอบไปด้วยการจัดการตนเอง 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านการจัดการทางการแพทย์ 2) ด้านการจัดการบทบาท และ 3) ด้านการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะจัดการตนเองได้ดี ต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่จะช่วยให้บุคคลเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เข้าใจและสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถประเมินและเลือกนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ ความรู้ด้านสุขภาพ มี 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณ์ญาณ ถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะช่วยให้ความสามารถในการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลลานนา จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลลานนา นั้น มีคุณสมบัติไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยของโครงการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G * Power 3.1 (Faul et al., 2009) สำหรับสถิติ Pearson's correlation เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา (effect size) .30 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ในทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2008) คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลลานนา จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการประชาสัมพันธ์ 2 แบบ คือ 1) การติดป้ายประชาสัมพันธ์บนบอร์ดประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลลานนา โดยผู้ที่สนใจสามารถ Scan QR Code เพื่อสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และ 2) การประกาศประชาสัมพันธ์เสียงตามสายของโรงพยาบาลลานนา โดยผู้ที่สนใจสามารถแจ้งรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับพยาบาลได้ทุกจุด โดยได้รับการให้ความสนใจจำนวน 112 คน ณ วันที่ผู้วิจัยจะทำการสุ่ม โดยกลุ่มตัวผู้วิจัยทำการสุ่มแบบอย่างง่าย (simple random sampling) ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 ราย โดยผู้ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลานนานั้น มีคุณสมบัติไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Province Public Health Office, 2018) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ความจำ การรับรู้เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

1.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2014) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติ 10 กิจกรรม ดังนี้

1) การอาบน้ำ และการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นการทำได้เอง หรือ ต้องการความช่วยเหลือ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-1

2) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า การใช้ห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การกลั้นการถ่ายปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นการทำได้เอง ทำได้บางส่วนแต่ต้องการความช่วยเหลือ หรือทำไม่ได้ด้วยตนเอง คะแนนอยู่ระหว่าง 0-2

3) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน และการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ลักษณะคำตอบเป็นการทำได้เอง ทำได้บางส่วนแต่ต้องการความช่วยเหลือ ทำไม่ได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ หรือ ทำไม่ได้ด้วยตนเอง คะแนนอยู่ระหว่าง 0-3



2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับไขมันในเลือดครั้งล่าสุด โรคประจำตัว และ จำนวนยาที่ใช้รักษาโรค

2.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) มาใช้ โดยเปลี่ยนชื่อจากโรคเบาหวานเป็นภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และยังคงคำถามเดิมไว้ทุกประการ โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย คำถามด้านลบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 5 ข้อ คำถามด้านบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน 5 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณ์ญาณ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง หรือบ่อยครั้ง

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของ สุทธิลักษณ์ จันทะวัง และคณะ (Chantawang et al., 2011) โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการลดน้ำหนักตัว 6 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร 6 ข้อ ด้านการเลิกสูบบุหรี่และการจัดการปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ 3 ข้อ ด้านการใช้ยา 3 ข้อ และด้านการประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว โดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .97 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนของโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของ สุทธิลักษณ์ จันทะวัง และคณะ (Chantawang et al., 2011) มาใช้ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .94 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนของโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลลานนา จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วจึงคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยวิธีการหาค่า Cronbach's alpha coefficient (Cronbach, 1951) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .98 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (DeVellis, 2012)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามโครงการวิจัย เลขที่ 063/2565 ผู้วิจัยส่งหนังสือไปยัง



โรงพยาบาลลานนา เพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการวิจัย ณ ป้ายประชาสัมพันธ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลานนา และขอความร่วมมือจากพยาบาลที่ให้การดูแลแจ้งเกี่ยวกับโครงการวิจัยดังกล่าว และให้ผู้สูงอายุที่สนใจลงทะเบียนเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อมีผู้สนใจสมัครเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดต่อเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้แก่ผู้ที่เข้าร่วมในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างว่า สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ และการดำเนินการวิจัยนี้ไม่ใช่การให้บริการทางสาธารณสุข จะไม่เสียประโยชน์ใด ๆ หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างรวมถึงการรักษาพยาบาลที่ได้รับในปัจจุบัน ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยเก็บเป็นความลับ และในการนำเสนอผลการวิจัยนั้น ได้นำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิจัยเท่านั้น และในระหว่างที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องให้การศึกษาวิจัยนี้สิ้นสุด และไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ต่อผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ หรือตอบรับยินยอมทางโทรศัพท์เพื่อเข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือมีคำถาม สามารถซักถามผู้วิจัยได้ โดยตลอดการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ทางโทรศัพท์ เพื่อลดความเสี่ยงของการมาโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุที่สนใจโครงการวิจัย นำรายชื่อมาสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ จนได้ครบตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยโทรศัพท์หากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการคัดกรองระดับสติปัญญาและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ถ้าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการและการรักษาพยาบาล พร้อมกล่าวขอบคุณที่สนใจเข้าร่วมโครงการ และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าทดแทนใหม่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ คือ 82 ราย

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ผู้วิจัยโทรศัพท์ตามวันเวลาที่นัดหมายไว้ เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที โดยที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งให้หยุดการตอบคำถามได้ตลอดเวลาหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการเหนื่อยล้า โดยการใช้แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (เวลาประมาณ 5 นาที) 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (เวลาประมาณ 5 นาที) และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (เวลาประมาณ 5 นาที) โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามด้วยถ้อยคำที่ชัดเจนและไม่เร็วจนเกินไปทีละข้อแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบด้วยตนเอง โดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม นอกเหนือจากข้อคำถามในแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูล คะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test



Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Dyslipidemia ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

(KS) พบว่า มีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ จึงได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson product moment correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ของ เบิร์น และ โกรฟ (Burns & Grove, 2008)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสาม เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.20) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี (ร้อยละ 70.70) อายุเฉลี่ย 63.57 ปี (SD = 3.20) กลุ่มตัวอย่าง มากกว่าครึ่งมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 65.90) ประมาณหนึ่งในสาม มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 37.80) กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสาม ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 35.40) กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าครึ่ง มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 43.90) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีระดับโคเลสเตอรอลรวม 200-239 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ร้อยละ 52.40) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีระดับไตรกลีเซอไรด์รวม < 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ร้อยละ 58.50) ประมาณหนึ่งในสาม มีระดับแอลดีแอล 100-129 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ร้อยละ 34.10) และ ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับเอชดีแอล ≥ 60 (ร้อยละ 87.80) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีโรคประจำตัวอื่น ๆ คือ โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 69.50) เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับยาที่ใช้ในการรักษาโรคจำนวน 3 ชนิด (ร้อยละ 48.80)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมต่ำสุด 24 คะแนน สูงสุด 56 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 44.13 (SD = 9.89) ซึ่งแปลผลได้ว่ามีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง และเมื่อจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพตามเกณฑ์ 3 ระดับ พบว่า อยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.70 ระดับปานกลางร้อยละ 29.30 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.00 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองต่ำสุด 56 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเท่ากับ 70.70 (SD = 7.73) ซึ่งแปลผลว่ามีการจัดการตนเองระดับสูง โดยสามารถจำแนกระดับการจัดการตนเองตามเกณฑ์ 3 ระดับ แบ่งออกเป็นการจัดการตนเองในระดับปานกลางร้อยละ 12.20 และการจัดการตนเองในระดับสูงร้อยละ 93.90 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n = 82)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน แบบวัด	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนที่ได้ Mean (SD)	ระดับ	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้ ด้านสุขภาพ โดยรวม	14.00-56.00	24.00-56.00	44.13 (9.89)	สูง	9 (11.00)	24 (29.30)	49 (59.70)
การจัดการ ตนเอง	20.00-80.00	56.00-80.00	70.70 (7.73)	สูง	-	10 (12.20)	72 (87.80)



ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .746, p < .001$)

การอภิปรายผล

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การที่ระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับสูงอาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือ อายุตั้งแต่ 60-65 ปี (ร้อยละ 70.70) ซึ่งเป็นวัยที่ความสามารถในการเรียนรู้ และการรับรู้ลดลงไม่มากนัก การทำงานของระบบประสาทสัมผัสเสื่อมประสิทธิภาพลงเพียงเล็กน้อย เช่น การมองเห็น การพูดและการฟัง เป็นต้น จึงทำให้สามารถประเมินคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ แยกแยะ และเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในระดับค่อนข้างดี นอกจากนี้ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างดี และยังสามารถทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานที่จะนำมาปรับใช้สำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง และดำรงชีวิตประจำวันได้ ดังการศึกษาของ อิศริย์ ปัดภัย และคณะ (Padphai et al., 2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับไขมันในเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 43.53) มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 69.5) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการฟัง และการอ่าน รวมถึงการทำความเข้าใจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและสุขภาพของตนเอง อาทิ ฉลากยา แผ่นพับของโรงพยาบาล หรือ เอกสารให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ค่อนข้างดี และกลุ่มตัวอย่างมีทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้ผู้อื่นเข้าใจได้ ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะพื้นฐานในการเข้าถึงสื่อข้อมูลต่าง ๆ สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อควบคุมจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (Kespichayawattana et al., 2020) ที่ศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า การศึกษามีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

อีกทั้งจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.90) ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีสถานภาพสมรสคู่นั้น จะได้รับการช่วยเหลือในด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านสุขภาพ ช่วยให้

คำปรึกษาในการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค ข้อมูลสุขภาพอื่น ๆ และช่วยตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ โดยครอบครัวจะเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจพูดคุย ปรึกษา เป็นผู้ที่จะช่วยพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พยาม การดี และคณะ (Kandee et al., 2016) ที่พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ครอบครัวเป็นศูนย์รวมความรัก ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และเป็นที่พึ่งพาของผู้สูงอายุ เป็นกำลังใจ พาไปทำกิจกรรมทางศาสนา พบแพทย์ตามนัด

การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจจะเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 65.90) การดูแลตนเองจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากครอบครัว คู่ชีวิต ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีกำลังใจ กำลังใจจากแรงสนับสนุนของคู่ชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ นำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองมากกว่าสถานภาพโสด สถานภาพหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลใกล้ชิด จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีแรงสนับสนุนจากชุมชน องค์กรภาครัฐ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยจะสามารถใช้แหล่งประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนมาจัดการตนเองได้ดีขึ้น การที่บุคคลได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ หรือได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง เป็นส่วนหนึ่งให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ พลอยผดุงารินทร์ ราวินิจ และ อติศักดิ์ สัตย์ธรรม (Ravinit & Sattham, 2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากร ตำบลชะแมบ อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของต่อการรับประทาน วัสดุสิ่งของต่อการออกกำลังกาย และด้านการประเมินจะช่วยให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงดีขึ้นและช่วยลดภาวะอ้วนลงพุงได้ (OR. = 2.85, 95% CI = 1.08-7.54)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.20) ซึ่งเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา แก้วบรรจกร และคณะ (Kaewbanjak et al., 2020) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพศชาย เป็น 4.77 เท่า รวมทั้งการศึกษาของ สุขประเสริฐ ทับสี (Tabsee, 2020) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าเพศชาย มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ที่ดีกว่าในการดูแลสุขภาพตนเอง และจากการศึกษาของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (Suramit-maitree, 2013) พบว่า เพศหญิงจะทักษะการตัดสินใจในการสร้างเสริมทักษะสุขภาพดีกว่าเพศชาย เพศชายถึงแม้จะมีความแข็งแรงมากกว่าเพศหญิง แต่พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพได้ง่ายกว่าเพศหญิง เนื่องจากยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .746, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะจัดการตนเองได้ดี ต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพที่ดีด้วย และเป็นไปตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam,



Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Dyslipidemia ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

2000) ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติด้านสุขภาพของตนเองซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีความรอบรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 59.70) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับมาประยุกต์ใช้กับการจัดการตนเองได้ทั้งด้านการรักษาเข้าใจแผนการรักษาและปฏิบัติตามได้เป็นอย่างดี ด้านบทบาทและหน้าที่สามารถปรับเปลี่ยนจากบทบาทเดิมไปสู่บทบาทของผู้ป่วยได้โดยไม่เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านอารมณ์สามารถจัดการโดยวิธีการที่เหมาะสมจากการได้รับข้อมูลเข้าใจข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง จึงส่งผลให้ระดับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.80) สอดคล้องกับการศึกษาของ วริษา กันบัวลา และคณะ (Kanbuala et al., 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า หากระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยอาศัยปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสามารถดำเนินชีวิตกับโรคได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อนำไปสู่การเลือกปัจจัยที่สามารถส่งผลต่อการจัดการตนเอง โดยเพิ่มปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ

References

- Burns, N., & Grove, S. K. (2008). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). Elsevier.
- Camacho, P. M., Petak, S. M., Binkley, N., Diab, D. L., Eldeiry, L. S., Farooki, A., Harris, S. T., Hurley, D. L., Kelly, J., Lewiecki, E. M., Pessah-Pollack, R., McClung, M., Wimalawansa, S. J., & Watts, N. B. (2020). American association of clinical endocrinologists/American College of endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis-2020 update. *Endocrine Practice*, 26(Suppl 1), 1-46.
- Chantawang, S., Panuthai, S., & Khampolsiri, T. (2011). *Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and serum lipid level among elders with dyslipidemia*. [Master's thesis]. Chiang Mai University. <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/30824>
- Chiang Mai Province Public Health Office. (2018). *Handbook of DMS aging screening*. Chiang Mai Province Public Health Office. (in Thai)
- Codrington, S., Panuthai, S., & Khampolsiri, T. (2021). Health literacy and self-management among elderly monks with hypertension. *Nursing Journal*, 48(4), 268-280.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.



Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Dyslipidemia ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

- Daemayu, A., Panuthai, S., & Juntasopeepun, P. (2020). Correlation between health literacy and self-management amongst older Thai Muslims with hypertension. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(3), 87-107.
- 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.
- Devellis, R. (2012). *Scale development theory and applications* (5th ed.). Sage.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Foosuan, S., Lirtmunlikaporn, S., & Singkaew, J. (2016) Factors predicting serum lipid level among persons with dyslipidemia in community. *Nursing Journal*, 43(2), 79-89. (in Thai)
- 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.
- Health Information System Development Office. (2021). *Thai health information website*. <https://www.hiso.or.th/>
- Kanbuala, W., Aiadsuy, N., & Deenan, A. (2021). The effects of a health literacy promotion program on coronary artery disease preventive behaviors and serum lipid levels among people with dyslipidemia. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(3), 1-14.
- Kaewbanjak, N., Shumwangwapee, K., & Suwanaphant, P. (2020). Health literacy factors associated with health behavior among elderly with hypertension disease in Khoksi Sub-District, Muang District, Khon Kaen Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 3(3), 1-15.
- Kandee, P., Sukwong, P., & Weiangkham, D. (2016). Perceived social support of community-dwelling rural elderly in Northern Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 24(1), 40-51.
- Kespichayawattana, J., Wivatvanit, S., & Wanwacha, C. (2020). Health literacy of older persons participating in senior clubs and learning centers in the Bangkok Metropolitan Region. *Journal of Demography*, 36(2), 37-52. (in Thai)
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Ministry of Public Health. (2021). *Mortality rate of patients with coronary heart disease*. <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1070>
- 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.
- Ravinit, P., & Sattham, A. (2015). Factor associated with the metabolic syndrome in Chamab Sub-district, Wang Noi District, Ayutthaya Province. *APHEIT Journal*, 5(2), 33-47.
- Padphai, I., Chotklang, D., Chanabun, A., Ekathat, T., & Meelun, N. (2021). Associated factors of HbA1c blood pressure and eGFR in the at-risk patients for chronic kidney disease in Khon Kaen Province. *Journal of The Office of DPC 7 Khon Kaen*, 28(2), 73-84.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Saritsiri, S., Surattanapornchai, N., Sopisornmongkol, N., Poonvutikul, C., & Nedphokaew, T. (2020). Health status of the elderly in primary care, Bangkok. *Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal*, 5(1), 63-82.
- Soontharak, O. (2018). A study of risk factors for stroke among people in Nakhon Phanom Province. *Nakhonpanom Hospital Journal*, 5(2), 27-38.
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2020). *Study report Thailand death data quality*. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/07/report-Data-quality-mortality-in-Thailand.pdf>
- Suramitmaitee, B. (2013). *A study of health literacy and situation to enhance health literacy of Thai people to accommodate the entry into the ASEAN community*. (online). <https://image.mfa.go.th/mfa/0/yZ0EO327fd/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf> (in Thai)
- Tabsee, S. (2020). Factors related to self-care behavior of the elderly in Kangkrajana District, Phetchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 3(1), 14-30. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/239659/164260> (in Thai)
- Thongthap, K., & Taejarernwiriyaikul, O. (2020). Factors related to serum lipids in hypertension and/or diabetes patients: A case study at Ban Um Health Promotion Hospital, Amnat Charoen Province. *Journal of Health and Nursing Education*, 26(1), 105-116. (in Thai)
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- World Health Organization [WHO]. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. https://reliefweb.int/report/world/world-health-statistics-2023-monitoring-health-sdgs-sustainable-development-goals?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw-uK0BhC0ARIsANQtgGNxQsPzJthNd7aDADD_dTsdXnqL5fcNyF_te1BLVDil6AfUgz9eUkgaAh72EALw_wcB



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน*

เยาวลักษณ์ มะกอง** Yaowalak Makong**
 ศิวพร อึ้งวัฒนา*** Sivaporn Aungwattana***
 วิลาวรรณ เตือนราษฎร์**** Wilawan Tuanrat****

Abstract

The situation of children in early childhood who have appropriate development is decreasing. Assessment of early childhood development by parents is, therefore, important for finding the problems and ensuring children receive timely care. This quasi-experimental two-group, pretest-posttest design aimed to investigate the effect of a participatory learning enhancement program on family practices in assessing early childhood development. The 48 participants were parents or guardians of young children in a childcare center affiliated with the local administration and who were assigned, by simple random sampling, into an experimental or a control group with 24 in each. The research instruments included the Participatory Learning Enhancing Program devised by the researcher, based on Kolb's Participatory Learning, for a duration of 8 weeks; and an activities' learning plan from the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Video instructors were also used. The data collecting instrument was a family practice questionnaire on assessing development in early childhood, with a Kuder-Richardson (KR-20) coefficient of .90. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon matched pairs signed-ranks test, and the Mann-Whitney U test

The findings revealed that parents and guardians of young children who received the Participatory Learning Enhancing Program for 8 weeks had a mean score of family practices in assessing early childhood development ($M = 6.33$, $SD = 2.18$) significantly higher than before the program ($M = 3.13$, $SD = 1.42$, $Z = -4.394$, $p < .001$) and higher than that of the control group ($M = 3.04$, $SD = 1.04$, $Z = -5.703$, $p < .001$).

The results show that the participatory learning enhancement program resulted in the parents having accurate early childhood development assessment skills. This will affect the quality of life of children in the long run.

Keywords: Participatory learning; Family's practices; Early childhood development

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

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

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

Received 3 August 2023; Revised 17 November 2023; Accepted 23 November 2023



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

บทคัดย่อ

สถานการณ์ของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง ดังนั้น การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ค้นพบปัญหาและเด็กได้รับการดูแลอย่างทันที่ การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้การสุ่มอย่างง่าย จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ โคลบ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ แผนกิจกรรมตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สื่อวีดิทัศน์สาธิตการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks-test และ สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($M = 6.33, SD = 2.18$) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 3.13, SD = 1.42, Z = -4.394, p < .001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 3.04, SD = 1.04, Z = -5.703, p < .001$)

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลทำให้ผู้ปกครองมีทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การปฏิบัติของครอบครัว พัฒนาการเด็กปฐมวัย

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sivaporn.a@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กปฐมวัย (Early Childhood) คือ เด็กที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 0-5 ปี เป็นช่วงวัยที่ร่างกายจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะส่วนของสมอง ธรรมชาติของเด็กในวัยนี้มีความอยากรู้อยากเห็นในสิ่งแวดล้อมรอบตัว และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้เป็นอย่างดี ทำให้เด็กมีการเรียนรู้ มีพัฒนาการทั้งทางด้านสติปัญญา สังคม อารมณ์ และร่างกายแบบค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่อง (Nanthamongkolchai, 2016) ซึ่งพัฒนาการของเด็กปฐมวัย แบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ คือ วัยทารก (Infancy) นับตั้งแต่แรกคลอดถึงอายุ 12 เดือน วัยหัดเดิน (Toddler) อายุตั้งแต่ 1-3 ปี และวัยก่อนเรียน (Preschool) อายุ 3-5 ปี (Klunklin, 2020) การเลี้ยงดูในช่วงวัยก่อนเรียน (Preschool) อายุ 3-5 ปี ถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่เด็กมีความพร้อมจะเข้าโรงเรียนอนุบาล ได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นและใช้ชีวิตภายนอกบ้านมากขึ้น ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กวัยนี้มากที่สุด จึงมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กในทุก ๆ ด้าน (Urharmnuay et al., 2021) หากเด็กวัยนี้ไม่ได้รับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง อาจทำให้เด็กมีโอกาสเกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้า ซึ่งหากเด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในด้านใดด้านหนึ่ง ก็อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการในด้านอื่น ๆ ได้ ดังนั้นหากค้นพบปัญหาได้เร็วก็จะส่งผลให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ

ข้อมูลพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จากการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 5 กลุ่มอายุ (9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน) ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จากคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2022) ของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการสมวัยทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการใช้ภาษา ด้านความเข้าใจภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ลดลงจากร้อยละ 94.89 ในปีงบประมาณ 2563 เป็นร้อยละ 94.58 ในปีงบประมาณ 2564 ส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งหมายถึง การที่เด็กปฐมวัยไม่ผ่านการทดสอบพัฒนาการ 5 ด้าน อย่างน้อย 1 ข้อ พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 คิดเป็นร้อยละ 25.80 และ 25.20 ตามลำดับ โดยเมื่อมีการศึกษาข้อมูลในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยทั้ง 5 ด้าน ในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 คิดเป็นร้อยละ 97.29 และร้อยละ 93.37 ตามลำดับ ส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 24.89 และ 22.56 ตามลำดับ (Kamphaengphet Provincial Public Health Office, 2022)

จากสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลงทั้งในระดับพื้นที่และในภาพรวมของเขตสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยในประเทศไทย ประกอบด้วยปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทำให้มีโอกาสเกิดพัฒนาการสงสัยล่าช้า 3.17 เท่า (Chattakul, 2021) น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม และการมีโรคประจำตัว ทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าเป็น 1.11 และ 1.86 เท่าตามลำดับ (Tipmanosing, 2022) สำหรับปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีนในระหว่างตั้งครรภ์ของมารดาไม่เพียงพอหรือไม่สม่ำเสมอ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยจะพบพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่มารดาได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน ($p < .001$) การที่มารดาไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน มีโอกาสที่จะพบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่มารดาประกอบอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจ หรือค้าขาย ($p = .009$) (Chattakul, 2021) ส่วนมารดาที่จบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการเด็กล่าช้า เป็น 2.04 เท่าของมารดาที่จบชั้นสูงกว่าประถมศึกษา (Tipmanosing, 2022) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวหรือสภาพแวดล้อม ได้แก่ พันธุกรรม โดยเด็กที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวมีพัฒนาการด้านภาษาผิดปกติ มีโอกาสเสี่ยงที่เด็กปฐมวัยจะมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้ามากกว่าเด็กที่ครอบครัวไม่มีประวัติพัฒนาการด้านภาษาผิดปกติ ($p = .028$) (Wanicharoen &



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

Noipayak, 2019) และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเลี้ยงดูเด็กไม่เหมาะสมมีโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการเด็กล่าช้า เป็น 2.45 เท่า นอกจากนี้การเล่นกับเด็กอย่างไม่มีคุณภาพมีโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการเด็กล่าช้าเป็น 1.21 เท่าของการเล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ (Tipmanosing, 2022)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 3 และจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ปกครองขาดความตระหนักในการทำหน้าที่ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานของตนเองอย่างต่อเนื่องตามคู่มือต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยอาจมองว่าเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่า (Kamphaengphet Provincial Public Health Office, 2022) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับและศึกษาคู่มือ DSPM แต่ไม่ได้ใช้คู่มือเพื่อประเมินหรือนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็กมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.15 เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีการศึกษาและใช้คู่มือ DSPM (Jungpanich & Ployluan, 2023)

จากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก DSPM มีการศึกษาคู่มือ และมีการใช้คู่มือในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีเพียงร้อยละ 37.6 เท่านั้น ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับคู่มือและอ่านคู่มือแต่ไม่ใช้คู่มือ ร้อยละ 4.4 กลุ่มที่ได้รับคู่มือแต่ไม่อ่านคู่มือ ร้อยละ 19.3 (Jungpanich & Ployluan, 2023) การสอนวิธีการใช้หนังสือคู่มือ DSPM แก่ผู้ดูแล ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยผู้ดูแลที่ได้รับการสอนการใช้คู่มือ DSPM จะช่วยให้เด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสอน เนื่องจากจะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กเบื้องต้น ตามคู่มือ DSPM (Authavee & Phongphetdit, 2018)

ประเทศไทย ได้มีนโยบายเน้นการสร้างพ่อแม่คุณภาพ และปรับแนวคิดใหม่ให้ผู้ปกครองเด็กเป็นผู้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเบื้องต้น เพื่อสังเกตเด็กว่ามีพัฒนาการที่สมวัยหรือไม่ (Ministry of Public Health, 2020) โดยในเขตสุขภาพที่ 3 มารดาหลังคลอดจะได้รับการแจกคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยพร้อมให้คำแนะนำการใช้คู่มือก่อนออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้มีการสอบถามถึงการใช้คู่มือ DSPM ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองที่นำเด็กมารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีพบว่า ผู้ปกครองบางส่วนไม่เคยประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือที่ได้รับแจก และบางส่วนเคยประเมินบ้างเป็นบางครั้งและไม่ต่อเนื่อง โดยให้เหตุผลว่ายังไม่ค่อยเข้าใจวิธีการใช้คู่มือ ไม่มีความมั่นใจในการประเมินพัฒนาการเด็ก เนื่องจากยังไม่เคยผ่านการฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือที่ได้รับ และไม่ทราบว่าจะใช้อุปกรณ์ใดในการประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือ ตลอดจนต้องปรับตัวในการดูแลเด็กทำให้ไม่มีเวลาได้ศึกษาคู่มือเพิ่มเติม ดังนั้นเมื่อเด็กมีปัญหาพัฒนาการ จึงทำให้ผู้ปกครองไม่ทราบปัญหาและเด็กเสียโอกาสในการที่จะได้รับการดูแลได้อย่างทันเวลา และเมื่อเจ้าหน้าที่ประเมินพัฒนาการจึงพบว่า มีเด็กบางรายมีพัฒนาการที่ล่าช้าดังกล่าว

นอกจากนี้การสอนของพยาบาลเวชปฏิบัติภายหลังคลอด เป็นการสอนโดยใช้คู่มือแบบบรรยาย ไม่ได้มีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ จึงอาจทำให้ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยขาดทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติ และจากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานด้านการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่งยังขาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM ตลอดจนครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่แม้จะผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาการ



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

เด็กปฐมวัยมาแล้ว แต่บางรายยังขาดทักษะและยังไม่มั่นใจในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) อีกทั้งมีการจัดประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพียงเทอมละ 1-2 ครั้ง และบางแห่งขาดการติดตามและส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ทำให้เด็กบางรายไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาพัฒนาการที่เหมาะสมได้ทันเวลา (Kamphaengphet Provincial Public Health Office, 2022)

จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวคือบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ผูกพัน เข้าใจพฤติกรรม และมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กมากที่สุด รวมทั้งสามารถประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้ทุกช่วงวัย ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญและมีบทบาทโดยตรงในการเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อคัดกรองเบื้องต้น จะทำให้สามารถให้การดูแลได้ทันเวลาที่ เมื่อพบว่าเด็กสงสัยหรือมีพัฒนาการที่ล่าช้า ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Papakang, 2022) ซึ่งการที่ครอบครัวจะสามารถประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้องนั้น จำเป็นต้องผ่านการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่จะทำให้ผู้ปกครองเกิดประสบการณ์และมีทักษะ นำสู่การลงมือปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง (Nanthamongkolchai, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ในการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ถูกต้องและต่อเนื่อง โดยหนึ่งในนั้นคือ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) ของ โคลบ (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่จะช่วยให้ผู้เรียนมีการพัฒนาความรู้ ทักษะ และปฏิบัติได้เป็นอย่างดี แตกต่างจากแนวคิดทฤษฎีอื่นด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่นำประสบการณ์ของผู้เรียนมาเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้และเน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดในการทำกิจกรรมทุกขั้นตอนตามกระบวนการ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วมทั้งกับผู้สอนและผู้เรียนด้วยกันเอง โดยจัดการเรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรมกลุ่ม (group process) ตลอดจนมีการฝึกฝนทักษะ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาระบบการคิดและสร้างความรู้ไปสู่การปฏิบัติในบริบทที่มีอยู่และเกิดขึ้นตามสภาพจริง (Arin et al., 2021) ดังการศึกษาของ ศรสวรรค์ จันทร-ประเสริฐ (Chanprasert, 2021) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความมั่นใจในการปฏิบัติและมีพฤติกรรมปฏิบัติการควบคุมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) ของ โคลบ (Kolb, 1984) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการจัดการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยมากขึ้น โดยการดำเนินการให้ความรู้ สอนวิธีการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สาธิตและฝึกทักษะในการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติที่มากขึ้น ตลอดจนมีการประเมินผลย้อนกลับในทุกขั้นตอนเพื่อให้ทราบว่าผู้ปกครองเข้าใจในสิ่งที่ได้เรียนรู้อย่างถูกต้องหรือไม่ นำไปสู่การที่ผู้ปกครองสามารถปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM และแปลผลการประเมินได้อย่างถูกต้อง สามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้หรือฝึกทักษะพัฒนาการขั้นถัดไปในเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า ตลอดจนรู้กระบวนการฝึกทักษะเมื่อพบว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือสามารถจัดการส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อประเมินซ้ำเมื่อพบว่า เด็กปฐมวัยมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือครูพี่เลี้ยงเป็นผู้ประเมินเพียงฝ่ายเดียว อันจะช่วยให้สามารถตรวจพบความผิดปกติของปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยได้อย่าง



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

รวบเรื่อนำไปสู่การพาเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ทำให้เด็กสามารถกลับมามีพัฒนาการที่ปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นได้จากการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ถูกต้อง เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้อง การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ โคลบ (Kolb, 1984) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประสบการณ์ (Experience) เป็นกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เคยปฏิบัติมาหรือจากที่ได้เรียนรู้มาจากผู้อื่น ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่มใหญ่ ที่ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และมีการสาธิตการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 2) ขั้นการสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นการใช้ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในขั้นตอนแรกมาวิเคราะห์และอภิปราย ผ่านการสะท้อนคิด แบ่งปัน โดยการใช้กระบวนการกลุ่มย่อยและอภิปรายหน้าชั้นเรียนเป็นกลุ่มใหญ่ เพื่อให้ได้ความคิดและข้อสรุปที่หลากหลาย ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) ขั้นความคิดรวบยอด (Concept) เป็นกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการของเด็kpฐมวัยตามคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ทั้ง 5 ด้าน ผ่านการส่งเสริมความรู้ การแนะนำ และการสาธิตการประเมินพัฒนาการในแต่ละด้าน โดยการสอนบรรยายให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และสรุปเนื้อหาของบทเรียนร่วมกัน เพื่อประเมินความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างในสิ่งที่ได้เรียนรู้ไป ช่วยเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นพื้นฐานในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ 4) ขั้นการทดลอง การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการแต่ละด้าน มีการสาธิตย้อนกลับ และการให้ข้อเสนอแนะการเลือกอุปกรณ์เทียบเคียงที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM ได้ ช่วยเพิ่มทักษะและประสบการณ์ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์จริงได้อย่างต่อเนื่อง สามารถแปลผลการประเมินได้อย่างถูกต้อง มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในขั้นถัดไปเมื่อเด็กมีพัฒนาการสมวัย ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า ตลอดจนทำให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดสามารถค้นพบความผิดปกติของพัฒนาการได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การฝึกทักษะเด็กในด้านที่มีพัฒนาการ



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

สงสัยล่าช้า หรือพาเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมโดยบุคลากรทางการแพทย์อย่างทันท่วงที ทำให้เด็กสามารถกลับมามีพัฒนาการที่ปกติได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กในระยะยาวต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มและวัดผลก่อนหลัง การทดลอง (two group pre-test-post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เพื่อเลือกบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของเด็กที่กำลังศึกษาใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลช่องลมถูกเลือกเป็น กลุ่ม ทดลอง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองหลวงเป็นกลุ่มควบคุม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ของ โคเฮน (Cohen, 1992) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ระดับ 0.80 และกำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) เท่ากับ 0.05 โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) อ้างอิงตามการศึกษาผลของโปรแกรมแอนดราโกจิตต่อความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (Chawaphanth et al., 2019) ได้เท่ากับ 0.84 จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 0.80 มาประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 ราย และคำนวณการขาดหายไปของการมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (10% dropout rate) ได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 48 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 24 ราย กลุ่มควบคุม 24 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นบิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง อายุ 20-60 ปี ที่ดูแลเด็กปฐมวัยต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป
2. อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กที่มี อายุ 3-5 ปี และมีเวลาอยู่ร่วมกับเด็กอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน
3. มีสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯได้ครบทุกกระบวนการของโปรแกรมฯ โดยไม่มอบหมายให้ผู้อื่นเข้าร่วมกิจกรรมแทนในครั้งถัด ๆ ไป

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วม (exclusion criteria) ดังนี้

บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบ ทุกกระบวนการของโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. แผนการจัดกิจกรรมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)
3. สื่อวีดิทัศน์สาธิตการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี พัฒนาขึ้นโดยสถาบันพัฒนาอนามัย เด็กแห่งชาติ กรมอนามัย มีเนื้อหาครอบคลุมการประเมินทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปทั่วไปของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

2. แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย พัฒนาขึ้นตามแนวคิดในคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ทั้ง 5 ด้าน แยกตามช่วงอายุ โดยเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกคำตอบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ โดยถ้าตอบปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และถ้าตอบไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) แผนการจัดกิจกรรมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี และ 3) สื่อวีดิทัศน์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในคลินิกสุขภาพเด็กดี 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเดียวกัน ผลพบว่าค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ที่ตรวจสอบโดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการรับรองจริยธรรมหมายเลข 046/2566 หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาการวิจัย รวมถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อเด็กปฐมวัยและกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่เก็บจากการวิจัยจะถือเป็นความลับและใช้เฉพาะในการวิจัยนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบริการตามปกติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาของการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (pre-test) หลังจากนั้น ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (post-test) พร้อมมอบคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และเปิดวีดิทัศน์สาธิตการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ตามคู่มือ DSPM ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับชม

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 เป็นการทำกิจกรรมกลุ่มในห้องเรียน ตามแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังนี้



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

กิจกรรมขั้นที่ 1 ประสบการณ์ (Experience) ให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการทั้ง 5 ด้านของบุตรหลานในช่วงที่ผ่านมา และสร้างประสบการณ์เพิ่มเติมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

กิจกรรมขั้นที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) โดยมีการกำหนดประเด็นให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์เกี่ยวกับวิธีการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในแต่ละด้าน และ การแปลผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในรูปแบบของใบงาน แล้วมีการนำเสนอหน้าชั้นเรียน

กิจกรรมขั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด (Concept) เป็นการสอนให้ความรู้วิธีการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) โดยผู้วิจัยและใช้สื่อวีดิทัศน์สาธิตการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี และการเสริมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเลือกอุปกรณ์เทียบเคียงที่สามารถนำมาเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้

กิจกรรมขั้นที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปทำการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุของบุตรหลานของตนเอง ตลอดจนมีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ตระหนักถึงการนำการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3-8 เป็นการติดตามปัญหาหรืออุปสรรคของการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 8 (วันสุดท้ายของการวิจัย) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการของเด็กรวม (post-test) และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างพร้อมกล่าวยุติการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ Chi-square test และทดสอบ Fisher exact test ตามลักษณะของข้อมูล ส่วนข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยสถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

2. การเปรียบเทียบการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการของเด็กรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks-test เนื่องจากข้อมูลมีระดับการวัดเป็นแบบอันดับมาตรา และข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการของเด็กรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีระดับการวัดเป็นแบบอันดับมาตรา มีอิสระต่อกัน และมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติเหมือนกันทั้ง 2 ชุด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 37.83 ปี (SD = 9.44) โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี และ 40-49 ปี ร้อยละ 33.3 เท่ากัน ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.2 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.3 และมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 54.2



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 39.25 ปี (SD = 9.73) โดยอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.2 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.7 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 50.0

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

1. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .414$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมฯ ($n = 24$)

การปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย	M	SD	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($n = 24$)	3.13	42.1	0.00	-4.394	<.001
หลังได้รับโปรแกรมฯ ($n = 24$)	33.6	2.18	300.00		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($n = 24$)	2.96	1.16	7	-.816	.414
หลังได้รับโปรแกรมฯ ($n = 24$)	3.04	04.1	14		

2. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .392$) ดังตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in
Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว
ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมฯ
ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 24) และกลุ่มที่ควบคุม (n = 24)

การปฏิบัติของครอบครัวในการ ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย	M	SD	Mean of Ranks	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	3.13	42.1	25.02	-.274	.392
กลุ่มควบคุม (n = 24)	96.2	1.16	23.98		
หลังได้รับโปรแกรม					
กลุ่มทดลอง (n = 24)	6.33	2.18	7	-5.703	<.001
กลุ่มควบคุม (n = 24)	3.04	04.1	14		

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ในครั้งนี้ ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัยที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยจะได้
อภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยใน
ชุมชน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง
เกิดการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มากขึ้น ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้มีการนำกระบวนการเรียนรู้แบบ
มีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์ (Experience) การที่กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการ
ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน ร่วมกันวิเคราะห์อุปสรรค ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจากชีวิตประจำวันในการ
ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งกระบวนการดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสวิเคราะห์ประสบการณ์
ตนเองว่าเหตุใดที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถประเมินพัฒนาการบุตรหลานของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อ
กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ทั้งจากประสบการณ์เดิมของตนเองและประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะ
เหมือนหรือแตกต่างกับตนเอง จะทำให้กลุ่มทดลองเห็นความสำคัญ จนเกิดความรู้สึกรับผิดชอบในตนเองว่าจะทำได้
เช่นกัน จึงเป็นปัจจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ เทคนิคหรือวิธีการไปใช้ในการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัย นอกจากนี้ การสาธิตเพื่อเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมี
ประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มากขึ้นซึ่งการมีประสบการณ์มากจะส่งผลให้มีความรู้
และการปฏิบัติดีขึ้น (Srijompon & Muktabhant, 2018)

ขั้นที่ 2 การสะท้อน และอภิปราย (Reflection and Discussion) การยกกรณีศึกษาให้กลุ่มตัวอย่าง
ได้ร่วมกันสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตลอดจนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
เกี่ยวกับความสำคัญของการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์และ
จัดระบบความคิดของตนเอง และยังได้เรียนรู้ความคิดของผู้อื่น ทำให้ได้ข้อสรุปจากการทำกิจกรรมที่หลากหลาย
กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตระหนักและมองเห็นถึงความสำคัญของการประเมินพัฒนาการ
เด็กปฐมวัย นำไปสู่การปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เพิ่มขึ้น



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

ขั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด (Concept) ผู้วิจัยมีการอธิบายหลักการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง และการให้ความรู้จะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย และมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น (Siricharoenwong et al., 2021) ประกอบกับการให้กลุ่มตัวอย่างชมวิดีโอทัศน์สาธิตการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้ เพิ่มความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง เกิดความคิดรวบยอดและสรุปเป็นแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำและนำไปใช้ในการปฏิบัติอย่างมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยยังได้มีการเสริมข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับการเลือกอุปกรณ์เทียบเคียงที่สามารถนำมาเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจได้ว่าสามารถปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ขั้นที่ 4 ทดลอง/การประยุกต์แนวคิด การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/ Application) การที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ทดลองปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้ง 5 ด้าน ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และออกมาสาธิตหน้าชั้นเรียน เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะทำให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้และนำไปปฏิบัติจริง อีกทั้งผู้วิจัยยังมีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ตระหนักถึงการนำการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ระดับการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี เอื้ออำนวย และคณะ (Urharmanuay et al., 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแลอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่รูปแบบของการจัดกิจกรรมนอกเหนือจากการบรรยายให้ความรู้แล้ว ยังมีการให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กทั้ง 5 ด้าน โดยผลการวิจัยพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$ และ $p = .00$ ตามลำดับ)

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีการจัดกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อนร่วมชั้นเรียน ร่วมแสดงความคิดเห็นและฝึกใช้ความรู้ที่เกิดขึ้นจากชั้นเรียนมาสะท้อนคิด วิเคราะห์ และอภิปราย นำไปสู่การสรุปเป็นหลักการเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) อีกทั้งยังได้ลงมือฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์จริง จึงทำให้เกิดการเพิ่มทักษะและความสามารถให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ช่วยให้มีความเชื่อมั่นในการลงมือปฏิบัติมากขึ้น ก่อนไปปฏิบัติการประเมินพัฒนาการของบุตรหลานของตนเอง โดยการจัดกิจกรรมดังกล่าวจะมีการประเมินผลย้อนกลับในทุกขั้นตอนทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติทราบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในสิ่งที่ได้เรียนรู้อย่างถูกต้องหรือไม่ นอกจากนี้ในทุกขั้นตอนของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ยังมีการดำเนินการเป็นกิจกรรมกลุ่มซึ่งจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ปกครองด้วยกันเกิดการช่วยเหลือให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับบริการตามปกติ จะได้รับคำแนะนำในการประเมิน



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

พัฒนาการเด็กปฐมวัยจากพยาบาลเวชปฏิบัติและได้รับการแจกคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ให้นำกลับไปศึกษาด้วยตนเอง ทำให้ไม่ได้รับฟังหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่น อีกทั้งรูปแบบของการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นการสื่อสารแบบทางเดียว (one-way communication) โดยที่พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้บรรยายให้ความรู้เพียงฝ่ายเดียว และผู้เรียนอาจมีการตอบสนองต่อการเรียนรู้บ้างหรืออาจไม่มีเลย (Sopat, 2019) ทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติไม่สามารถประเมินได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ถูกต้องหรือไม่

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการตามปกติไม่ได้ฝึกลงมือปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความมั่นใจเมื่อไปประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์จริง จึงอาจส่งผลให้หลังจากการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามที่พยาบาลเวชปฏิบัติแนะนำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้พัฒนาระบวนการสะท้อนคิด วิเคราะห์และอภิปรายร่วมกับผู้อื่น ขาดการเรียนรู้จากมุมมองของผู้อื่น จึงเกิดผลแค่ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความจำ แต่ความสามารถในการปฏิบัติหรือการนำไปใช้มีน้อย หรือไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมฯ จึงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้แอนดราโกจี ที่มีการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM โดยมีการจัดกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมและทดลองปฏิบัติผ่านกระบวนการเรียนรู้ 7 ขั้นตอน ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการ เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการปฏิบัติการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย นำสู่การปฏิบัติการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และยั่งยืน (Chawaphanth et al., 2019)

จากการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ โคลบ (Kolb, 1984) มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย นำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด และการทดลองหรือปฏิบัติ ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตลอดจนวิธีการจัดการหรือฝึกทักษะเมื่อสงสัยว่าเด็กปฐมวัยมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า โดยผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมตามแนวทางให้สอดคล้องกับบริบทของปัจเจกบุคคล เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและพัฒนาระบวนการคิดวิเคราะห์ในทุกขั้นตอนของโปรแกรม

การเสริมความรู้ที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีทักษะการประเมินที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น นำไปสู่การลงมือปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์จริง ตระหนักและให้ความสนใจในการประเมินพัฒนาการบุตรหลานอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้นจากการติดตามประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสมหรือเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ส่งผลให้สามารถนำไปปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้องและยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาผลของการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักที่พบว่า ภายหลังการฝึกทักษะฯ มารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักมีพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM เป็นประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.3 เป็นร้อยละ 68.9 นอกจากนี้ยังพบว่าผลการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยภายหลังการที่มารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักได้รับการฝึกทักษะเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 92.4 เป็น



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in
Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว
ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

ร้อยละ 97.3 ($p = .005$) (Bunkhong & Ketren, 2022)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้เป็นรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน หรือการดูแลเด็กในด้านอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลของการศึกษาในระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของประสิทธิผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กซึ่งมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย
3. ควรศึกษาเกี่ยวกับผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยในด้านอื่น ๆ เช่น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การดูแลช่องปาก การดูแลด้านโภชนาการ

References

- Arin, S., Tamdee, D., & Aungwattana, S. (2021). Effect of the participatory learning program on foot ulcer prevention among uncontrolled type 2 diabetic persons in community. *Nursing Journal*, 48(4), 121-133. (in Thai)
- Authavee, B., & Phongphetdit, B. (2018). The use of the DSPM to promote child development, 5th regional health promotion center, Ratchaburi. *VRU Research and Development Journal Humanities and Social Science*, 13(3), 229-242. (in Thai)
- Bunkhong, P., & Ketren, P. (2022). Effects of coaching surveillance skills and promoting child development of postpartum mothers of primary caregivers in Thailand. *Thai Health Promotion Journal*, 1(3), 253-264. (in Thai)
- Chanprasert, S. (2021). The effect of self-efficacy development and participatory learning program for children control of oral health behaviors among parents at Nongkula child development center, Bangrakam District, Phitsanulok Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 16(1), 29-39. (in Thai)
- Chattakul, S. (2021). Factors related to suspected delayed development of early childhood in well child clinic at health promoting hospital, Khonkaen. *Journal of Regional Health Promotion Centre 7 KhonKaen*, 13(2), 87-102. (in Thai)
- Chawaphanth, S., Thammajinda, O., Indhabhandhu, J., & Trakooltorwong, P. (2019). Effects of andragogical program on knowledge and skills for surveillance and promotion of early childhood development among guardians. *Journal of Nursing and Education*, 12(3), 58-72. (in Thai)
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Jungpanich, P., & Ployluan, W. (2023). The study of situation of early childhood development in Thailand 2021. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 46(1), 41-53. (in Thai)



Effect of a Participatory Learning Enhancing Program on Family's Practices in
Assessing Development of Children in Early Childhood in Communities
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัว
ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

- Kamphaengphet Provincial Public Health Office. (2022). *Health data center*. Kamphaengphet Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Klunklin, P. (2020). Child growth & development. In P. Klunklin (Ed.), *Children and adolescence nursing* (pp. 17-57). Smartcoating and service. (in Thai)
- Kolb, D. A. (1984). *Participatory learning approach: A research agenda*. Technical Report Version 1.0.
- Ministry of Public Health. (2020). *Child development promoting project for celebration on the auspicious occasion of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn's 5th cycle birthday anniversary 2nd April 2015*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2022). *Health data center*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nanthamongkolchai, S. (2016). Family, child rearing and development of preschoolers in Thailand. *Journal of Public Health*, 46(3), 205-210. (in Thai)
- Papakang, S. (2022). The roles of parents in child development assessment according to the DSPM manual. *Maharakham Hospital Journal*, 19(2), 176-185. (in Thai)
- Siricharoenwong, K., Mataputana, M., Sawangjid, S., & Pidjadee, C. (2021). Development and effectiveness of video media to knowledge, self-confidence and satisfaction of nursing students in preparation for children and adolescence care practicum experience. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(1), 218-229. (in Thai)
- Srijompon, J., & Muktabhant, B. (2018). Association between knowledge and attitude and practice of village health volunteer in capillary blood glucose checking for diabetic patients living in Wiangkum Subdistrict, Kumpawapi District, Udonthani Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(2), 79-87. (in Thai)
- Sopat, N. (2019). Methods of effective communication in the organization. *Journal of Association of Professional Development of Educational Administration of Thailand (JAPDEAT)*, 1(3), 23-30. (in Thai)
- Tipmanosing, D. (2022). Factors affecting early childhood development of children at the Bangkok child development centers. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 18(1), 51-68. (in Thai)
- Urharmnuay, M., Intharangkun Na Ayutthaya, A., Thipsungwan, K., Boongla, P., Kummee, S., & Narkrow, K. (2021). The effects of early childhood development promotion program on knowledge and promotion behaviors on child development of parents and caregivers in Mueang District, Lampang Province. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 3(1), 48-63. (in Thai)
- Wanicharoen, N., & Noipayak, P. (2019). Risk factors associated with specific language impairment in preschool children at division of developmental and behavioural paediatrics Faculty of Medicine Vajira Hospital: A matched case-control study. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 63(6), 423-442. (in Thai)



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล
และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วรารัตน์	ทิพย์รัตน์*	Wararat	Tiparat*
กนกพรรณ	พรหมทอง**	Kanokpan	Promthong**
กัญญา	มุสิกชนะ***	Kanyapa	Musikachana***

Abstract

Uncontrolled hypertensive older adult patients are at a high risk of complications from this disease. Caregivers' health literacy is important for managing the health behavior of older adults in families. This quasi-experimental research aimed to study the effects of health belief model-based interventions on caregivers' health literacy and blood pressure in uncontrolled hypertensive older adults. Participants were 64 uncontrolled hypertensive older adult patients and their caregivers, who were divided into an experimental and a control group. The experimental instruments consisted of health belief model-based interventions, based on Becker's theory of the health belief model and enhancing health literacy, administered for 12 weeks. The data collection tools were a questionnaire on caregivers' health literacy and a blood pressure monitor. The questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .84. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The results indicated that after receiving the program, the experimental group had a higher mean score for caregivers' health literacy. The average systolic and diastolic blood pressure was lower than before receiving the program with statistical significance ($p < .001$, $p < .001$, and $p < .05$, respectively), and higher than that of the control group with statistical significance ($p < .001$, $p < .001$, and $p < .01$, respectively).

This study showed that the health belief model-based interventions with the enhancing health literacy program could increase health literacy levels of caregivers and lead to healthier behavior for uncontrolled hypertensive older adult patients.

Keywords: Health behavior; Health literacy; Older adult; Uncontrolled hypertension

* Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani, Nursing College of Trang, Department of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: wararatt@bcnt.ac.th

** Lecturer, Boromarajonani, Nursing College of Trang, Department of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Registered Nurse, Professional level, NongTrud Sub-district Health Promoting Hospital, Trang Province

Received 19 April 2024; Revised 23 September 2024; Accepted 26 September 2024



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล มีความสำคัญต่อการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และผู้ดูแล จำนวน 64 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และเครื่องวัดความดันโลหิต ทดสอบความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และดีวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

e-mail: wararatt@bcnt.ac.th

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตาดูด จังหวัดตรัง



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs: Non-communicable diseases) ถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสุขภาพและสังคม องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายระดับโลก ซึ่งครอบคลุมตามปัจจัยหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เป้าหมายด้านอัตราการตายและอัตราราย 2) เป้าหมายด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา และ 3) เป้าหมายด้านระบบบริการระดับชาติโดยวัดความสำเร็จของการดำเนินงานฯ ในการจัดการแก้ปัญหาที่จะต้องบรรลุในปี พ.ศ. 2568 แต่การป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงระดับ 3 (BP $\geq 180/110$ mmHg) มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าความดันโลหิตปกติประมาณ 9 เท่า (Department of Disease Control, 2020) ข้อมูลด้านการควบคุมความดันโลหิต ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีเท่ากับร้อยละ 59.20, 58.60 และ 56.50 ตามลำดับ อาจกล่าวได้ว่าถึงแม้จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่อัตราการควบคุมโรคมีแนวโน้มลดลง (Bunpoke et al., 2021) โดยเฉพาะประชากรสูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ คือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.00 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 67.20 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.80 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากในวัยสูงอายุจะเกิดการเสื่อมของหลอดเลือดแดงมากขึ้น และสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ (Musini et al., 2019)

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกช่วงเวลา ดังนั้นกลไกสำคัญของการควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสงบอย่างต่อเนื่อง การสร้างความเข้าใจกับผู้ดูแลหรือการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคแก่ผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการปรับพฤติกรรมในผู้สูงอายุ การให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาในการรับประทานยา การตัดสินใจร่วมกันในการเลือกแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้เกิดความเข้าใจผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร่วมกับมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมั่นใจ (Magteppong et al., 2022)

การศึกษาเกี่ยวกับความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้สูงอายุยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น และไม่สามารถสอบถามบุคลากรสุขภาพได้เมื่อมีข้อสงสัย มีอุปสรรคไม่สามารถเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อนและสภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงเข้าใจ และการจัดการตนเอง ครอบครัวจึงต้องให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ในการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมตามมา (Kongai et al., 2023) จากการศึกษาของ จิตรา อารังชัยชนะ (Thamrongchaichana, 2021) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากบุตรหลานมากที่สุด เกี่ยวกับการพาไปร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน การให้คำพูดคุยเรื่องสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคอยดูแลรับส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Kassahun et al., 2020; Tanak et al., 2020) และช่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Intaboot, 2020) อีกทั้งช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคให้กับผู้สูงอายุ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม และมีระดับความดันโลหิตลดลง (Penpoompaung et al., 2023)



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย คือ แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีระดับความดันโลหิตลดลง (Hirungerd et al., 2021) รวมทั้งแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้เป็นทักษะและความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์และเลือกข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ จากการสื่อสารและทางสารสนเทศมาใช้ส่งเสริมและดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีผลต่อคุณภาพการดูแล หากมีความรอบรู้สูงจะทำให้การดูแลดี เช่น การจัดการกับอาการของผู้สูงอายุและรับรู้ความต้องการของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Deeken et al., 2019)

นอกจากนี้ การสร้างเสริมสุขภาพด้วย สบช. โมเดล (PBRI: Participation, Boding, Responsibility, Integrity model) โดยใช้แนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี จำแนกภาวะสุขภาพกลุ่มป่วยเป็น 4 กลุ่ม ตามระดับความรุนแรง คือ สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และกำหนดมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์) 3 ลด (ลดบุหรื, ลดเหล้า, ลดอ้วน) (Turner et al., 2022) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและทำให้ระดับความรุนแรงของโรคลดลง (Juwa et al., 2019)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2015) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง โดยใช้มาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด และป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (PBRI model) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในตำบลหนองตรุด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ด้รั้ง ในการสร้างชุมชนสุขภาพะ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ มีเพียงร้อยละ 30.12 ที่สามารถควบคุมได้ ($BP \leq 139/89$ mmHg) ซึ่งค่าเป้าหมายกำหนดไว้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และเป็นผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 59.88 (Public health office of Trang, 2020) โดยสถานบริการจัดรูปแบบการให้บริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง และนัดพบแพทย์ทุก 3 เดือนพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคล ยังไม่ได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือรับรู้ข้อมูลระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยร่วมกัน ดังนั้นในการศึกษานี้มุ่งที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว ทั้งการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ดูแล การส่งคลิปวิดีโอภาษาถิ่นผ่านไลน์แอปพลิเคชันเพื่อทบทวนการปฏิบัติตัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำให้กำลังใจในการปฏิบัติเป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ลดลงตามเกณฑ์ ลดการเกิดความรุนแรงของโรคต่อไป



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

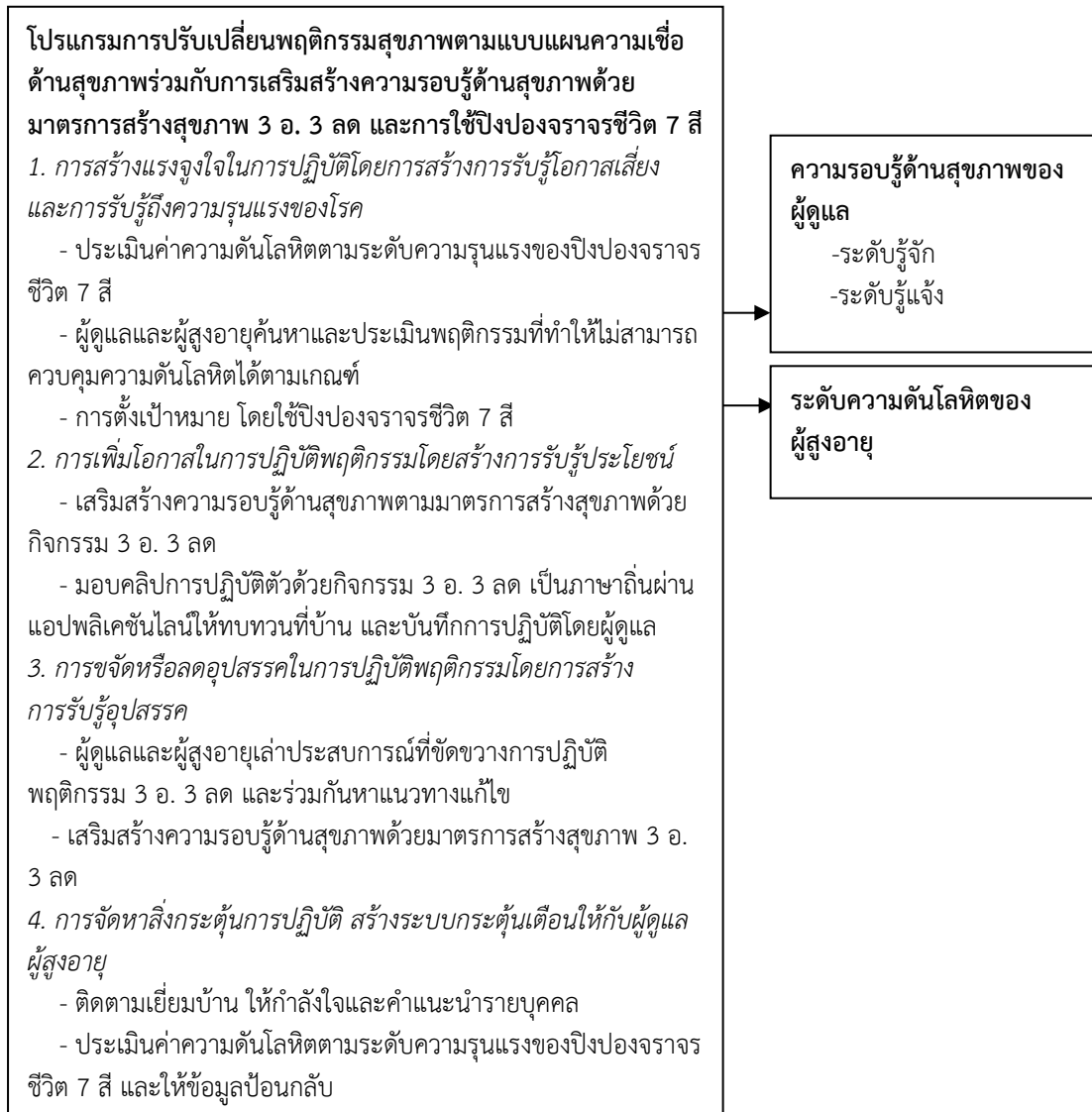
ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) โดยการออกแบบกิจกรรมให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ประกอบด้วย 1) การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติโดยการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 2) การเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยสร้างการรับรู้ประโยชน์ 3) การจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการสร้างการรับรู้อุปสรรค และ 4) การจัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ สร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ร่วมกับการนำเครื่องมือ “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” (PBRI model) โดยแบ่งผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสีเหลือง (BP = 140-159/90-99 mmHg) กลุ่มสีส้ม (BP = 160-179/100-109 mmHg) และกลุ่มสีแดง (BP $\geq$ 180/100 mmHg) มาใช้เป็นสื่อสร้างความตระหนัก เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดความกลัวต่อความรุนแรงของโรค และการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2015) โดยใช้มาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3 ลด (ลดน้ำหนัก ลดบุหรี่ ลดสุรา) ให้กับผู้ดูแลในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับรู้แจ้งเพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยได้มอบคลิปการปฏิบัติตัวเป็นภาษาถิ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ให้ผู้ดูแลเปิดให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ได้ทบทวนที่บ้าน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลให้ผู้สูงอายุฯ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม ซึ่งการมีส่วนร่วมดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวที่แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ การกระตุ้น การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ลดความรุนแรงของโรคได้ โดยสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (two group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตาด อำเภอมะนัง จังหวัดตรัง จำนวน 240 คน (Public health office of Trang, 2020)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตาด อำเภอมะนัง จังหวัดตรัง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา 2) มีค่าความดันโลหิต Systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 -109 มิลลิเมตรปรอทติดต่อกัน 2 ครั้งของการมารับบริการตามนัด 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย ประเมินความจำระยะสั้นโดยใช้แบบสอบถาม Mini-Cog จำนวน 3 ข้อคะแนนเต็ม 5 คะแนน ได้คะแนนรวม > 3 คะแนนขึ้นไป 4) ได้รับการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสถานบริการ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยตรงและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน 3) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถพูด อ่าน และเขียนได้

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย คือ เกิดอุบัติเหตุ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล คือ มีการย้ายที่อยู่ในระหว่างดำเนินการวิจัย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม $G * Power$ ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้จำนวน 64 คู่ และเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน จึงจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) คือ เพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับเดียวกันตามเกณฑ์ป้องกันภาวะหัวใจ 7 สี กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล มีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) คือ เพศ และอายุไม่เกิน 5 ปี ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พร้อมผู้ดูแลและจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันเป็นลำดับตัวเลขที่เหมือนกัน และสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากที่ละคู่ รายชื่อแรกเป็นกลุ่มควบคุม 32 คู่ และรายชื่อหลังเป็นกลุ่มทดลอง 32 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ

1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรฐานการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด ร่วมกับแนวคิดป้องกันภาวะหัวใจ 7 สี เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบและสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรค โดยใช้สัญลักษณ์ป้องกันภาวะหัวใจ 7 สี ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ สีเขียวเข้ม (BP $\leq 139/89$ mmHg) สีเหลือง (BP = 140-159/90-99 mmHg) สีส้ม (BP = 160-179/100-109 mmHg) สีแดง (BP $\geq 180/100$ mmHg) และสีดำ (BP $\geq 180/100$ mmHg และมีภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ ไต) (2) การสร้างการรับรู้ประโยชน์และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรฐานการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด (3) การสร้างการรับรู้อุปสรรคและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (4) การสร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

1.2 แผนการสอนเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตตามมาตรฐานการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

1.3 คลิปวิดีโอภาษาถิ่นคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด จำนวน 20 นาที

1.4 คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 3 ลด และแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 3 ลด ของ ผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลเป็นผู้บันทึก

โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขให้มีความถูกต้องของเนื้อหาตามความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย ความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ผลการทดลองใช้พบว่า โปรแกรมฯ เข้าใจง่าย มีความเข้าใจในเนื้อหาตรงกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคร่วม ประวัติการรับประทานยา ระยะเวลาที่เป็นโรค ความดันโลหิตตามกลุ่มป้องกันจราจรชีวิต 7 สี จำนวน 8 ข้อ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ

2.2 แบบวัดความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Thanasukan & Neelapaijit, 2015) โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 7 ตอน จำนวน 57 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลเอง การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น 2 ระดับตามเกณฑ์ระดับการเรียนรู้ คือ ระดับรู้แจ้ง (คะแนน $\geq 75\%$ ของคะแนนเต็ม) ระดับรู้จัก (คะแนน $< 75\%$ ของคะแนนเต็ม) โดยข้อคำถามผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) คือ .89 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84

2.3 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดพกพา ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลตรัง ใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย และใช้ผู้วิจัยคนเดียวกันในการวัดความดันโลหิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับการอนุมัติ หมายเลข 4/2565 ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยขอคัดรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ ตอบรับหรือปฏิเสธโดยที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลเอกสารจะเก็บเป็นความลับในตู้เก็บเอกสารที่ทำงานโดยล็อกกุญแจไว้ ไม่มีการบันทึกชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลนำเสนอในภาพรวมไม่สามารถสืบค้นถึงเจ้าของข้อมูลเป็นรายบุคคลได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม ผู้วิจัยขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่เดียวกันและเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างจึงเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์ จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (สัปดาห์ที่ 13 เป็นครั้งที่ 1)

ระยะทดลอง

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มควบคุมดำเนินการในสัปดาห์ที่มาตรวจตามนัด ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มาตามนัด ณ คลินิกโรคเรื้อรัง ตามขั้นตอนปกติของการให้บริการของสถานบริการ ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมดังนี้ 1) ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพชี้แจงการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือและยินยอมร่วมวิจัย 3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยตรวจวัดความดันโลหิต และให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และ 4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าพบแพทย์ตามปกติ พบพยาบาลให้คำแนะนำและเขียนใบนัดในสมุดประจำตัว ปรึกษาและกลับบ้าน โดยผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลและผู้ป่วยครั้งที่ 2 ในวันที่มาตามนัด ณ คลินิกโรคเรื้อรังคือ สัปดาห์ที่ 12

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่มาพบแพทย์ ณ คลินิกโรคเรื้อรังตามนัด (สัปดาห์ที่ 13) โดยตรวจวัดความดันโลหิตและให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ (pre-test) จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม (เช้า-บ่าย) ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตูด โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเวลาในการเข้ากลุ่มตามความสมัครใจ จำนวน 16 คู่ต่อกลุ่ม และติดตามเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (พบกลุ่มทดลอง) การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ.3 ลด ผู้วิจัยแจ้งผลค่าความดันโลหิตพร้อมแปลผลตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในกลุ่มผู้ป่วย ติดที่สำนึกแฟ้มประวัติ Family folder และสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุวิเคราะห์พฤติกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตได้และร่วมกำหนดเป้าหมาย ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. โดยการฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม การสาธิตการตรวจวัดระดับความเค็มของอาหาร การสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสม และฝึกทักษะการจัดการความเครียด พร้อมมอบคู่มือการปฏิบัติตัวเป็นภาษาถิ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้ผู้ดูแลเปิดให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน และมอบคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 3 ลด และแบบบันทึกพฤติกรรม 3 อ. 3 ลด ของผู้สูงอายุโดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกและนำมาในวันนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (พบกลุ่มทดลอง) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรม และจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. ในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าปฏิบัติได้เพิ่มขึ้นเท่าเดิม หรือน้อยลง ให้วิเคราะห์อุปสรรคพร้อมให้บอกวิธีการจัดหรือลดอุปสรรคในการขัดขวางการปฏิบัติ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ 3 ลด (ลดบุหรี่, ลดเหล้า, ลดน้ำหนักตัว) ทั้งการสืบค้นข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล และให้ความรู้ในการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 (พบกลุ่มทดลอง) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรม จัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล เพื่อสอบถามการปฏิบัติ ตรวจดูแบบบันทึกพฤติกรรม และตรวจวัดระดับความเค็มของอาหาร



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ที่บ้าน ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ให้กำลังใจ และวางแผนร่วมกันในการจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเพิ่มเติม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 (พบกลุ่มทดลอง) การจัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ สร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด ผู้วิจัยให้ผู้ดูแล ทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพครั้งที่ 2 และตรวจวัดความดันโลหิตพร้อมดูแบบบันทึกพฤติกรรม เปรียบเทียบ ค่าความดันโลหิตกับระดับสีตามเกณฑ์ป้องกันภาวะหัวใจ 7 สี โดยบันทึกค่าเป็นจุดกราฟในคู่มือของผู้ป่วย กล่าว ชื่นชมและให้กำลังใจ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเพิ่มเติม

ระยะหลังทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 (พบกลุ่มทดลองที่มาพบแพทย์ที่คลินิกชุมชนตามนัด) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเสร็จสิ้น กิจกรรมการวิจัย โดยตรวจวัดความดันโลหิตผู้สูงอายุ และให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ พร้อมแปล ผลติดสติ๊กเกอร์สีที่สนักแฟ้มประวัติ Family folder และสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย และอธิบายเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด ให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน และสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้นำพบกลุ่มควบคุมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามหลัก 3 อ. 3 ลด ตามขั้นตอนพร้อมเน้นย้ำให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลพบว่าเป็นปกติ (test of normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้สถิติ t-test for independent sample มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลพบว่าเป็นปกติ (test of normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.75 มีอายุเฉลี่ย 69.69 ปี (SD = 4.82) อยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 59.38 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 93.75 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 81.25 มีโรคร่วมร้อยละ 7.81 เป็นไขมันในเลือดสูง มียารับประทาน 3 ชนิดร้อยละ 53.17 ระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 81.25 และความดันโลหิตอยู่ในระดับสีเหลืองร้อยละ 62.50 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 อายุเฉลี่ย 46.09 ปี (SD = 9.90) อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 46.87 จบการศึกษาระดับ ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 71.86 รายได้ครอบครัว 22,968.75 บาท/เดือน (SD = 6581.91) อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 78.13 อาชีพทำสวน/กรีดยาง ร้อยละ 93.75 และมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ร้อยละ 86.87



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 มีอายุเฉลี่ย 69.88 ปี (SD = 3.75) อยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 53.13 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90.63 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.00 มีโรคร่วมร้อยละ 15.63 เป็นไขมันในเลือดสูง มียารับประทาน 3 ชนิด ร้อยละ 46.87 ระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71.88 ความดันโลหิตอยู่ในระดับ สีเหลือง ร้อยละ 62.50 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.25 อายุเฉลี่ย 43.84 ปี (SD = 4.03) อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 53.13 จบการศึกษาระดับ ปวช. ร้อยละ 68.72 รายได้ครอบครัว 18,406.25 บาท/เดือน (SD = 8560.47) อยู่ในช่วง 10,001-20,000 ร้อยละ 62.50 อาชีพทำสวน/กรีดยาง ร้อยละ 85.42 และมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ร้อยละ 93.75

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุฯ ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) เกี่ยวกับ เพศ อายุ และค่าความดันโลหิตตามระดับสีป้องกัน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) เกี่ยวกับเพศ และอายุ ทดสอบความแตกต่างทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square test ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับรู้แจ้ง (คะแนน ≥ 75 % คะแนนเต็ม) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.87 ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุฯ อยู่ในกลุ่มสีเขียวเข้ม ($BP \leq 139/89$ mmHg) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.38 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($n = 32$)

ตัวแปร	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล				
ระดับรู้จัก (คะแนน < 75 %ของคะแนนเต็ม)	29	90.62	9	28.13
ระดับรู้แจ้ง (คะแนน ≥ 75 %ของคะแนนเต็ม)	3	9.38	23	71.87
ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ				
$\leq 139/89$ mmHg (สีเขียวเข้ม)	0	0	19	59.38
140-159/90-99 mmHg (สีเหลือง)	20	62.50	12	37.50
160-179/100-109 mmHg (สีแดง)	12	37.50	1	3.12

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในกลุ่มทดลองพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (สัปดาห์ที่ 12) คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตตัวบน-ตัวล่างของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.08, p < .001$ และ $t = 6.88, p < .001, t = 2.56, p < .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมฯ (n = 32)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล	74.06	4.28	83.06	4.29	11.08	<.001*
ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้						
-Systolic blood pressure (SBP)	153.72	7.11	138.97	3.52	6.88	<.001**
-Diastolic blood pressure (DBP)	93.34	3.84	83.94	4.47	2.56	.015*

p* < .05, p** < .001

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุฯ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.07, p < .001 และ t = 9.27, p < .001, t = 2.83, p < .01 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 64)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ				หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล								
กลุ่มทดลอง (n = 32)	74.06	4.28	0.93	.358	83.06	4.29	8.07	<.001**
กลุ่มควบคุม (n = 32)	73.06	4.35			72.53	6.01		
ความดันโลหิตตัวบนของผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ (Systolic)								
กลุ่มทดลอง (n = 32)	153.72	7.11	.12	.906	138.97	3.52	9.27	<.001**
กลุ่มควบคุม (n = 32)	153.50	7.58			150.44	6.04		
ความดันโลหิตตัวล่างของผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ (Diastolic)								
กลุ่มทดลอง (n = 32)	93.34	3.40	2.08	.061	83.94	4.47	2.83	.006*
กลุ่มควบคุม (n = 32)	91.38	4.13			87.13	4.49		

p* < .01, p** < .001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วม



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

โปรแกรมฯ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและชักนำให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ๆ (Becker, 1974) ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ขั้นตอน โดยการให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการแจ้งผลการตรวจวัดความดันโลหิตและแปลผลโดยใช้เกณฑ์ป้องกันภาวะโรค 7 สี ในกลุ่มผู้ป่วย มีการติดสติ๊กเกอร์สีที่แฟ้มสุขภาพ (Family folder) และสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ มีการรับรู้ค่าความรุนแรงของสี ซึ่งเป็นสื่อสัญลักษณ์ที่จดจำได้ง่ายกว่าค่าตัวเลข ต่างจากการรับรู้แบบเดิม คือ “ผู้ป่วยจะรู้ว่าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แต่จะจดจำค่าตัวเลขไม่ค่อยได้ มักจะหลงลืมและจำค่าตัวเลขสลับกัน” แต่ในการศึกษารุ่นนี้ได้มีการแปลค่าความดันโลหิตเป็นสีของป้องกันทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจดจำได้ง่ายว่าอยู่ในสีอะไร เห็นความรุนแรงของโรคได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดยการนำสื่อสัญลักษณ์ “ป้องกันภาวะโรค 7 สี” ซึ่งเป็นสื่อที่นำ “สี” ที่ประชาชนมีความคุ้นเคย ในชีวิตประจำวันมาเป็นตัวแบ่งระดับความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้น และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Juwa et al., 2019) ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตามค่าสีของป้องกันภาวะโรค 7 สี ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความกลัว จึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรืองดเว้นการกระทำพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรค ทำให้สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคตามระดับสีลงได้ (Hirungerd et al., 2021)

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ วิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของโรคพร้อมบอกอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้เกิดการสะท้อนการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา เกิดการรับรู้และมองเห็นแนวทางในการจัดการกับอุปสรรคนั้น ๆ และตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้ความดันโลหิตลดลงในแต่ละระดับ เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติหรือสร้างโอกาสในการปฏิบัติ โดยทุกกิจกรรมผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อจะได้ตระหนักและรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับผู้สูงอายุฯ เพราะผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการกระตุ้นเตือนหรือเน้นย้ำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้ของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรม ทำให้สามารถจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้ถูกต้องเหมาะสม (Pramoonsin et al., 2020)

การศึกษารุ่นนี้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับรู้แจ้ง (คะแนน ≥ 75 % ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 9.38 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับรู้แจ้งเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.87 แสดงว่าผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการสร้างการรับรู้ประโยชน์ จัดกิจกรรมการเข้าถึงข้อมูล การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุฯ การให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์) และ 3 ลด (ลดน้ำหนัก, ลดบุหรี่, ลดสุรา) ฝึกปฏิบัติในการเลือกเมนูอาหารประจำวัน การตรวจสอบความเค็มในอาหาร การสาธิตการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เทคนิคการลดการสูบบุหรี่ การลดการดื่มสุรา การควบคุมน้ำหนักตัว และการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ การร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ เป็นการสะท้อนพฤติกรรมจากการปฏิบัติจากประสบการณ์ และสามารถนำแนวปฏิบัติของบุคคลอื่นไปปรับใช้ ทำให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอโฮห์ และคณะ (AYoh et al., 2022) พบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้คะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

การที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุฯ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้รับกำลังใจและข้อเสนอแนะเป็นรายบุคคลทำให้กล้าที่จะซักถามข้อมูลเพิ่มเติม มีการตรวจวัดความเค็มของอาหารในครัวเรือน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น สามารถกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด ทั้งการจัดหา การช่วยเหลือต่าง ๆ และกระตุ้นเตือนโดยเปิดคลิปวิดีโอภาษาถิ่นคำแนะนำ ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 3 ลด ให้ผู้สูงอายุฟังเป็นประจำทุกวัน ซึ่งคลิปวิดีโอมีภาพและการใช้ภาษาที่ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่าย การฟังบ่อย ๆ เป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ข้อมูลได้มากขึ้น กิจกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแลเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุฯ รู้สึกมีกำลังใจและมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 93.75 ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนและร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุฯ มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม

การปฏิบัติตามหลัก อ. อาหาร การลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียม เช่น ข้าวกล้อง อาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ผักโขม มะเขือเทศ เห็ด เป็นต้น ซึ่งช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวได้ดี (Houston et al., 2008) การลดอาหารที่มีไขมันสูงเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวช่วยลดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ก็จะส่งผลทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง รวมทั้ง อ. ออกกำลังกายเป็นประจำช่วยให้เยื่อหลอดเลือด (endothelium) มีความยืดหยุ่นช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ช่วยให้ความดันโลหิตลดลง 4-7 มิลลิเมตรปรอท (Pescatello et al., 2015) และ อ. อารมณ์ การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทำให้ลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติลดลงส่งผลให้สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศราพงษ์ เป็นพุ่มพวง และคณะ (Penpoompaung et al., 2023) พบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับการกระตุ้น การช่วยเหลือ คำพูดชักจูง รวมถึงข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคคลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น ส่งผลให้สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ ในส่งผลให้สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้

ดังนั้น เมื่อมีการติดตามตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสัปดาห์ที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ มีระดับความดันโลหิตที่มีการเปลี่ยนค่าความรุนแรงของสistolเป็นสีเขียวเข้ม ($BP \leq 139/89$ mmHg) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.38 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน-ตัวล่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าลดลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีการสะท้อนผลการปฏิบัติโดยดูจากคู่มือการบันทึกพฤติกรรม และแสดงผลความดันโลหิตเป็นกราฟเส้นในสมุดคู่มือการปฏิบัติฯ ของผู้สูงอายุฯ ตามแถบสีของป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุฯ เห็นแนวโน้มของกราฟเส้นที่ลดลงซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้มีกำลังใจในการปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่องมองเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

การเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการจากสถานบริการตามปกติ ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และแจ้งผลค่าความดันโลหิตว่าควบคุมได้หรือไม่ได้ พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการ



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการนัดตรวจครั้งต่อไปสัปดาห์ที่ 12 ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ จึงไม่ได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดูแล รวมทั้งไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเหมือนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตตัวบน-ตัวล่าง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ ลดลงและดีกว่ากลุ่มควบคุม สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยออกแบบการศึกษาเป็นแบบวัดซ้ำเพื่อติดตามประเมินระดับความดันโลหิต

References

- AYoh, N., Sittisart, V., & Na Wichian, S. (2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing Suphanburi*, 5(2), 129-139. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/260549> (in Thai)
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508. <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Bunpoke, J., Kaedjuna, H., Nakarach, B., Thesara, K., Threekhoa, W., & Lunarun, R. (2021). *The KPI template to control service quality of performance non- communicable diseases (Diabetes Mellitus and Hypertension) Fiscal year 2021*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211006043036.pdf> (in Thai)
- Deeken, F., Rezo, A., Hinz, M., Discher, R., & Rapp, M. A. (2019). Evaluation of technology-based interventions for informal caregivers of patients with dementia-a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 426-445.
- Department of Disease Control. (2020). *Annual Report 2022*. <https://ddc.moph.go.th/dncd/> (in Thai)



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

- Hirungerd, S., Vutiso, P., & Srimongkol, M., (2021). The effects of health belief model program on knowledge, stroke prevention behavior and blood pressure levels in hypertensive patients the responsibility area of Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(1), 478-487. (in Thai)
- Houston, M. C., & Harper, K. J. (2008). Potassium, magnesium, and calcium: Their role in both the cause and treatment of hypertension. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich.)*, 10(7 Suppl 2), 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.08575.x>
- Intaboot, K. (2020). The effect of a self-management and social support program on new hypertension cases with uncontrolled blood pressure. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima*, 26(1), 73-83. (in Thai)
- Juwa, S., Wongwat, R., & Manoton, A. (2019). The effectiveness of the health behavior change program with 7 colors ball tool on knowledge, health belief and behavior related to the prevention and control of hypertension and diabetes mellitus, in Maeka Sub-District, Muang District, Phayao Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(2), 127-141. (in Thai)
- Kassahun, C. W., Asasahegn, A., Hagos, D., Ashenafi, E., Tamene, F., Addis, G., & Endalkachew, K. (2020). Knowledge on hypertension and self-care practice among adult hypertensive patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital, Ethiopia, 2019. *International Journal of Hypertension*, 2020, 5649165. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32373351/>
- Kongai, A., Kamdaeng, P., Lorga, T., Apiwongwarn, P., Satijasakulrat, S., Naunboonruang, P., & Anuwatnonthakate, A. (2023). Hypertension literacy and self-management among older persons living with hypertension, Mae Hong Son Province: A critical incident technique qualitative study. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*, 41(4), 1-15. (in Thai)
- Magteppong, W., Nanudorn, A., & Pounsamai, P. (2022). The development of the pattern of family roles in caring for elderly persons with hypertension through family participation. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(2), 101-116. (in Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Division of Health Education. (2015). *Health literacy evaluation and promotion*. Printery of Division of Health Education.
- Musini, V. M., Tejani, A. M., Bassett, K., Puil, L., & Wright, J. M. (2019). Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD000028. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000028.pub3> (in Thai)
- Penpoompaung, I., Inkoom, J., & Jaisangad, S. (2023). Effects of a perceived self-efficacy, disease knowledge, and social support enhancement program on knowledge, self-care behaviors, and blood pressure among the older adults with uncontrolled hypertension. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 30(3), 118-134. (in Thai)



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล
และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

- Pescatello, L. S., MacDonald, H. V., Lamberti, L., & Johnson, B. T. (2015). Exercises for hypertension: A prescription update integrating existing recommendation with emerging research. *Current Hypertension Report*, 17(11), 87. <http://doi/10.1007/s11906-015-0600-y>
- Pramoonsin, O., Tamdee, D., & Aungwattana, S. (2020). Effects of participatory learning of family members on knowledge and practice in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension. *Nursing Journal*, 47(3), 314-326. (in Thai)
- Public health office of Trang. (2020). *The report of chronic patient data 2019*. <http://tro.moph.go.th/provis/main/index.php> (in Thai)
- Tanak, L., Koshakri, R., & Jewpattanakul, Y. (2020). Factors related to health literacy among high-risk hypertension population in Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(3), 140-150. (in Thai)
- Thamrongchaichana, J. (2021). A development of exercise program applying social support theory among the elderly person with hypertension in Ban Had District, Khon Kaen Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 6(2), 23-29. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/872/467> (in Thai)
- Thanasukan, C., & Neelapaijit, N. (2015). *The development of health literacy measurement tool for diabetes mellitus and hypertensive of patients*. <https://www.nkp-hospital.go.th/H.ed/mFile/20180122115054.pdf> (in Thai)
- Turner, K., Charoensuk, S., Polthana, P., Nitirat, P., & Howharn, C., (2022). Conceptual framework of health policy for health promotion with PBRI Model by integrating with higher education missions into healthy communities, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 5(3), 204-208. (in Thai)



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities* ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน*

สุทธาทิพย์	ใหม่คำ**	Suthathip	Maikham**
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***
นพมาศ	ศรีเพชรวรรณดี****	Noppamas	Sripetchwandee****

Abstract

Enhancing effective food literacy on dietary behaviors among groups at risk for hypertension is important for leading to improved health for people. This quasi-experimental research study, with a two-group pretest-posttest design, aimed to compare food consumption behavior scores for an experimental group, before and after receiving a food literacy enhancing program, and to compare the food consumption behavior scores between the experimental and control groups after they had undergone the program for a period of 8 weeks. The participants consisted of adults aged 35-59 years who were identified as being at risk for hypertension. A total of 48 participants were selected, and divided evenly into 24 for the experimental group and 24 for the control group. Research tools included 1) a program for enhancing food literacy, based on the health literacy framework of Nutbeam combined with food literacy from Fingland et al.; 2) a manual on food literacy for those at risk of hypertension in the community; 3) video media; and 4) a food consumption log. Data collection tools were comprised of a general information questionnaire and a food consumption behavior questionnaire. The content validity index of the tools was .97, and the reliability, as measured by Cronbach's alpha coefficient, was .84. Data was analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The findings revealed that the experimental group had a higher mean score for food consumption behavior ($M = 4.12$, $SD = 0.17$) than before receiving the program ($M = 3.40$, $SD = 0.21$). Their score was also significantly higher than that of the control group ($M = 3.37$, $SD = 0.18$), with statistical significance ($p < 0.001$).

The study results showed that the food literacy enhancing program could be effectively used as a guideline to modify food consumption behaviors among groups at risk of hypertension in communities.

Keywords: Food literacy; Dietary behaviors; High-risk group for hypertension

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

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

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

Received 20 September 2023; Revised 20 November 2023; Accepted 23 November 2023



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

บทคัดย่อ

การส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นหัวใจหลักของการนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน การศึกษาทั้งสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 24 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทพิม ร่วมกับความรอบรู้ด้านอาหารของ ฟิงแลนด์ และคณะ 2) คู่มือความรู้ด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 3) สื่อวีดิทัศน์ 4) แบบบันทึกการบริโภคอาหาร เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .97 และค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($M = 4.12$, $SD = 0.17$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 3.40$, $SD = 0.21$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.37$, $SD = 0.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sivaporn.a@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 20 กันยายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 20 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 23 พฤศจิกายน 2566



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม อีกทั้งมีแนวโน้มเกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1998) ได้ประมาณการณ์ไว้ว่าในปีพ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 25.4 เท่ากับว่า 1 ใน 4 ของคนไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและในจำนวนนี้เกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วย นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนทางสมอง หัวใจ ไต และตาได้ (Ministry of Public Health, 2019) รวมถึงส่งผลกระทบด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

ผลจากการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จากการคัดกรองในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,311,219 คน (ร้อยละ 7.69) และจากข้อมูลสถิติเขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดสกลนคร ผลการดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35-59 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2562-2565 พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 3.08, 3.76, 3.97, และ 4.22 จะเห็นได้ว่าประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Ministry of Public Health, 2021) ซึ่งกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กลุ่มประชากรที่มีระดับความดันโลหิตในขณะที่ยืนหรือค่าความดันซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะที่ยืนหรือค่าความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท (Thai Hypertension Society, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระห์ และคณะ (Arahung et al., 2018) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญที่จะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเกิดผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการปฏิบัติดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยองค์การอนามัยโลกให้นิยามความรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) แนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการวัดหรือประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) มีความชัดเจนขึ้นเมื่อจำแนกทักษะออกเป็น 6 ทักษะ ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กล่าวคือ หากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เพียงพอส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (Thongma, 2020) หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสถานะโดยรวม

จากรายงานสถานการณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าประชากรไทยส่วนใหญ่บริโภคอาหารประเภทหวาน รสมัน รสเค็ม โดยจากรายงานสถานการณ์



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

การบริโภคอาหารรสหวาน พบว่าโดยเฉลี่ยมีปริมาณน้ำตาลสูงมากเฉลี่ย 9-19 กรัม/100 มิลลิลิตร คือ ไม่ควรมีน้ำตาลมากกว่า 6 กรัม/100 มล. การบริโภคอาหารรสมันพบว่า การบริโภคไขมันเฉลี่ย 45.6 กรัม ต่อคนต่อวัน หรือกล่าวได้ว่าประชากรไทยได้พลังงานจากไขมันถึง 409.4 กิโลแคลอรี และการบริโภคอาหาร รสเค็มประชากรไทยได้รับเกลือเฉลี่ยจากการรับประทานอาหาร 10.8 กรัม ต่อวันต่อคน คิดเป็นปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้มากถึง 4,351.69 มิลลิกรัมต่อวันต่อคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชากรไทยได้รับเกลือในปริมาณที่มากกว่าปริมาณที่แนะนำต่อวันเกือบ 2 เท่า จนก่อให้เกิดการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Ministry of Public Health, 2019) และวัฒนธรรมของคนชนบทที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากแบบแผนพฤติกรรมการบริโภคและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ (Ministry of Public Health, 2020)

พฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ด้านสุขภาพที่สะท้อนถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง (Visedkaew & Muktabhant, 2020) โดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านอาหารของ ฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) กล่าวว่าการพัฒนาความก้าวหน้าของความรู้ด้านอาหาร สามารถอธิบายความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่ใช้เพื่อตอบสนองความต้องการด้านอาหารให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงองค์ประกอบเหล่านี้ เพื่อพยายามสะท้อนถึงอาหารและการรับประทานอาหารร่วมสมัยได้ดียิ่งขึ้นและสะท้อนถึงผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับอาหารที่หลากหลายตั้งแต่ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปจนถึงทักษะการดำรงชีวิต

แนวคิดเรื่องความรู้ด้านอาหารประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวางแผนและการจัดการอาหาร 2) การเลือกอาหาร 3) การเตรียมอาหาร และ 4) การบริโภคอาหาร รวมถึงความสามารถในการอ่าน วิเคราะห์ และแปลความหมายข้อมูลโภชนาการอย่างเข้าใจ เพื่อตอบสนองความต้องการและการกำหนดการบริโภค โดยตัดสินใจจากข้อมูลด้านอาหารและบริบทสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสม เพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการคือการนำมาใช้ในการดูแลบำรุงสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (Youngiam & Abdullakassim, 2021) และการศึกษาของ เบกเลย์ และคณะ (Begley et al., 2019) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ใหญ่ซึ่งครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การวางแผนและการจัดการ การคัดเลือก การเตรียม การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ใหญ่มีประสิทธิผลเพียงใดในการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ได้เลือกสรร การวิเคราะห์ทางสถิติระบุว่าคะแนนหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และประยุกต์ร่วมกับแนวคิดความรู้สุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ทั้ง 6 ทักษะ ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการส่งเสริมจนเกิดเป็นความรู้ด้านอาหารและสามารถนำทักษะความรู้ด้านอาหารนั้นไปประยุกต์ใช้กับตัวบุคคลได้อย่างเหมาะสมและนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ดังนั้น กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารให้เกิดทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ชุมชน ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพในลักษณะบูรณาการเป็นบริการแบบองค์รวมอย่าง



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ต่อเนื่อง จึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการดูแลและป้องกันการเกิดโรค โดยนำรูปแบบความรู้ด้านอาหารประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ทำให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ (Health Education Division, 2015) ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีสุขภาพดีขึ้น รวมถึงการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารในการขยายผลพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจเพื่อสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพื่อส่งเสริมการค้นหาสืบค้นข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้านการบริโภคอาหาร 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อส่งเสริมทักษะการเลือกใช้สื่อด้านการบริโภคอาหาร 5) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อกระตุ้นวิธีการแก้ไขปัญหาและการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และ 6) ทักษะการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมและการประเมินปัญหารวมถึงกำหนดทางเลือกในด้านการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านอาหารของ ฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนและการจัดการอาหาร 2) การเลือกอาหาร 3) การเตรียมอาหาร และ 4) การบริโภคอาหารที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยแต่ละทักษะพัฒนาทำให้เกิดความรู้และทักษะที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการเกิดกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังได้รูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ต่อไป



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่จังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยคัดเลือกจาก 18 อำเภอ โดยสุ่มอย่างง่ายได้ อำเภอวานรนิวาสซึ่งมีทั้งหมด 14 ตำบลโดยสุ่มจาก 18 รพ.สต. โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มทดลองคือ รพ.สต.บ้านทุ่งโพธิ์ พบว่า มีจำนวน 110 ราย และได้กลุ่มควบคุมคือ รพ.สต.บ้านโพธิ์พบว่ามีจำนวน 202 ราย โดยกลุ่มประชากรมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ สภาพ สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน จากนั้นผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมการวิจัยและสอบถามการตอบรับ การปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยเปิดรับการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามจำนวนที่ต้องการ และดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติให้ครบตามที่กำหนดเสร็จสิ้นก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นประชาสัมพันธ์เปิดรับการเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากการศึกษาของ รุ่งนภา อาระหัง และคณะ (Arahung et al., 2018) ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน กำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น 0.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) 0.85 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) 0.80 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G * Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง (dropout rate) ร้อยละ 20 (Sookpool et al., 2020) ดังนั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน ภายหลังสิ้นสุดการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการขาดหายไป 6 ราย และกลุ่มควบคุมมีการขาดหายไป 6 ราย รวมจำนวน 12 ราย เนื่องจากติดภารกิจส่วนตัวไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกขั้นตอนจึงได้กลุ่มทดลอง 24 รายและกลุ่มควบคุมมีการขาดหายไป 6 ราย รวมจำนวน 18 ราย เนื่องจากติดภารกิจส่วนตัวในสัปดาห์สุดท้าย จึงได้กลุ่มควบคุม 24 ราย และดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติให้ครบตามที่กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่

1. วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งชายและหญิง
2. มีความสามารถในการสื่อสารได้เป็นปกติ เช่น ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. มีอุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต ที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม (withdrawal criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอนตามระยะเวลาโปรแกรมฯ และมีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วย หรือย้ายถิ่นฐานที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 1.1 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ทั้ง 6 ทักษะ โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านอาหารของ ฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบประกอบด้วย 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการตัดสินใจ

ในด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระยะดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

- 1.2 คู่มือความรู้ด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
- 1.3 สื่อวีดิทัศน์ความรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
- 1.4 แบบบันทึกการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บุคคลที่ทำอาหารให้รับประทาน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสอบถามที่พัฒนามาจากของ ฉันทยัสิตา ยอดอ่อน และ มุกดา หนูยศรี (Yod-on & Nuysr, 2020) มีข้อคำถามทั้งหมด 51 ข้อ โดยลักษณะคำถามมีความสอดคล้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมี 5 ตัวเลือกในลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวกคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4, 5 ดังนี้ 1) ไม่ได้ปฏิบัติ 2) ปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง 3) ปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบางครั้ง 4) ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 5) ปฏิบัติ 7 วัน ต่อสัปดาห์ ปฏิบัติทุกครั้ง ตามลำดับ และคะแนนพฤติกรรมด้านลบคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, 1 ดังนี้ 1) ไม่ได้ปฏิบัติ 2) ปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง 3) ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบางครั้ง 4) ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 5) ปฏิบัติ 7 วันต่อสัปดาห์ปฏิบัติทุกครั้ง ตามลำดับ และการแปลผลระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังต่อไปนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ระดับพฤติกรรมมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ระดับพฤติกรรมมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับพฤติกรรมปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ระดับพฤติกรรมน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 071/2566 จากนั้นดำเนินการขออนุญาตกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้จนกว่าจะเกิดความกระจ่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลไม่ถูกเปิดเผยและเก็บข้อมูลจนกว่าผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์จึงถูกทำลาย ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยในภาพรวมและนำเสนอผลงานทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแพง สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และชี้แจงขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม pre-test สัปดาห์ที่ 2-7 ไม่มีกิจกรรมและการนัดหมาย และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม post-test ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและพร้อมกล่าวยุติการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือความรู้ด้านการบริโภคอาหารและให้สุศึกษาเป็นรายกลุ่ม และแนะนำการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงซ้ำภายใน 6 เดือน



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ใช้ระยะเวลาดำเนินการภายใน 8 สัปดาห์ ดังนี้ ผู้วิจัย ขออนุญาตและกลุ่มตัวอย่างในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามและตอบแบบสอบถาม Pre-test ใช้เวลา 30 นาที ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโพธิ์ จากนั้นดำเนินกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการเข้าสู่ขั้นนำโปรแกรม โดยเสนอสถานการณ์ปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง และดำเนินกิจกรรมกลุ่ม “จะต้องปฏิบัติตนอย่างไรบ้างเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง” พร้อมให้เหตุผลประกอบและให้ตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอและสรุปผล (ใช้เวลา 30 นาที) จากนั้นดำเนินกิจกรรมที่ 1 ทักษะความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดทักษะความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยบรรยายให้กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ เพื่อกระตุ้นการอ่าน คิด วิเคราะห์และร่วมกันอภิปรายและแบ่งเป็น 8 กลุ่ม กลุ่มละ 3 คน ออกมานำเสนอกลุ่มละ 5 นาที เมื่อเสร็จสิ้นผู้วิจัยสรุปผล (ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร วัตถุประสงค์สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องแหล่งสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตรวมถึงวิธีการค้นหาและเข้าถึงผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ Google, YouTube, website หรือแหล่งสืบค้นอื่น ๆ เช่น สื่อสุขศึกษา คู่มือต่าง ๆ และผู้วิจัยสาธิตและฝึกการสืบค้นข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือ หลังจากนั้นฝึกกิจกรรมการค้นหาการเข้าถึงข้อมูลแล้วให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มทั้งหมด 4 กลุ่ม แล้วแบ่งกลุ่มดำเนินกิจกรรมแล้วให้ตัวแทน กลุ่มละ 2 คน แล้วออกมานำเสนอวิธีการสืบค้น ฝึกการเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูลที่น่าเชื่อถือและสรุปผล (ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 1 ทักษะการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร วัตถุประสงค์เพื่อให้มีการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร และสามารถเลือกแนวทางปฏิบัติส่งผลต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเองจากบุคคลต้นแบบได้อย่างถูกต้อง โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เทคนิคการสื่อสารที่สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ และใช้กิจกรรมบุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์ โดยใช้ใบงานและฝึกการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยแบ่งกลุ่มละ 3 คน ทั้งหมด 8 กลุ่ม ออกมาวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียจากนั้นสรุปผลการดำเนินกิจกรรม (ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในด้านการบริโภคอาหาร วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดทักษะการรู้เท่าทันสื่อในด้านการบริโภคอาหารและสามารถเลือกวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของสื่อโฆษณาไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยใช้สื่อจากรูปภาพด้านการบริโภคอาหาร พร้อมทั้งยกตัวอย่างสื่อจากภาพที่ให้ประโยชน์และให้โทษ และดำเนินกิจกรรมกลุ่มฝึกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ออกมานำเสนอทั้งหมด 4 กลุ่ม กลุ่มละ 3 คน โดยวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียร่วมอภิปรายและสามารถเลือกแนวทางการปฏิบัติที่ส่งผลดี จากนั้นผู้วิจัยสรุปผล (ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 1 ทักษะการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดทักษะการจัดการตนเอง และสามารถแลกเปลี่ยนหาแนวทางในการปฏิบัติในด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม จากนั้นดำเนินกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองฝึกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ออกมานำเสนอทั้งหมด 4 กลุ่ม กลุ่มละ 2 คน และผู้วิจัยสรุปกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง หลังจากนั้นดำเนินการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมายโดยกำหนดเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง จากนั้นให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนกลุ่ม 2 คนออกมานำเสนอ เมื่อเสร็จสิ้นผู้วิจัยอธิบายพร้อมสอนวิธีการบันทึกการบริโภคอาหารและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย (ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง)



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors
Among Groups at Risk of Hypertension in Communities
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 2 ทักษะการตัดสินใจในด้านการบริโภคอาหาร วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดทักษะการตัดสินใจในด้านการบริโภคอาหารและสามารถเลือกแนวทางการปฏิบัติและตัดสินใจในการบริโภคที่ส่งผลดีต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินกิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยใช้สถานการณ์ตัวอย่างกระตุ้นให้ในแต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นและบอกเหตุผลประกอบการตัดสินใจ ข้อดี-ข้อเสียของทางเลือกการบริโภคหลังจากนั้นให้ออกมานำเสนอ กลุ่มละ 1 คน แสดงความคิดเห็นและร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญโดยหาข้อตกลงและผู้วิจัยสรุปประเด็น (ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 4-7 กิจกรรม ติดตามสมาชิกเป็นรายกลุ่มโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการติดตามและการบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งหมด 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน (ใช้เวลาดำเนินการ 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมการทำแบบสอบถาม post test และสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้รับการเรียนรู้ กล่าวปิดกิจกรรมพร้อมยุติการวิจัย (ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติทดสอบ โดยใช้สถิติทดสอบ Fisher exact test และ Chi square ตามข้อตกลงเบื้องต้น

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติจึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test ในการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.67 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และกลุ่มควบคุม อยู่ในช่วงอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 45.83 อายุเฉลี่ย 51.62 ปี (SD = 4.74) และกลุ่มทดลอง อยู่ในช่วงอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 50.04 ปี (SD = 5.98) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 54.17 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 83.33 เท่ากัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท ในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 37.50 และในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 70.84 บุคคลที่ทำอาหารให้รับประทานให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานด้วยตัวเอง ในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 100 และในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 95.83 เมื่อนำลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พบว่า เนื่องจากข้อมูลไม่ได้แจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้วิธีการทดสอบโดยสถิติทดสอบ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks test ดังตารางที่ 1



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors
Among Groups at Risk of Hypertension in Communities
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
(n = 48)

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		p-Value
	M	SD	M	SD	
กลุ่มควบคุม	3.35	0.22	3.37	0.18	0.424
กลุ่มทดลอง	3.40	0.21	4.12	0.17	<0.001*

หมายเหตุ * = $p < 0.001$

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ที่ค่าเฉลี่ย 3.40 (SD = 0.21) และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมฯ ที่ค่าเฉลี่ย 4.12 (SD = 0.17)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้วิธีการทดสอบโดยสถิติทดสอบ Mann-Whitney U test ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=48)

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ		กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ		p-value
	M	SD	M	SD	
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	3.35	0.22	3.40	0.21	0.439
หลังได้รับโปรแกรมฯ	3.37	0.18	4.12	0.17	<0.001*

หมายเหตุ * = $p < 0.001$

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 3.35 (SD = 0.22) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 3.40 (SD = 0.21) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p = 0.439$) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 4.12 (SD = 0.17) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 3.37 (SD = 0.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ทั้ง 6 ทักษะและประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านอาหารของ



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบ โดยจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะไว้ในโปรแกรมฯ กิจกรรมต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. ทักษะความรู้ความเข้าใจในด้านการบริโภคอาหาร ดำเนินกิจกรรมช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ฝึกการเรียนรู้จากกิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกวิเคราะห์หาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง และฝึกการวิเคราะห์ด้านการวางแผนและการจัดการอาหาร การเลือกอาหาร การเตรียมอาหารและการบริโภคอาหาร และร่วมกันอภิปรายผลทำให้เกิดทักษะความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ทักษะนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ (Thongkao et al., 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่อ่อนต้น ผลการศึกษาพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลในด้านการบริโภคอาหาร ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องแหล่งสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตรวมถึงวิธีการค้นหาและเข้าถึงผ่านช่องทางต่าง ๆ และผู้วิจัยสาธิตเพื่อเพิ่มประสบการณ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น หลังจากนั้นฝึกการสืบค้นข้อมูลจนสามารถเข้าถึงข้อมูลและสามารถตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ หมั่นมี และคณะ (Manmee et al., 2021) ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านโภชนาการโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้ด้านโภชนาการโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านแอปพลิเคชันการจำแนกประเภทอาหาร ระบบ Android หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านการจำแนกประเภทอาหารสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

3. ทักษะการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เรื่องเทคนิคการสื่อสารเกี่ยวข้องกับการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหารและใช้บุคคลต้นแบบเล่าสถานการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่างและฝึกการสื่อสารและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล และคณะ (Dejpitak-sirikul et al., 2022) ที่ศึกษาผลของประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า จำเป็นต้องยกระดับความฉลาดทางสุขภาพให้สูงขึ้น ด้วยวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ร่วมกับการฝึกฝนทักษะการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการจัดการกับสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง

4. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในด้านการบริโภคอาหาร ดำเนินกิจกรรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย ใช้สื่อจากรูปภาพด้านการบริโภคอาหารที่ให้ประโยชน์และโทษ มีความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภัสร์ บัวประดิษฐ์ และ สุรศักดิ์ เส่าแก้ว (Buapradit & Saokaew, 2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนารู้เท่าทันสื่อโฆษณาต่อพฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในจังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพและการโฆษณาของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

5. **ทักษะการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร** ดำเนินกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างฝึกกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ถูกต้อง และปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และดำเนินการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมายรวมถึงมีการบันทึกการบริโภคอาหารตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธินันท์ คอดริงตัน และคณะ (Codrington et al., 2021) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า มีความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์และการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

6. **ทักษะการตัดสินใจในด้านการบริโภคอาหาร** ดำเนินกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างฝึกกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ วิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของทางเลือกการบริโภคอาหารและหลีกเลี่ยงเพื่อให้มีสุขภาพดีพร้อมบอกเหตุผลประกอบการตัดสินใจได้ หลังจากนั้นใช้สถานการณ์ตัวอย่างเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎีวัฒน์ แก้วอินทร์ และคณะ (Kaew-in et al., 2019) ที่ศึกษาพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภคในการบริโภคอาหารอีสานในเขตเทศบาลจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า มีการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการดำเนินกิจกรรมติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นการกระตุ้น ชักจูงหรือโน้มน้าวให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ ซึ่งมีเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งมีแบบบันทึกการบริโภคอาหาร จนทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลชนก เจริญวงษา และคณะ (Charoenwongsa et al., 2022) ที่ศึกษาผลจากการเสริมสร้างปัจจัยด้านความเชื่อโดยการให้ความรู้และแนะนำตัวแบบที่มีสุขภาพดี การปฏิบัติส่งข้อความกระตุ้นเตือนและการติดตามสอบถามโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์พบว่า ผลจากการดำเนินโปรแกรมฯ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กริช เรืองไชย และ อภิญญา อุดระชัย (Ruangchai & Uttarachai, 2020) ที่ใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานพบว่า ปริมาณการบริโภคอาหารส่งผลต่อสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ทั้ง 6 ทักษะ ร่วมกับความรอบรู้ด้านอาหารของ ฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบ ครอบคลุมตั้งแต่การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้กลุ่มทดลองเกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ จนเกิดองค์ความรู้ เกิดทักษะและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจนนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการวิจัยทางพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors Among Groups at Risk of Hypertension in Communities ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในระยะ 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นระยะๆ ต่อไป
2. ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการใช้ยา เป็นต้น

References

- Arahung, R., Hoontrakul, S., & Roojanavech, S. (2018). The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(3), 509-526. (in Thai)
- Begley, A., Paynter, E., Butcher, L. M., & Dhaliwal, S. S. (2019). Effectiveness of an adult food literacy program. *Nutrients*, 11(4), 797. <https://doi.org/10.3390/nu11040797>
- Buapradit, A., & Saokaew, S. (2020). Effects of the program for media literacy in advertising on consumption behavior of health products among elderlies using line application in Nakhon Nayok. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 12(4), 932-942. (in Thai)
- Charoenwongsa, K., Wirojratana, V., & Wattanakitkrileart, D. (2022). The effect of a medication adherence promotion program through the line application on older persons with essential hypertension. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 313-325. (in Thai)
- Codrington, S., Panuthai, S., & Khampolsiri, T. (2021). Health literacy and self-management among elderly monks with hypertension. *Nursing Journal*, 48(4), 268-280. (in Thai)
- Dejpitaksirikul, S., Sinthuchai, S., & Ubolyam, D. (2022). Effective communication to enhance health literacy in diabetic older adults with high blood pressure. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 32(1), 1-13. (in Thai)
- Fingland, D., Thompson, C., & Viden, H. A. (2021). Measuring food literacy: Progressing the development of an international food literacy survey using a content validity study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1141. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031141>
- Health Education Division. (2015). *Guidelines for promoting health literacy and developing health behaviors in health management subdistrict*. <http://www.hed.go.th>
- Kaew-in, D., Chaimadee, T., Siriprayoonsak, M., Donghong, K., Namuangrak, W., & Promtet, T. (2019). Consumer's behavior of decision-making in consuming Northeastern food in Mueang Udon Thani Municipality, Udon Thani. *Journal of That Phanom Review*, 3(2), 207-223. (in Thai)



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors
Among Groups at Risk of Hypertension in Communities
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

- Manmee, C., Niramitmahapanya, S., Sickamann, O., & Srithong, H. (2021). Development of nutrition knowledge-based learning model by information technology for blood sugar control among diabetic patients. *Journal of the Department of Medical Services*, 46(1), 52-63. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2019). *NCD annual_report2019*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- Ministry of Public Health. (2020). *NCD annual_report2020*. Ministry of Public Health.
- Ministry of Public Health. (2021). *Statistical information of the Sakon Nakhon Provincial Public Health Office, Health District 8*. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Ruangchai, K., & Uttarachai, A. (2020). Physical activity and food consumption affect to health status in worker at Khlong Luang, Pathum Thani. *Research and Development Health System Journal*, 13(1), 354-359. (in Thai)
- Sookpool, A., Kingmala, C., Pangsuk, P., Yeanyoun, T., & Wongmun, W. (2020). Effectiveness of health literacy and health behavior development program for working people. *Journal of Health Science*, 29(3), 420-429. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension*. <http://www.thaihypertension.org/files/442.HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf> (in Thai)
- Thongkao, S., Kimsungnoen, N., & Namjuntra, R., (2021). Effects of educative-supportive program on self-care behaviors and blood pressure levels among young adult patients with uncontrolled hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(2), 73-87. (in Thai)
- Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 50-62. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/243809/165725> (in Thai)
- Visedkaew, K., & Muktabhant, B. (2020). Association between nutrition literacy and the consumption of snacks and sweetened beverages among undergraduate students in the health sciences faculties of Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal*, 35(2), 183-192. (in Thai)
- World Health Organization. (1998). *Health promoting glossary*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- Yod-on, T., & Nuysr, M. (2020). The effects of behavioral modification in food consumption program in uncontrolled hypertension patients, Nongmamong District, Chainat Province. *Research and Development Health System Journal*, 13(2), 388-399. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/255099/173300> (in Thai)
-



Effect of a Food Literacy Enhancing Program on Dietary Behaviors
Among Groups at Risk of Hypertension in Communities
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

Youngiam, W., & Abdullakasim, P. (2021). Effects of the “I See Right Sodium” program on sodium consumption behavior among university students in Lower Northern Region, Thailand. [Doctoral dissertation, Burapha University]. https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/61810007.pdf



Effect of a Bilingual Learning Multimedia Innovation Package on Vegetarian Dietary Practices Among Karen at Risk of Hypertension in Bann Phra bat Huai Tom, Lamphun Province*

ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประกอบการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัติของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน*

ชนัญชิตา	ชัตกัณฑ์**	Chananchida	Katkanta**
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***
วิลาวลัย	เดือนราษฏร์****	Wilawan	Tuanrat****

Abstract

Assessing health information enables individuals to learn and apply that knowledge to maintain good health. A bilingual learning multimedia innovation for Karen people, who are unable to communicate in Thai or only communicate in Thai to a limited extent, will help this population access health information. This quasi-experimental study used a two-group pretest-posttest design aiming to compare the vegetarian dietary practices of a group that received an innovative bilingual multimedia set before and after the experiment and to compare the vegetarian dietary practices between an experimental group and a control group over a 4-week period. The participants included 40 Karen people at risk of hypertension living in Bann Phra Bat Huai Tom, Lee district, Lamphun province, selected by purposive sampling, with 20 persons in the control group and 20 persons in the experimental group. The research instrument was a bilingual multimedia innovation regarding the practice of vegetarian cuisine consumption for Karen people at risk of hypertension, developed by the researcher from a product innovation concept and consisting of a bilingual education handbook (Thai-Karen language), a voice clip in Karen, bilingual still image media (Thai-Karen language), and a language test that was developed using the back translation principle by a general practice nurse who is bilingual. The content validity index of the questionnaire on the practice of vegetarian cuisine consumption was .9, and the Cronbach's alpha coefficient was .81. Descriptive statistics were used for data analysis and included paired t-test and independent t-test.

The study results indicated that, for the experimental group, the mean posttest score ($M = 71.25$, $SD = 8.95$) was higher than that of the mean pretest score ($M = 57.23$, $SD = 6.87$), and higher than that of the control group ($M = 60.0$, $SD = 9.12$) with statistical significance ($p < .05$).

The results show that the bilingual learning multimedia innovation can be integrated to educate Karen people with hypertension to learn, leading to the practice of vegetarian food consumption according to the principles and ways of the community.

Keywords: Multimedia innovation; Vegetarian dietary practices; Karen at risk of hypertension

* Master's Independent Study, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University,

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

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

Received 20 July 2023; Revised 23 November 2023; Accepted 27 November 2023



ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

บทคัดย่อ

การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี นวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาสำหรับชาวกะเหรี่ยง ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้น้อย จะช่วยให้ชาวกะเหรี่ยงเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ การวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัด ก่อนหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัตของกลุ่มที่ได้รับ นวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านพระบาทห้วยต้ม อำเภอเถลิง จังหวัดลำพูน คัดเลือกโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย นวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารสำหรับชาวกะเหรี่ยง กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการพัฒนานวัตกรรมเชิงผลิตภัณฑ์ ประกอบด้วย คู่มือ การเรียนรู้สองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) คลิปเสียงภาษากะเหรี่ยง และสื่อภาพนิ่งสองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) ที่ผ่านการพัฒนาด้านภาษาจากพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ที่สามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดี โดยใช้หลักการแปล ย้อนกลับ และแบบสอบถามการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต ที่มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .9 และมีค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ paired t-test และ independence t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลอง ($M = 71.25$, $SD = 8.95$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 57.23$, $SD = 6.87$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 60.00$, $SD = 9.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาเรื่องการบริโภคอาหารมังสวิรัตสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำมาบูรณาการให้ความรู้กับชาวกะเหรี่ยงกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ให้เกิดการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารมังสวิรัตตามหลักการและวิถีชุมชนได้

คำสำคัญ: นวัตกรรมชุดสื่อประสม การบริโภคอาหารมังสวิรัต ชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

* การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sivaporn.a@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 20 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 23 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 27 พฤศจิกายน 2566



ความเป็นมาและความสำคัญ

กลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มชนชาติที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทยมาตั้งแต่อดีต ในภาคเหนือ กลุ่มชาติพันธุ์ที่พบมากที่สุดคือชนชาติกะเหรี่ยง ชุมชนพระบาทห้วยต้มเป็นชุมชนชาวกะเหรี่ยงหนึ่งที่อาศัยในอำเภอฝาง จังหวัดลำพูน โดยมีความเชื่อด้านศาสนา วัฒนธรรม และประเพณี เชื่อมโยงกับการบริโภคอาหารมังสวิรัต จากธรรมเนียมการปฏิบัติและคำบอกเล่าเชื่อว่าการบริโภคอาหารมังสวิรัตช่วยให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งอัตลักษณ์นี้ทำให้ชาวกะเหรี่ยงบ้านพระบาทห้วยต้มแตกต่างจากชาวกะเหรี่ยงกลุ่มอื่น จากการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพชุมชนพบว่า ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาลำดับที่ 1 ที่ควรได้รับการแก้ไขในชุมชน จากการศึกษาข้อมูล NCD clinic plus พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,272 ราย กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 430 ราย (HDC: Lamphun Provincial Public Health Office, 2022) และพบว่า มีชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากผลการรายงาน (HDC: Lamphun Provincial Public Health Office, 2022) พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มเสี่ยง (ค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 130/80 มม.ปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มม.) จากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 341, 382, 417 และ 431 ราย ตามลำดับ โดยในปัจจุบันพบว่า ชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากขึ้นทุกปี จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามการปฏิบัติการใช้บริโภคพบว่า ชาวกะเหรี่ยงที่บริโภคอาหารมังสวิรัตในปัจจุบันนิยมบริโภคผักทอดเจและอาหารที่มีการแปรรูปจากแป้ง เช่น เต้าหู้เจ การรับประทานเต้าเจี้ยวจากถั่วเหลืองที่มีรสชาติเค็ม ซึ่งอาหารมังสวิรัตดังกล่าวมีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูง ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนประเด็นปัญหาที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ในชาวกะเหรี่ยงบ้านพระบาทห้วยต้ม ซึ่งมีความสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีและมีความสอดคล้องกับจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นในระดับประเทศ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยจนถึงขั้นรุนแรงหรือเสียชีวิต (Division of Non-Communicable Diseases, 2019) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงอย่างเด่นชัด โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงและการรับประทานอาหารแปรรูป เช่น ปลากระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านพันธุกรรม เป็นต้น (Division of Non-Communicable Diseases, 2019) ซึ่งชาวกะเหรี่ยงบ้านพระบาทห้วยต้มนิยมบริโภคผักทอดเจและอาหารที่มีการแปรรูปจากแป้ง ดังนั้นปัจจัยด้านการบริโภคอาหารจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากมีความรู้และความเข้าใจในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านการปฏิบัติทางสุขภาพ (Santiwong, 2022) จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ได้นำนวัตกรรมมาเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมด้านสุขภาพ ร่วมกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2566-2570 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2023) โดยมีกลยุทธ์พัฒนาการบริหารจัดการด้านสื่อสารในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ บูรณาการงานวิจัย การจัดการความรู้และนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนระบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ สามารถเลือกบริโภคอาหารที่ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง (Division of Non-Communicable Diseases, 2019)



ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

ชาวกะเหรี่ยงพระบาทห้วยต้ม มีการสื่อสารกันด้วยภาษากะเหรี่ยงเป็นส่วนใหญ่ คนในชุมชนบางคนพูดได้ แต่ภาษากะเหรี่ยงไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ซึ่งปัญหาด้านการสื่อสารเป็นอุปสรรคหนึ่งในการรับรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากสื่อสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นภาษาไทย จากการจัดทำโครงการในกลุ่มเสี่ยงชาวกะเหรี่ยงอาสาสมัครบ้านพระบาทห้วยต้มพบว่า ชุดสื่อการบริโภคอาหารมังสวิรัตปลอดภัยเป็นสื่อภาษากะเหรี่ยงที่มีประโยชน์ต่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยคำกะเหรี่ยงบางคำเป็นคำยากจึงอยากให้จัดทำเป็นภาษาไทยร่วมเนื่องจากปัจจุบันชาวกะเหรี่ยงบ้านห้วยต้มสามารถพูดไทยได้จากการที่บุตรหลานและวัยทำงานติดต่อสื่อสารกับชุมชนเมืองมากขึ้น ทำให้มีความเข้าใจยากในคำศัพท์กะเหรี่ยงเฉพาะ แต่ยังอยากคงภาษากะเหรี่ยงร่วมเพื่อเป็นประโยชน์กับคนในชุมชนที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ชาวกะเหรี่ยงมีการบริโภคอาหารตามความเคยชินตามอย่างที่เคยได้รับการปฏิบัติกันมาตามสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งไม่พบชาวกะเหรี่ยงที่บริโภคอาหารมังสวิรัตในประเทศไทย อีกทั้งยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชาวกะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและเป็นโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งคนในชุมชนที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้น้อย อาจจะไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้อย่างเข้าใจและไม่สามารถปรับการปฏิบัติด้านสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (Health care provider) และเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health educator) โดยให้สุศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ ดังนั้น เพื่อเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์จึงจัดทำนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาในการให้สุศึกษาที่ต่างจากแนวทางการให้บริการปกติของ รพ.สต. โดยผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (Division of Thai hypertension, 2019) จัดทำและสร้างด้วยตนเองเป็นนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต โดยผ่านการใช้เครื่องมือสื่อสารในการบูรณาการจัดการความรู้ผ่านการใช้นวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา ถ่ายทอดและสร้างความรู้ความเข้าใจของคนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงช่วยสนับสนุนให้นำไปสู่การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารมังสวิรัตให้เหมาะสมตามหลักการปฏิบัติและวิธีปฏิบัติของการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านพระบาทห้วยต้มต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชุมชนกะเหรี่ยงพระบาทห้วยต้ม ก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้ผ่านนวัตกรรมชุดสื่อประสม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชุมชนกะเหรี่ยงพระบาทห้วยต้ม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ผ่านนวัตกรรมชุดสื่อประสมและกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหารมังสวิรัตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกะเหรี่ยงพระบาทห้วยต้มสูงขึ้น ภายหลังได้รับการเรียนรู้ผ่านนวัตกรรมชุดสื่อประสมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเรียนรู้
2. คะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหารมังสวิรัตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกะเหรี่ยงพระบาทห้วยต้มที่ได้รับการเรียนรู้ผ่านนวัตกรรมชุดสื่อประสมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ



ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

สื่อประสมถือเป็นนวัตกรรมที่นำมาสนับสนุนการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่พึงประสงค์ได้ ในการศึกษาผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารในชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ได้พัฒนาสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา จากแนวคิดการพัฒนานวัตกรรมเชิงผลิตภัณฑ์ซึ่งเป็นการพัฒนาและนำเสนอนวัตกรรมที่จัดทำอย่างเป็นขั้นตอน ผ่านการจัดทำสื่อประสมซึ่งถือเป็นนวัตกรรมเชิงผลิตภัณฑ์ที่นำมาสนับสนุนการเรียนรู้ช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างโดยสื่อประสมนี้ประกอบด้วย 1) คู่มือการเรียนรู้สองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) 2) คลิปเสียงกะเหรี่ยงบรรยายไทย และ 3) สื่อภาพนิ่งสองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) ผ่านการแนะนำการใช้และนำไปใช้ที่บ้านหรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดอ่านสื่อภาพนิ่งสองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) ได้ในมือถือ พร้อมมีการติดตามปัญหาหลังได้รับสื่อผ่าน line application ที่สามารถถ่ายทอดความรู้จะช่วยสนับสนุนให้ไปสู่การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารมังสวิรัตให้เหมาะสมตามหลักการและวิธีปฏิบัติของการบริโภคอาหารตามวิถีชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การเลือกซื้ออาหาร การรับประทานอาหารที่ถูกวิธี สุขอนามัยในการรับประทานอาหาร การปรุงรสอาหาร การเลือกเครื่องปรุงรส การเลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ชาวกะเหรี่ยง จังหวัดลำพูน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ชาวกะเหรี่ยง อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านพระบาทห้วยต้ม ตำบลนาทราย อำเภอฝาง จังหวัดลำพูน ภายในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่อาศัยในชุมชนบ้านพระบาทห้วยต้มโดยใช้การคัดเลือกโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การเลือก กลุ่มตัวอย่างอาศัยในหมู่บ้านที่ห่างกันอย่างน้อยเป็นระยะทาง 15 กิโลเมตร เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) คือ

1. ชาวกะเหรี่ยงที่มีอายุ 35-60 ปี
2. ระดับความดันโลหิตมีค่าตั้งแต่ 130/80 มม.ปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มม.ปรอท จากการคัดกรองประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลส่งเสริมบ้านพระบาทห้วยต้มประจำปี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2566
3. บริโภคอาหารมังสวิรัต
4. สามารถฟังและอ่านภาษาไทย-กะเหรี่ยงได้
5. มีสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้ไลน์และเปิดคลิปวิดีโอได้
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัย 35-45 ปี และประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง



ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่มีข้อจำกัดที่ต้องควบคุมการบริโภคอาหาร เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเฉียบพลันและโรคไตวายเรื้อรัง โรคเมเร็ง เป็นต้น

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล โคเฮน (Cohen, 1988) จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงการจัดทำนวัตกรรมที่มีต่อผลการปฏิบัติด้านสุขภาพของ กิตติชัย ปัญญาวรรณ และคณะ (Panyawan et al., 2022) คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยได้นำไปอ้างอิงหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 อำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Attrition Rate) ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ นวัตกรรมสื่อประสมสองภาษา

นวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัตของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยจัดทำด้วยตนเองโดยทบทวนองค์ความรู้และทบทวนวรรณกรรม จากแนวคิดการพัฒนานวัตกรรมเชิงผลิตภัณฑ์ร่วมกับทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (Division of Thai hypertension, 2019) จัดทำเป็นนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต โดยมีองค์ประกอบในการจัดทำนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษา (Jeamsawat, 2015) ดังนี้ (1) การกำหนดขอบเขตของเนื้อหาและโครงสร้างสื่อประสมจากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (2) การจัดรูปแบบชุดสื่อประสม โดยจัดทำคู่มือ สื่อการนำเสนอภาพนิ่งและคลิปเสียงให้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่กำหนดไว้ (3) การใช้ชุดสื่อประสม ฉบับร่าง เป็นการนำชุดสื่อประสมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ผ่านการจัดทำโครงการกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ราย เพื่อประเมิน ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น ประกอบด้วย คุณลักษณะนวัตกรรม เนื้อหาสอดคล้อง การออกแบบนวัตกรรม ประโยชน์ของนวัตกรรม จุดเด่นของนวัตกรรม ข้อเสนอแนะและสิ่งที่อยากให้ปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรม เป็นต้น ความเหมาะสมของเนื้อหารูปแบบและการนำไปใช้ แล้วจัดทำชุดสื่อประสมฉบับสมบูรณ์ (4) การประเมินผล การปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมชุดสื่อประสมฉบับสมบูรณ์ โดยการจัดรูปแบบนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาที่มีเนื้อหาของความรู้เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง หลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง โภชนาการที่ดีตามหลักการบริโภคอาหารมังสวิรัต ซึ่งประกอบด้วย

1. คู่มือการเรียนรู้สองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง)
2. คลิปเสียงภาษากะเหรี่ยง
3. สื่อภาพนิ่งสองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย การเลือกซื้ออาหาร การรับประทานอาหารที่ถูกวิธี สุขอนามัยในการรับประทานอาหาร การปรุงรสอาหาร การเลือกเครื่องปรุงรส การเลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติการบริโภคอาหารมังสวิรัต จำนวน 20 ข้อ โดยใช้หลักการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการโดยประยุกต์ให้มีความสอดคล้องกับการบริโภคอาหารมังสวิรัตตามวิถีชุมชนบ้านพระบาทห้วยต้ม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมเนื้อหาได้แก่ การปฏิบัติการบริโภคอาหารมังสวิรัต



ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

ในการเลือกรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การเลือกซื้ออาหาร จำนวน 4 ข้อ การปรุงรสอาหารและเลือก
เครื่องปรุงรส จำนวน 4 ข้อ การเลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ การ
รับประทานอาหารที่ถูกวิธี จำนวน 6 ข้อ สุขอนามัยในการรับประทานอาหาร จำนวน 3 ข้อ โดยคำตอบมี
5 ตัวเลือกในลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรม ด้านบวกและ
ด้านลบ ดังนี้

การปฏิบัติ	พฤติกรรมด้านบวก	พฤติกรรมด้านลบ
ไม่ได้ปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน
ปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติ 7 วัน ต่อสัปดาห์ปฏิบัติทุกครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ		

นวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา: คู่มือการเรียนรู้สองภาษาและสื่อภาพนิ่งสองภาษาแปลเป็น
ภาษากะเหรี่ยง Story board อัดเป็นคลิปเสียงภาษากะเหรี่ยง โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษากะเหรี่ยงในชุมชนและใช้
หลักการแปลย้อนกลับ (Back ward-translation) จากภาษากะเหรี่ยงมาเป็นภาษาไทย จากพยาบาลเวชปฏิบัติ
ทั่วไป จำนวน 2 ท่าน ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านพระบาทห้วยต้ม ซึ่งสามารถใช้
ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดี (Bilingual Person) อีกทั้งยังเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีความเข้าใจถึงวัฒนธรรม ค่านิยม และ
ความเชื่อในการบริโภคอาหารมังสวิรัตของชาวกะเหรี่ยงบ้านพระบาทห้วยต้ม

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการปฏิบัติกรบริโภคอาหารมังสวิรัต ฉบับภาษาไทย
ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่สามารถสื่อสารภาษากะเหรี่ยง จำนวน
2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรืออายุร-
แพทย์ จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา
(Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .9

การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นในแบบสอบถามการปฏิบัติกรบริโภคอาหารทดลองใช้ชาวกะเหรี่ยงกลุ่ม
เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้
สูตรการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .81 (Polit & Hungler, 1999)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 048/2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์
และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการยินยอมด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับและยินดี
เข้าร่วมการวิจัย จึงได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับขั้นตอนดำเนินการวิจัยแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้
อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความเข้าใจแบบสอบถามการปฏิบัติกรบริโภค
อาหารมังสวิรัต อธิบายการใช้ชุดสื่อประสมสองภาษาทั้ง 3 ชนิดและซักถามความเข้าใจเกี่ยวกับใช้ชุดสื่อประสม
สองภาษา อีกทั้งระหว่างดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย โดยคุณสมบัติผู้ช่วยวิจัยคือ อสม.ประจำหมู่บ้าน
สามารถพูดและอ่านภาษาไทย-กะเหรี่ยงได้ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการอธิบายบางคำศัพท์ที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ
ซึ่งเป็นคำศัพท์เฉพาะเกี่ยวกับทางการแพทย์ เช่น เกลือโซเดียม ความดันซิสโตลิก เป็นต้น โดยผู้วิจัยได้อธิบายการ
ใช้งานนวัตกรรมและอธิบายคำศัพท์ทางการแพทย์ ซักถามความเข้าใจและสื่อสารย้อนกลับเพื่อการเข้าใจการ



ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

สื่อความหมายที่ตรงกัน การทดลองในครั้งนี้เป็นการดำเนินการตามที่กลุ่มตัวอย่างสามารถยอมรับได้ มีความกระชับ และมีความครอบคลุมของเนื้อหาเพื่อลดความเหนื่อยล้าและความเครียดระหว่างการใช้งานสื่อประสมฯ รวมทั้งให้ความเข้าใจว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษามูลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัตของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน ครั้งนี้มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและมีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

การศึกษานี้ได้มีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการปฏิบัติกรบริโภคอาหารมังสวิรัตด้วยตนเอง ก่อนการทดลอง (30 นาที) หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายการใช้งานนวัตกรรมสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาเรื่องการบริโภคอาหารมังสวิรัต โดยจะได้รับคู่มือการเรียนรู้สองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) หลังจากนั้นจะได้รับการเข้าร่วมกลุ่ม Line ตามคิวอาร์โค้ด ซึ่งสามารถเรียนรู้ภาพนิ่งประกอบคลิปเสียงภาษากะเหรี่ยงและสามารถสอบถามคำแนะนำหรือข้อสงสัยในกลุ่ม Line ได้ ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตามการใช้งานนวัตกรรมดังนี้

1. แนะนำการใช้นวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา ใช้เวลา 60 นาที ซึ่งประกอบด้วย

1.1. คู่มือการเรียนรู้สองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) แจกคู่มือชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาเรื่องการบริโภคอาหารมังสวิรัตสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และอธิบายคู่มือสื่อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความในคู่มือพร้อมทั้งสอบถามความเข้าใจในแต่ละเนื้อหา

1.2. เปิดคลิปเสียงภาษากะเหรี่ยง พร้อมกับเปิดคู่มือชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาเรื่องการบริโภคอาหารมังสวิรัตสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเปิดเนื้อหาการเรียนรู้พร้อมกับฟังคลิปเสียงการบรรยาย

1.3. สื่อภาพนิ่งสองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) หลังจากการผ่านการแนะนำการใช้สื่อประสม โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำคู่มือไปอ่านต่อที่บ้าน หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสแกนคิวอาร์โค้ดอ่านสื่อภาพนิ่งสองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) ได้ในมือถือ เพื่อความสะดวกในการใช้งานสามารถศึกษาได้ตลอดเวลา

2. สัปดาห์ที่ 2-4 ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกิจกรรมนำเสนอการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ตนเองได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้ได้มากที่สุดผ่าน Line ให้เพื่อนในกลุ่มช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนข้อมูล ปัญหาและอุปสรรคของการบริโภคอาหารเป็นกำลังใจให้กันและกัน ผู้วิจัยคอยติดตาม และแนะนำการดูสื่อประสมอย่างสม่ำเสมอในสัปดาห์ที่ 2 พร้อมกับทบทวนการใช้นวัตกรรมสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา ใช้เวลาครั้งละ 20 นาที

3. ให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ แนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติโดยต่อเนื่อง กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 20 นาที

4. ภายหลังการทดลองทำการประเมินการปฏิบัติกรบริโภคอาหารมังสวิรัตโดยใช้แบบสอบถาม

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกรบริโภคอาหารมังสวิรัต

กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ดังนี้



Effect of a Bilingual Learning Multimedia Innovation Package on Vegetarian Dietary Practices Among Karen at Risk of Hypertension in Bann Phra bat Huai Tom, Lamphun Province

ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัตของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

1. ได้รับการให้ความรู้ และคำปรึกษา เป็นภาษาไทยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตจากสื่อโปสเตอร์ของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้รับคำแนะนำตามแนวทางการให้บริการของ รพ.สต.

2. สัปดาห์ที่ 4 นัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินการปฏิบัติการบริโภคอาหารมังสวิรัตโดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ภายหลังการประเมิน ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับและเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต แนะนำสิ่งที่การปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ ให้ความรู้ประโยชน์และทำให้เกิดความตระหนักโดยให้ชมสื่อการนำเสนอภาพนิ่งและคลิปเสียงประกอบเสียงพูดภาษากะเหรี่ยง และมอบคู่มือสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาเรื่องการบริโภคอาหารมังสวิรัตสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริโภคอาหารมังสวิรัต ของกลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษา ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test เพราะความแตกต่างของตัวแปรที่นำมาทดสอบมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ตัวแปรอยู่ในระดับอันดับหรืออัตราส่วน

3. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริโภคอาหารมังสวิรัต ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนรู้ผ่านนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาเรื่องการบริโภคอาหารมังสวิรัตสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กับ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test เพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองเป็นอิสระต่อกันและได้มาจากการสุ่มประชากร ตัวแปรที่นำมาทดสอบมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ตัวแปรอยู่ในระดับอันดับหรืออัตราส่วน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นกลุ่มชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านพระบาทห้วยต้ม อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของชาวกะเหรี่ยง กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม (n = 40)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.017
ชาย	2	10	9	45	
หญิง	18	90	11	55	
อายุ (ปี)	41.47	6.37	44.20	9.39	0.480
รายได้ (บาท/เดือน)	5,078.94	2,382.01	7,200.00	5,169.24	0.334



Effect of a Bilingual Learning Multimedia Innovation Package on Vegetarian Dietary Practices Among Karen at Risk of Hypertension in Bann Phra bat Huai Tom, Lamphun Province

ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของชาวกะเหรี่ยง กลุ่มเสี่ยง
โรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม (n = 40) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					0.299
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	1	5	3	15	
ประถมศึกษา	10	50	10	50	
มัธยมต้น/ปวช.	4	20	2	10	
มัธยมปลาย/ปวส.	4	20	1	5	
ปริญญาตรี	1	5	4	20	
ศาสนา					1.000
พุทธ	20	100	20	100	
สถานภาพสมรส					0.106
โสด	1	5.3	4	20	
คู่	14	73.7	16	80	
หม้าย	2	10.5			
แยกกันอยู่	2	10.5			
อาชีพ					0.810
เกษตรกร	9	45	7	35	
รับจ้างทั่วไป	7	35	7	35	
ค้าขาย	2	10	3	15	
รับราชการ	0	0	2	10	
อื่น ๆ (ไม่ได้ทำงาน)	2	10	1	5	

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริโภคอาหารมังสวิรัตของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริโภคอาหารมังสวิรัตของ
กลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริโภคอาหารมังสวิรัตของกลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมชุดสื่อ
ประสมสองภาษาก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 20)

ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		P-value
	M	SD	M	SD	
การปฏิบัติการบริโภคอาหาร มังสวิรัต	57.23	6.875	71.25	8.954	< .001



Effect of a Bilingual Learning Multimedia Innovation Package on Vegetarian Dietary Practices Among Karen at Risk of Hypertension in Bann Phra bat Huai Tom, Lamphun Province

ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัติดของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรบริโภคอาหารมังสวิรัติดของกลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษา และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรบริโภคอาหารมังสวิรัติดของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรบริโภคอาหารมังสวิรัติดของกลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n = 20$)

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง ($n = 20$)		กลุ่มควบคุม ($n = 20$)		P-value
	M	SD	M	SD	
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรบริโภคอาหารมังสวิรัติด	70.356	8.543	60.0	9.119	0.030

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าการใช้วัตกรรมการเรียนรู้ผ่านชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา เรื่องการบริโภคอาหารมังสวิรัติดสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลดังรายละเอียดต่อไปนี้

การใช้วัตกรรมการเรียนรู้สองภาษาเรื่องการบริโภคอาหารมังสวิรัติดสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้คำนึงถึงการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารมังสวิรัติดที่เหมาะสม ซึ่งสื่อประสมถือเป็นนวัตกรรมที่นำมาสนับสนุนการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่พึงประสงค์ได้ ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยสื่อประสม 3 ชนิด ประกอบด้วย คู่มือการเรียนรู้สองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) คลิปเสียงภาษากะเหรี่ยงบรรยายไทย และสื่อภาพนิ่งสองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) โดยเป็นการนำสื่อการสอนหลายชนิดมาใช้ร่วมกันแบบบูรณาการในการอธิบายและใช้ประกอบการเรียนการสอน เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการศึกษารายบุคคลตามความถนัดและความสนใจซึ่งช่วยส่งเสริมการเรียนการสอนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นตัวกลางหรือเป็นสิ่งที่ส่งความเข้าใจระหว่างผู้ใช้งานผ่าน ข้อมูลตัวอักษร รูปภาพ เสียง ภาพเคลื่อนไหว วิดีโอ และสื่ออื่น ๆ ที่นำมาประยุกต์รวมกัน ส่งผลให้ผู้ใช้งานมีทางเลือกในการเลือกใช้สื่อตามความถนัดของตนเอง (Rattanachuchok, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัญพร ธนา-รุณ (Thanarun, 2013) สื่อผสมเพื่อการเรียนรู้โรคเบาหวาน มีรูปภาพ สี สันสวยงาม กระตุ้นให้เกิดความน่าสนใจ มีความแปลกใหม่และมีความน่าสนใจมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรภรณ์ ชัยพัฒน์เมธี (Chai-pat-tanamatee, 2021) ที่พบว่า สื่อประสมสะดวกต่อการใช้งานสามารถเรียนรู้เนื้อหาได้ครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ใช้งานเข้าใจและเห็นคุณค่าของสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพรวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

นอกจากนี้เนื้อหาองค์ความรู้ที่ได้จากการใช้วัตกรรมการเรียนรู้สองภาษาที่สามารถถ่ายทอดความรู้ช่วยสนับสนุนให้ไปสู่การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารมังสวิรัติดให้เหมาะสมตามหลักการและวิธีปฏิบัติของการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ จากการศึกษายังไม่พบงานวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้วัตกรรมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัติดของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงสอดคล้องกับปัทมาภรณ์ หินเพชร (Hinphet, 2023) พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษา



ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

ของ ศรีวรรณ ทาวงศ์มา (Tawongma et al., 2018) พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยชุมชน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านของ กลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จากงานวิจัยที่สอดคล้อง 2 เรื่อง ดังกล่าวประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง มีการนำเสนอเนื้อหาและจัดกิจกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้สื่อบรรยายด้วยภาษาไทยร่วมกับการดำเนินกิจกรรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับรับประทานอาหารซึ่งมีประเด็นด้านการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารซึ่งประกอบด้วย การเลือกอาหาร การคิดเมนูใกล้เคียงกับเนื้อหาองค์ความรู้ที่ได้จากการใช้นวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา

จากกระบวนการเรียนรู้ใหม่ ๆ ผ่านมิติสื่อประสมสองภาษาเพื่อเกิดกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 3 ขั้นผ่านการเรียนรู้ด้วยตนเอง คือ ขั้นการรับรู้ ขั้นการทำความเข้าใจในสิ่งที่รับรู้มา และขั้นการปรับเปลี่ยน ผ่านการรับข้อมูลที่ถูกต้องจากภาษาที่ได้รับ ซึ่งนวัตกรรมการเรียนรู้สองภาษาประกอบด้วยภาษากะเหรี่ยงและภาษาไทย ชาวกะเหรี่ยงบ้านพระบาทห้วยต้มติดต่อสื่อสารกันด้วยภาษากะเหรี่ยง แต่ในปัจจุบันภาษาไทยได้มีอิทธิพลในการใช้ภาษาแต่อาจไม่เข้าใจได้ทั้งหมด อีกทั้งภาษากะเหรี่ยงในการสนทนาบางคำศัพท์ยังเป็นภาษากะเหรี่ยงดั้งเดิมซึ่งเป็นอุปสรรคในการสื่อสารสำหรับคนรุ่นใหม่ ดังนั้นนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาจึงเป็นตัวกลางในการแปลและเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพทั้งภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยงเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จากการรับข้อมูลที่ถูกต้องจากภาษาที่ได้รับและเป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้ โดยการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชรัตน์ พรหมวิเศษ และ นูราฮิดีน มะลุมู (Promwiset & Malumu, 2020) ที่พบว่า นวัตกรรมการเรียนรู้ละครสร้างสรรค์สองภาษาสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ผลดีเป็นอย่างมากภายใต้การจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาภาษาไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา ชั้นปีที่ 4 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทรา กาวินา (Kawina, 2015) ที่พบว่า การใช้สื่อประสมสองภาษามัลติมีเดียช่วยสอนจากโปรแกรมแฟลช ส่งผลให้นักเรียนชนเผ่าปกาเกอะญอ มีทักษะการอ่านคำสูงขึ้นหลังจากการใช้สื่อประสม

ชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีกระบวนการยอมรับนวัตกรรม โดยเปิดรับและยอมรับนำไปปฏิบัติ Practice/adopt (National Innovation Agency Public Organization, 2007) หลังจากที่ได้ศึกษาและใช้นวัตกรรมนั้นมาระยะหนึ่งแล้ว และยอมรับนำไปปฏิบัติ (adoption) โดยภายหลังการทดลองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในการใช้นวัตกรรม และประเมินผลการใช้งานได้ซึ่งประกอบด้วย คุณลักษณะนวัตกรรม เนื้อหาสอดคล้อง การออกแบบนวัตกรรม ประโยชน์ของนวัตกรรม จุดเด่นของนวัตกรรม ข้อเสนอแนะและสิ่งที่อยากให้ปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นนวัตกรรมมีรูปแบบน่าอ่าน มีรูปภาพประกอบที่สื่อถึงเนื้อหาความรู้ รวมทั้งมีสีสันสวยงามไม่น่าเบื่อ มีเนื้อหาที่แปลเป็นภาษากะเหรี่ยงเข้าใจได้ง่าย อีกทั้งมีคลิปเสียงภาษากะเหรี่ยงที่มีเนื้อหาครอบคลุมสื่อถึงเนื้อหาความรู้ น้ำเสียงไพเราะ มีภาพเคลื่อนไหวประกอบ การสื่อความหมายที่ชัดเจน สะดวกต่อการใช้งาน สามารถเรียนรู้เนื้อหาได้ครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดการยอมรับนวัตกรรม โดยเปิดรับและยอมรับนำไปปฏิบัติ (Practice/adopt) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูตินันท์ รอดบุญเกิด (Rodboonkerd, 2018) ที่พบว่า การยอมรับการใช้นวัตกรรมของผู้บริการคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับและปัจจัยด้านคุณภาพและการให้บริการมีความสัมพันธ์กับการยอมรับนวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธนัญชัย กาฬเนตร และ ยุพาวรรณ วรรณวานิชย์ (Karlntate & Vannavanit, 2021) ที่พบว่าการรับรู้ถึงความง่าย



ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

ในการใช้งานและความไว้วางใจในการใช้บริการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการได้รับการพยาบาลตามปกติกล่าวคือ ชาวกะเหรี่ยง อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 130/80 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มม.ปรอท ได้รับการพยาบาลปกติ โดยได้รับการให้ความรู้และคำปรึกษา เป็นภาษาไทยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ตามคำแนะนำแนวทางการให้บริการของ รพ.สต. (Division of Thai hypertension, 2019) มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ผ่านนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา อาจเนื่องมาจากนวัตกรรมชุดสื่อประสมฯ เป็นการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องผ่านการใช้นวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา เป็นการนำสื่อการสอนหลายชนิดมาใช้ร่วมกันแบบบูรณาการในการอธิบายและใช้ประกอบการเรียนการสอน โดยมีการนำเสนอข้อมูลเนื้อหาความรู้ผ่านการใช้สื่อหลากหลายรูปแบบตามลำดับขั้นตอนของเนื้อหา ช่วยส่งเสริมการเรียนการสอนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นตัวกลางผ่าน ข้อมูลตัวอักษร รูปภาพ เสียง ภาพเคลื่อนไหว วิดีโอ และสื่ออื่น ๆ ที่นำมาประยุกต์รวมกัน ส่งผลให้ผู้ใช้งานมีทางเลือกในการเลือกใช้สื่อตามความถนัดของตนเอง

สื่อประสมทั้ง 3 ชนิด เป็นสื่อภาษากะเหรี่ยงที่ชาวกะเหรี่ยงบ้านพระบาทห้วยต้มติดต่อสื่อสารกันในชุมชน จึงเป็นสื่อที่เข้าใจง่ายเนื่องจากเป็นภาษาท้องถิ่น ดังนั้นนวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาจึงเป็นตัวกลางในการแปลและเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพทั้งภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยงเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อความหมายที่ชัดเจนสามารถเกิดแรงจูงใจในการเรียน เกิดการเรียนรู้อย่างรวดเร็วและช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นซึ่ง ชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไปอ่านบททวนและฟังคลิปเสียงกะเหรี่ยงด้วยตนเอง แนะนำการใช้และนำไปใช้ที่บ้านหรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดอ่านสื่อภาพนิ่งสองภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) ได้ในมือถือพร้อมมีการติดตามปัญหาหลังได้รับสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาและกระตุ้นการใช้นวัตกรรมชุดสื่อประสมสองภาษาจากการสอบถามผ่าน line application เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัตอย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ คอยให้กำลังใจ ชักถามข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมให้กำลังใจแก่ชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัตที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณลักษณ์ สุประดิษฐ์อาภรณ์ (Supraditarporn, 2022) ที่พบว่า พยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ มีการบันทึกการติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร ส่งผลให้ความรู้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้น การมีนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาที่สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ที่สะดวกต่อการใช้งานและเข้าใจง่าย มีทางเลือกสื่อที่หลากหลายตามความถนัดของตนเอง ทำให้ชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้อ่านและฟังเพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจโดยการพัฒนาความรู้ด้วยตนเอง ช่วยให้เกิดแรงจูงใจภายใน เกิดการเรียนรู้ได้ดีและนำไปสู่การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารมังสวิรัตให้เหมาะสมตามหลักการและวิธีปฏิบัติของการบริโภคอาหารตามวิถีชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีประชากรชาวกะเหรี่ยงในพื้นที่ สามารถนำนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา นำมาใช้ในการให้ความรู้กับชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยง และมีการประเมินการปฏิบัติบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นประจำทุก 3-6 เดือน ตามแนวทางการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของ รพ.สต.



ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้สนใจสามารถสนับสนุนการนำนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษา มาใช้บริการและเผยแพร่การใช้งานพร้อมทั้งส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรม โดยมีการประเมินและปรับปรุงนวัตกรรมให้มีความสอดคล้องต่อประเด็นปัญหาและทันสมัย ส่งผลต่อการปฏิบัติการบริโภคอาหารมังสวิรัตที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโดยมีการเพิ่มกิจกรรมการปฏิบัตินอกเหนือจากการให้ความรู้ เช่น การสวมบทบาทแสดงตัวอย่าง กิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน การแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น เพื่อชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงเข้าใจในการแปลความหมาย
2. ควรศึกษาการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม เช่น จัดทำเป็นสื่ออนิเมชัน ภาพวาดการ์ตูน คลิปหนังสั้นภาพวาดหรือภาพที่สามารถสื่อการปฏิบัติเพื่อเสริมการเกิดความเข้าใจได้ดีขึ้น
3. ควรศึกษาพัฒนานวัตกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคอื่น ๆ หรือกลุ่มชาติพันธุ์อื่น

References

- Chaipattanamatee, P. (2021). The development of ontologies of processed food products of community enterprise group. *The Journal of King Mongkut's University of Technology North Bangkok*, 31(1), 118-129. <https://ojs.kmutnb.ac.th/index.php/kjournal/article/view/2475> (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Division of Non-Communicable Diseases. (2019). *Information of non-communicable disease*. Division of Non-Communicable Diseases. (in Thai)
- Division of Thai hypertension. (2019). *2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension*. <https://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf> (in Thai)
- Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269-274
- Hinphet, P. (2023). *The effectiveness of health behavior changing program for Pga K'nyau ethnic at hypertension risk group, Galyani Vadhana District, Chiang Mai Province*. [Master's thesis, Chiangmai University]. Chiangmai University Library. <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/78525> (in Thai)
- Jeamsawat, T. (2015). *The effects of using bilingual childbirth preparation handbook (Burmese Thai) on intrapartum behavior among Myanmar pregnant women* [Master's thesis, Prince of Songkla University]. Prince of Songkla University Library. <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/10191> (in Thai)



Effect of a Bilingual Learning Multimedia Innovation Package on Vegetarian
Dietary Practices Among Karen at Risk of Hypertension
in Bann Phra bat Huai Tom, Lamphun Province

ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรั
ติของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

- Karlntate, T., & Vannavanit, Y. (2021). *A technology acceptance model and trust as influencers usage*. [Master's thesis, Kasetsart University]. Kasetsart University Library.
<https://so04.tcithaijo.org/index.php/article/194850> (in Thai)
- Kawina, P. (2015). *Use of multimedia to develop word reading skills of the Pga K'nyau students*. [Master's thesis, Chiangmai University]. Chiangmai University Library.
https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2558/thai11058kawin_abs.pdf (in Thai)
- Lamphun Provincial Public Health Office. (2022). *Health data center: Performance indicators NCD clinic plus 2561-2566*. <https://lpn.hdc.moph.go.th> (in Thai)
- National Innovation Agency Public Organization. (2007). *Innovation: Meaning, types and importance towards being an entrepreneur*. National Innovation Agency Public Organization. (in Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2023). *The thirteenth national economic and social development plan (2023-2027)*. https://www.nesdc.go.th/article_attach/article_file_20230615134223.pdf (in Thai)
- Panyawan, K., Tuanrat, W., & Aungwattana, S. (2022). Effect of the buddy care innovation on assessment of diabetic foot complications among persons with type 2 diabetes in Huai Khrai Sub-District, Maesai District, Chiang Rai Province. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 69-79.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/255778/176005> (in Thai)
- Polit, D. F., & Hungler, P. B. (1999) *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Promwiset, T., & Malumu, N. (2020). *Learning innovation in bilingual creative drama*. [Master's thesis, Chandrakasem Rajabhat University]. Chandrakasem Rajabhat University Library.
<https://wb.yru.ac.th/handle/yr/6701> (in Thai)
- Rattanachuchok, P. (2018). *Application of information technology for studying conservation of local wisdoms in the area of Muang Kaen Pattana Municipality, Mae Taeng District, Chiang Mai Province* [Master's thesis, ChiangMai Rajabhat University]. ChiangMai Rajabhat University Library. <http://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/912> (in Thai)
- Rodboonkerd, C. (2018). *The innovation acceptance of customer toward food ordering system through the touch screen in Bangkok*. [Master's thesis, Silpakorn University]. Silpakorn University Library. <http://www.ba.ru.ac.th/document/runc2018/RNCSB-2018-6.pdf> (in Thai)
- Santiwong, C. (2022). Dash diet: For the control and reduction of hypertension. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 101-111. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/254275/174293> (in Thai)



Effect of a Bilingual Learning Multimedia Innovation Package on Vegetarian
Dietary Practices Among Karen at Risk of Hypertension
in Bann Phra bat Huai Tom, Lamphun Province

ผลของนวัตกรรมชุดสื่อประสมการเรียนรู้สองภาษาในการปฏิบัติบริโภคอาหารมังสวิรัต
ของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

- Supraditarnporn, W. (2022). Effects of a supportive and educational nursing program on dietary and nutritional behaviors clinical outcomes of the elderly with chronic kidney disease stage 3-4 at the kidney disease clinic, Tha Tako Hospital. *Science and Technology Northern Journal*, 3(4), 1-23. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1051/633> (in Thai)
- Tawongma, S., Suwan, P., & Juntaramolee, S. (2018). Development of community-based health promotion model for Karen ethnic elderly at risk of hypertension, Sirm-ngarm District, Lampang Province. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal*, (Special issue), 17-31. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/1524/1399> (in Thai)
- Thanarun, T. (2013). *Multimedia designs for learning diabetes with old age patients*. [Master's thesis, Silpakorn University]. Silpakorn University Library. <https://sure.su.ac.th/xmlui/handle/123456789/3881> (in Thai)



Risk Factors Associated with Antibiotic Use Behavior of Populations in Health Region 8

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ณัฐพร	นิจธรรมสกุล*	Nuttaporn	Nidthumsakul*
อัมภารวรรณ	นนทมาตย์**	Ampawan	Nonthamat**
นครินทร์	ประสิทธิ์***	Nakarin	Prasit***
สุรัชชัย	พิมหา***	Surachai	Phimha***
นพรัตน์	เสนาฮาด***	Nopparat	Senahad***
ภูวนาถ	ศรีสุธรรม****	Puwanart	Sresutham****

Abstract

In some situations, the tendency to use antibiotics is excessive or unreasonable. As a result, drug resistance is now on the rise. Therefore, the correct use of antibiotics requires knowledge and understanding as a basis, and recommendation of correct medications to families, reducing problems of drug resistance that may occur in the long term. This cross-sectional analytical study aimed to investigate the prevalence and risk factors associated with antibiotic use behavior of populations in Health Region 8 in the upper northeastern region. The study used secondary data from the Health and Welfare Survey in 2021, conducted by the National Statistical Office. The sample group consisted of 1,778 individuals. Statistical analysis included both descriptive and inferential statistics, specifically multiple logistic regression, presenting adjusted odds ratios, and 95%CI.

The study revealed that the prevalence of antibiotic use behavior was 10.69% (95% CI:0.09-0.12). Risk factors associated with antibiotic use behavior included: had an illness in the past month (AOR = 5.52, 95%CI: 3.75-8.13, p-value < 0.001); had an emergency in the past month (AOR = 3.90, 95%CI: 3.63-15.54, p-value = 0.006); those who have illnesses that require hospital treatment but do not go to hospital (AOR = 7.51, 95%CI: 1.34-3.04, p-value < 0.001); those who stop using antibiotics when their symptoms improve (AOR = 3.11, 95%CI: 2.18-4.42, p-value < 0.001); those who stop using antibiotics by themselves (AOR = 2.45, 95%CI: 1.13-5.30, p-value < 0.001); and those who received advice from medical professionals regarding antibiotic use (AOR = 5.07, 95%CI: 3.58-7.16, p-value < 0.001).

Therefore, relevant organizations should plan to promote the development of policies, especially in health education, to foster informed health decision-making and effective antibiotic use.

Keywords: Risk factors; Drug consumption behavior; Antibiotics

* Corresponding author, Public health officers, Sakon Nakhon Provincial Health Office;

e-mail: nuttaporn.n@kkumail.com

** Graduate student, Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Lecturer, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

**** Graduate student, Public Health Administration Programs, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received 5 June 2024; Revised 24 August 2024; Accepted 19 September 2024



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์แนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกินความจำเป็นหรือไม่สมเหตุผล ทำให้ปัจจุบันมีการดื้อยาสูงขึ้น ดังนั้นการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เป็นพื้นฐาน และเพื่อแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องให้กับคนในครอบครัว ลดปัญหาเชื้อดื้อยาที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 1,778 คน วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Logistic Regression โดยนำเสนอค่า Adjusted Odd Ratio และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI

ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 10.69 (95% CI:0.09-0.12) และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (AOR = 5.52, 95%CI: 3.75-8.13, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (AOR = 3.90, 95%CI: 3.63-15.54, p-value =0.006) กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา (AOR = 7.51, 95%CI: 1.34-3.04, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่ออาการป่วยดีขึ้น (AOR = 3.11, 95%CI: 2.18-4.42, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการหยุดทานยาปฏิชีวนะเอง (AOR = 2.45, 95%CI: 1.13-5.30, p-value < 0.001) และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ (AOR = 5.07, 95%CI: 3.58-7.16, p-value < 0.001)

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมพัฒนานโยบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้เกิดการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการบริโภค ยาปฏิชีวนะ

* ผู้เขียนหลัก เจ้าพนักงานสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร e-mail: nuttaporn.n@kkumail.com

** นักศึกษาหลักสูตรการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** นักศึกษาหลักสูตรวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเป็นปัจจัยสี่และเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สำคัญในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ซึ่งปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (SDG 3: Good Health and Well-being) ที่มุ่งส่งเสริม รักษา บรรเทา บำบัด และป้องกันโรคเพื่อให้คนในสังคมมีสุขภาพที่ดี ซึ่งใน SDG3.8 กล่าวถึงเป้าหมายเรื่องการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและสมเหตุผล ในราคาที่เหมาะสมกับความสามารถในการจ่าย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ แต่เนื่องจากความต้องการและอุปทานของการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย การกระจายยาสู่ผู้ใช้อย่างไม่ถูกต้อง หรือการที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีคุณภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและสังคมโดยกว้าง (United Nations, 2015) จากการวิเคราะห์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2593 ในทุก ๆ 3 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตเพราะเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 1 คน หรือประมาณ 10 ล้านคนต่อปี โดยครึ่งหนึ่งจะอยู่ในทวีปเอเชีย

สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนขึ้น ภายใต้การทำงานของคณะทำงานพัฒนาระบบเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมทั้งแก้ไขปัญหาเชิงระบบทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน (CDC, 2020) ดังนั้นนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้อง (Gerald, 1991) ซึ่งการพัฒนา นโยบายที่สามารถสนับสนุนการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างสังคมที่มีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน อย่างไรก็ตามประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งเป็นแผนระยะ 5 ปี โดยมีเป้าหมายหลักในการลดการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเชื้อดื้อยา หลังจากสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรก และประเทศไทยยังได้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2565-2570 โดยยังคงยึดหลักการสำคัญของแผนฉบับแรก แต่มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น ซึ่งประเด็นสำคัญในแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 คือ การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลทั้งในมนุษย์และสัตว์ และการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเรื่องเชื้อดื้อยาแก่ประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (Ministry of Public Health, Thailand, 2022)

ยาปฏิชีวนะจะมีประโยชน์อย่างมากต่อผู้ป่วยเมื่อใช้ยาอย่างมีความรับผิดชอบ แต่ก็ค่อนข้างมีเอกลักษณ์เฉพาะในกลุ่มยาเนื่องจากการใช้ยาในผู้ป่วย อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในอนาคตหากมีการดื้อยาปฏิชีวนะ ซึ่งการที่เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หรือแบคทีเรียที่เคยไวต่อยาปฏิชีวนะนานหนึ่ง กลายเป็นดื้อยาชานานดังกล่าวในเวลาต่อมา ทำให้ยาชานานดังกล่าวไม่สามารถรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดนั้นได้ผลดีอีกต่อไป การใช้ยาดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดื้อยาต้านจุลชีพ (Fernandez, 2020) ปัญหาดังกล่าวจึงเป็นปัญหาระดับโลกและไม่มีข้ออ้างว่าการดื้อยาจะทุเลาลง ทำให้ผู้ติดเชื้อที่ดื้อยารักษาที่มีอยู่นั้นมีโอกาที่จะรักษาหายลดลง และมักพบในประเทศที่ประชากรมีรายได้ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Lim et al., 2016) ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความเข้าใจและการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนที่อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาทั้งทางบวกและทางลบ โดยเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีสถานะสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งด้านพฤติกรรม ความเข้าใจ ความรอบรู้ความเชื่อและทัศนคติ รวมถึงการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพย่อมส่งผลให้เกิดแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามหากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการดื้อยาจากการใช้ยาปฏิชีวนะ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการ



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างระมัดระวังมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะมากเกินไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก เพื่อการรักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Coenen et al., 2002) ดังนั้นการปฏิบัติตามการรักษาขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของผู้ป่วย ความเจ็บป่วย และสภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัว ระบบการดูแลสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงแพทย์และเภสัชกร นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุของผู้ป่วย เพศ ชชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ สุขอนามัย และสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน ล้วนส่งผลต่อความเหมาะสมของการรักษาและการปฏิบัติตามของผู้ป่วย (Barbosa & Levy, 2000) ด้วยเหตุนี้การดื้อยาปฏิชีวนะจึงสร้างความเสียหายมหาศาลให้กับผู้ป่วยและระบบการดูแลสุขภาพได้ เมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่ผลกระทบร้ายแรง (de Almeida Filho, 2001)

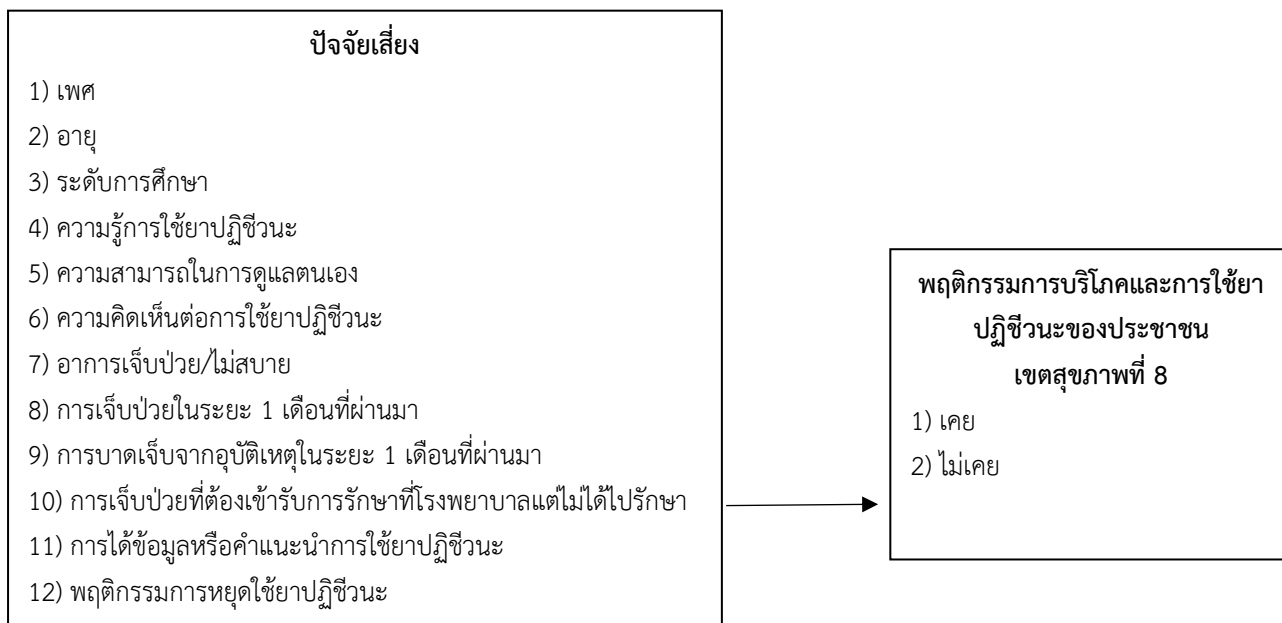
เขตสุขภาพที่ 8 ครอบคลุมพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 875 แห่ง ซึ่งจากรายงานภาพรวมในระดับเขตสุขภาพที่ 8 ในปีงบประมาณ 2567 พบว่า โดยภาพรวมมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลผลในโรคติดเชื้อทางระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 19.48 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 20 แต่เมื่อแยกรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 พบว่ามีจังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ บึงกาฬ หนองบัวลำภู และนครพนม โดยมีร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเท่ากับ 25.13, 21.86 และ 22.14 ตามลำดับ (Health Region 8 Office, 2024) และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 8 การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค และการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภค และการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกต้องเหมาะสมอันจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคิดเห็นต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ อาการเจ็บป่วย/ไม่สบาย การเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา และการได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ ดังภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analysis study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ที่มาจากการสำรวจอนามัยและสถิติการ พ.ศ. 2564 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office [NSO], 2021) เพื่อให้ทราบความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เขตสุขภาพที่ 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เขตสุขภาพที่ 8 ของประเทศไทย โดยจำนวนกลุ่มที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ลงทะเบียนการสำรวจอนามัยและสถิติการ พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 221 คน, จังหวัดสกลนคร จำนวน 302 คน, จังหวัดนครพนม จำนวน 275 คน, จังหวัดเลย จำนวน 279 คน, จังหวัดหนองคาย จำนวน 242 คน, จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 230 คน และ จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 229 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,778 คน (NSO, 2021) ในการศึกษานี้มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือดังนี้ 1) ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามการสำรวจอนามัยและสถิติการ พ.ศ. 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2) สามารถสื่อสาร อ่านออก และเขียนได้ 3) ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการสำรวจอนามัยและสถิติการ และมีเกณฑ์ในการคัดออกดังนี้ 1) ผู้ที่ไม่มีทะเบียนอาศัยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เขตสุขภาพที่ 8 ของประเทศไทย 2) แบบสอบถามที่มีข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจการทดสอบ (Power of test analysis) จากประชากรที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 67,770 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 1,778 คน ในการวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจการทดสอบในครั้งนี้ ปัจจัยหลักที่ศึกษาถูกนำมาใช้ในการทดสอบ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง (Overfitting) ดังแสดงในตารางที่ 1 ที่ใช้อำนาจการทดสอบของกลุ่มตัวอย่าง (Power of test) บนพื้นฐานการควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ โดยใช้สูตรการปรับขนาดตัวอย่าง ที่วิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวๆ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

หลายตัวแปร (Multivariable analysis) (Hsieh et al., 1998) ซึ่งเพียงพอในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของกลุ่มตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวๆหลายตัวแปร (Multivariable analysis)

Power	N	Pent N X = 1 (R)	P0	P1	Odds Ratio	ρ	Alpha	Beta
1.00000	1,778	20.00	0.220	0.590	5.102	0.50	0.05	0.00000
1.00000	1,778	20.00	0.220	0.590	5.102	0.60	0.05	0.00000
1.00000	1,778	20.00	0.220	0.590	5.102	0.70	0.05	0.00000
1.00000	1,778	20.00	0.220	0.590	5.102	0.80	0.05	0.00000

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับ ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนบัญญัติ (Nominal scale) อายุ มีระดับการวัดเป็นมาตราอันดับ (Ordinal scale) และระดับการศึกษาสูงสุด มีระดับการวัดเป็นมาตราอันดับ (Ordinal scale)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไปรับบริการทางสาธารณสุข เป็นคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไปรับบริการทางสาธารณสุข เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย การเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา และการขาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ มี มีค่าเท่ากับ 1 และไม่มี มีค่าเท่ากับ 2

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการประเมินสถานะสุขภาพ เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินสถานะสุขภาพ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเอง มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ ทำได้ มีค่าเท่ากับ 1 และ มีปัญหา มีค่าเท่ากับ 2 ส่วนอาการเจ็บป่วย/ไม่สบาย มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ มี มีค่าเท่ากับ 1 และไม่มี มีค่าเท่ากับ 2

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ มี มีค่าเท่ากับ 1 และไม่มี มีค่าเท่ากับ 2

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับ ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ เป็นคำถามเกี่ยวกับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย

- ความคิดเห็นต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ เห็นด้วย มีค่าเท่ากับ 1 และ ไม่เห็นด้วย มีค่าเท่ากับ 2



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

- ความรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ มีการแปรความหมายค่าคะแนนความรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ มีจำนวน 5 ข้อ
คะแนนเต็ม 5 คะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามเกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนน 3.34-5.00 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน 1.67-3.33 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1.00-1.66 คะแนน

- พฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะ มีระดับการวัดเป็นมาตรานามบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัส
ของตัวแปร (Variable code) คือ เมื่ออาการป่วยดีขึ้น มีค่าเท่ากับ 1 การรับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ
มีค่าเท่ากับ 2 และหยุดรับประทานเอง มีค่าเท่ากับ 3

- การได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ มีระดับการวัดเป็นมาตรานามบัญญัติ (Nominal scale)
แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ ไม่ได้รับ มีค่าเท่ากับ 1 และ ได้รับ มีค่าเท่ากับ 2

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยนักวิจัยยึด
หลักการดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและนำเสนอโดยใช้ภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล
จริงของเจ้าของข้อมูล รวมทั้งสถานที่พักอาศัย การดำเนินการวิจัยนี้ไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวส่วนบุคคล และได้รับ
อนุญาตทางจริยธรรมสำหรับการศึกษานี้มาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประเทศไทย (HE672001)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 นี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ
(secondary data) ที่มาจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (National
Statistical Office [NSO], 2021)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 15 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัย-
ขอนแก่น) โดยใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความชุกของพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยา
ปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค
และการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 ใช้วิธีการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (Multivariable analysis)
โดยเริ่มจากนำตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าสู่สมการและพิจารณาความสำคัญทางด้านเนื้อหาโดยผู้วิจัยเอง จากนั้นดูผล
ความสัมพันธ์ของตัวแปรตาม 1 ตัว และตัวแปรอิสระ 1 ตัว วิเคราะห์แบบทีละคู่ (Bivariate analysis) โดยใช้
Simple logistic regression เพื่อดูความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัว โดยคำนึงถึง ผลกระทบจากตัวแปร
อื่น ๆ ที่เหลือกำหนด $p\text{-value for entry (Pe)} < 0.25$, $p\text{-value for remove (Pr)} > Pe$ (Hosmer et al.,
2013) จะถูกคัดเข้าในโมเดลเริ่มต้น (Initial model) ตามด้วยการวิเคราะห์เพื่อหาโมเดลหรือตัวแบบในการ
ทำนายพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะในพื้นที่ที่แตกต่างกัน ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก
แบบพหุระดับ (Multiple logistic regression) เพื่อให้สามารถควบคุมผลกระทบระหว่างกลุ่ม (Clustering
effect) ในแต่ละจังหวัด และภูมิภาคในประเทศ โดยผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่สนใจศึกษา และตัวแปรร่วมที่มี
ความสัมพันธ์เข้าสู่โมเดลแล้วทำการขจัดออก โดยวิธี Backward elimination จากนั้นประเมินความเหมาะสม
ของโมเดล แล้วนำเสนอเป็นค่า Adjusted OR (Adj. OR) และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$)
(Bundit, 2000)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ผลการวิจัย

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.44 มีอายุระหว่าง 45-60 ปี ร้อยละ 40.55 ค่าเฉลี่ย 51.16 (SD = 14.00) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 55.12 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 98.26 มีความสามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ 92.91 เห็นด้วยต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 98.31 ไม่มีอาการเจ็บป่วย/ไม่สบาย ร้อยละ 72.38 ไม่มีการเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 87.12 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 98.43 ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา ร้อยละ 97.58 ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 25.53 และมีพฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่ออาการป่วยดีขึ้น ร้อยละ 64.45 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,778)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	1,039	58.44
ชาย	739	41.56
2. อายุ		
อายุต่ำกว่า 18 ปี	11	0.62
อายุมากกว่า 18-25 ปี	44	2.47
อายุมากกว่า 25-45 ปี	352	19.80
อายุมากกว่า 45-60 ปี	721	40.55
อายุ 60 ปีขึ้นไป	650	36.56
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	51.16 (14.00)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	54 (15:91)	
3. ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	24	1.35
ก่อนประถมศึกษา	200	11.25
ประถมศึกษา	980	55.12
มัธยมศึกษาตอนต้น	172	9.67
มัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ	172	9.67
มัธยมศึกษาตอนปลายสายอาชีพ	29	1.63
อนุปริญญา	41	2.31
ปริญญาตรี	142	7.99
สูงกว่าปริญญาตรี	18	1.01
4. ความรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ		
มาก	1,125	63.27
ปานกลาง	622	34.98
ต่ำ	31	1.74



Risk Factors Associated with Antibiotic Use Behavior of Populations
in Health Region 8
ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,778) (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
5. ความสามารถในการดูแลตนเอง		
ทำได้	1,652	92.91
มีปัญหา	126	7.09
6. ความคิดเห็นต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ		
เห็นด้วย	1,748	98.31
ไม่เห็นด้วย	30	1.69
7. อาการเจ็บป่วย/ไม่สบาย		
ไม่มี	1,287	72.38
มี	491	27.62
8. การเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	1,549	87.12
มี	229	12.88
9. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	1,750	98.43
มี	28	1.57
10. การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา		
ไม่มี	1,735	97.58
มี	43	2.42
11. การได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ		
ไม่ได้รับ	1,324	74.47
ได้รับ	454	25.53
12. พฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะ		
เมื่ออาการป่วยดีขึ้น	559	31.44
รับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ	1,146	64.45
หยุดรับประทานเอง	73	4.11

พฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ของพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 10.69 (95% CI: 0.09-0.12) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,778)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยา ปฏิชีวนะของประชาชนเขตสุขภาพที่ 8	จำนวน	ร้อยละ	95% interval conference
ไม่ใช้	1,588	89.31	0.87-0.90
ใช้	190	10.69	0.09-0.12

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วย 5.52 เท่า (95%CI: 3.75-8.13, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ 3.90 เท่า (95%CI: 3.63-15.54, p-value 0.006) กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา 7.51 เท่า (95%CI: 1.34-3.04, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่ออาการป่วยดีขึ้น มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่รับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ 3.11 เท่า (95%CI: 2.18-4.42, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการหยุดรับประทานยาปฏิชีวนะเอง มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่รับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ 2.45 เท่า (95%CI: 1.13-5.30, p-value < 0.001) และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ 5.07 เท่า (95%CI: 3.58-7.16, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุระดับ (Multiple logistic regression) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 (n = 1,778)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละการใช้ ยาปฏิชีวนะ	Crude OR	Adj. OR	95%CI	p-value
1. การเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา						<0.001
ไม่มี	1,549	7.75	1	1	1	
มี	229	30.57	5.03	5.52	3.75-8.13	
2. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา						0.006
ไม่มี	1,750	10.23	1	1	1	
มี	28	39.29	3.92	3.90	1.38-11.11	
3. การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาลแต่ ไม่ได้ไปรักษา						<0.001
ไม่มี	1,324	9.74	1	1	1	
มี	454	48.84	6.30	7.51	3.63-15.54	

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุระดับ (Multiple logistic regression) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 (n = 1,778) (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะ	Crude OR	Adj. OR	95%CI	p-value
4. พฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะ						
รับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ	1,146	6.54	1	1	1	<0.001
เมื่ออาการป่วยดีขึ้น	559	18.60	3.11	3.11	2.18-4.42	
หยุดทานเอง	73	15.07	2.47	2.45	1.13-5.30	
5. การได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ						
ไม่ได้รับ	1,246	5.89	1	1	1	<0.001
ได้รับ	78	24.67	5.15	5.07	3.58-7.16	

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ความชุกของพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 8 อยู่ที่ร้อยละ 10.69 (95% CI: 0.09-0.12) แสดงให้เห็นว่าประชาชนประมาณ 1 ใน 10 คนในเขตสุขภาพที่ 8 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่น่ากังวล เมื่อเทียบกับเป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ที่กำหนดให้ลดการใช้ยาปฏิชีวนะลงร้อยละ 20-30 (Tangcharoensathien et al., 2017) ความชุกที่พบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเร่งดำเนินการมาตรการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะในเขตสุขภาพที่ 8 ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2565-2569 (Ministry of Public Health, Thailand, 2022) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะของประชาชนเขตสุขภาพที่ 8 อาจเกิดขึ้นได้จากทัศนคติต่อการรักษา เช่น ความเชื่อว่าจะต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทุกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้แก่ประชาชน การควบคุมการกระจายยา และการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในสถานพยาบาลทุกระดับ ซึ่งประเทศไทยมีแนวโน้มของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 6.30 พ.ศ. 2564 ร้อยละ 6.86 และ พ.ศ. 2566 ร้อยละ 8.80 (Tomson & Sterky, 1986) ซึ่งอาจอธิบายได้จากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภคยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย แต่หากเปรียบเทียบกับภูมิภาคเอเชียแล้วนั้น ประเทศไทยมีความชุกของการใช้ยาปฏิชีวนะน้อยกว่าทุกประเทศ ตามการสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะของแต่ละประเทศ ประกอบด้วย ประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 11.7% และประเทศศรีลังกา ร้อยละ 11.0% (Kamata et al., 2018) เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดต่อสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล ซึ่งการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจเป็นพื้นฐานเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องให้กับคนในครอบครัว ซึ่งปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่เชื่อว่ายาปฏิชีวนะสามารถฆ่าเชื้อไวรัสได้ และมีผลในการรักษาโรคหวัดหรือไข้หวัดใหญ่ (Zawahir et al., 2021) ความเข้าใจดังกล่าวจึงทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ผิด เช่น การซื้อยามา



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

รับประทานเอง การหยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น การร้องขอยาจากแพทย์ และการใช้ยาที่ผิดข้อบ่งชี้ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และเลือกใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้เท่านั้นจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวบุคคลและสามารถ นำความรู้เหล่านั้นไปบอกต่อเพื่อให้ครอบครัว สังคม และชุมชน มีพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล (Gualano et al., 2015; Miyano et al., 2022; Pauzi et al., 2024)

ยิ่งไปกว่านั้นในยุคปัจจุบันมีการเข้าถึงร้านขายยา และประชาชนสามารถซื้อยาได้ตามพื้นที่ชุมชน (Hassan et al., 1994) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคใช้หวัดที่อาการไม่รุนแรง ซึ่งพบได้บ่อยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจซื้อยาปฏิชีวนะมาบริโภคเองแบบไม่ผ่านการวินิจฉัยโรครวมทั้งการหยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลให้การรับประทานยาปฏิชีวนะไม่ได้ประสิทธิผลและอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยง ต่อการแพ้ยาและเกิดการดื้อยาของการติดเชื้อในครั้งต่อไป นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคใช้หวัดแล้วนั้นยังพบว่า การขาดความรู้จากอุบัติเหตุ เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ประชาชนเลือกใช้ยาไดคลอกซาซิลลิน (Dicloxacillin) ซึ่งเป็น ยาปฏิชีวนะในกลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillin) ที่แพทย์สั่งจ่ายเพื่อรักษาอาการที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย Staphylococcal (Kiel et al., 2020) ดังนั้นจึงทำให้การบริโภคยาปฏิชีวนะเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น ซึ่งสอดคล้อง กับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Valladales-Restrepo et al., 2023; Vella et al., 2021) ประกอบกับในยุคปัจจุบันมี การเข้าถึงยาปฏิชีวนะได้อย่างแพร่หลายตามร้านค้าและร้านยาเภสัชกรรมตามชุมชน ประชาชนจึงเลือกใช้ยา ปฏิชีวนะเพื่อรักษาการอักเสบของบาดแผลโดยขาดการประเมินที่ถูกต้อง โดยมีความเชื่อว่าสามารถรักษาอาการ อักเสบให้หายเร็วขึ้น

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขถือเป็นบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชน ทั้งในส่วนของ เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้คำแนะนำที่ถูกต้องและสร้างความ รอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่ประชาชน หากประชาชนได้รับคำแนะนำที่ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถ ตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง จะนำไปสู่การใช้ยาได้อย่างสมเหตุสมผล อย่างไรก็ตามหากความตระหนักด้าน สุขภาพไม่มากพอ ย่อมทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Chanla-or, 2023; Kallu et al., 2024; Traikumdan, 2022) นอกจากนี้การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปมักจะเชื่อมโยงกับ การใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในกลุ่มอาเซียน และประเทศที่กำลังพัฒนาที่ พบว่า มีการสั่งยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นบ่อยครั้ง (Sihavong et al., 2006; Taylor et al., 2003) หากสิ่งนี้ เกิดขึ้นในประเทศไทยย่อมส่งผลให้งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงขึ้น ดังนั้นหากประชาชนเขตสุขภาพที่ 8 ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์จนเกิดความเข้าใจและสามารถ ประเมินผลอาการเจ็บป่วยได้จะช่วยลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ในบุคลากรทางการแพทย์ จะสามารถลดการจ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น ด้วยเหตุนี้การพัฒนาความรู้เรื่องการใช้ยา ปฏิชีวนะและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน จึงเป็นรากฐานที่สำคัญ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

ข้อมูลทุติยภูมิได้มาจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในแง่ของตัวแปรปัจจัยที่นำมาใช้ในการ ศึกษาและความสมบูรณ์ของข้อมูล การวิเคราะห์ในการศึกษานี้จึงไม่สามารถครอบคลุมตัวแปรที่สำคัญอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดแผนและสร้างนโยบายสุขภาพ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขปัญหาการบริโภคยาปฏิชีวนะโดยเฉพาะสาเหตุจากการขาดความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนเพื่อให้เกิดการใช้ยาสมเหตุสมผลมากขึ้น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ควรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และบุคลากรทางการแพทย์ในความตระหนักการจ่ายยาที่เหมาะสม

3. ควรมีการสร้างองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกภาคส่วนและเกิดการบูรณาการร่วมกันเพื่อสร้างนโยบายดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน ตอบสนองภารกิจการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะการลดภาระในการใช้ยาปฏิชีวนะ ค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งการป้องกันการดื้อยาจากการใช้ยาปฏิชีวนะ และกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเองเป็นแบบอย่างที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจหยุดใช้ยาปฏิชีวนะด้วยตนเองของประชาชน
2. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน
3. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบในการลดปัจจัยเสี่ยงในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่อนุเคราะห์ในการใช้ฐานข้อมูล จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ประเทศไทย และขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

References

- Barbosa, T. M., & Levy, S. B. (2000). The impact of antibiotic use on resistance development and persistence. *Drug Resistance Updates*, 3(5), 303-311. <https://doi.org/10.1054/drup.2000.0167>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bundit, T. (2000). *Analysis of data in health research using logistic regression*. Department of Biostatistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Operating schools during COVID-19: CDC's considerations: Operating schools during COVID-19*. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/92308>
- Chanla-or, N. (2023). Prevalence and factors associated with the sale of dangerous drugs in grocery stores within Muang Lampang District, Lampang Province. *Journal of Health and Consumer Protection*, 3(2), 147-160. (in Thai)
- Coenen, S., Michiels, B., Van Royen, P., Van der Auwera, J. C., & Denekens, J. (2002). Antibiotics for coughing in general practice: A questionnaire study to quantify and condense the reasons for prescribing. *BMC Family Practice*, 3, 16. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-3-16>



- de Almeida Filho, N. (2001). For a general theory of health: Preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 753-770. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2001000400002>
- Fernandez, R. M. (2020). SDG3 good health and well-being: Integration and connection with other SDGs. In W. Leal Filho, T. Wall, A. M. Azul, L. Brandli, & P. G. Özuyar (Eds.), *Good health and well-being* (pp. 629-636). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95681-7_64
- Gerald, M. C. (1991). National drug policy and rational drug use: A model curriculum for developing countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(Suppl. 2), 95-99. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(91\)90119-t](https://doi.org/10.1016/0895-4356(91)90119-t)
- Gualano, M. R., Gili, R., Scaioli, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2015). General population's knowledge and attitudes about antibiotics: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 24(1), 2-10. <https://doi.org/10.1002/pds.3716>
- Hassan, Y., Abd Aziz, N., Sarrieff, A., Darwis, Y., & Ibrahim, P. (1994). Comprehension of antibiotic instructions in an outpatient Malaysian practice. *Hospital Pharmacy*, 29(1), 48-50.
- Health Region 8 Office. (2024). *Report on antibiotic use situation in Health Region 8 for the year 2024*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression*. John Wiley & Sons.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17(14), 1623-1634. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(19980730\)17:14<1623::AID-SIM871>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19980730)17:14<1623::AID-SIM871>3.0.CO;2-S)
- Kallu, S. A., Kebede, N., Kassa, T., Wubaye, A. M., Kainga, H., Mekonnen, H., & Simuunza, M. C. (2024). Knowledge, attitudes, practices, and risk perception of antimicrobial use and antimicrobial resistance among dairy farm owners/workers in Addis Ababa, Ethiopia. *Infection and Drug Resistance*, 17, 1839-1861. <https://doi.org/10.2147/IDR.S453570>
- Kamata, K., Tokuda, Y., Gu, Y., Ohmagari, N., & Yanagihara, K. (2018). Public knowledge and perception about antimicrobials and antimicrobial resistance in Japan: A national questionnaire survey in 2017. *PLOS ONE*, 13(11), e0207017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207017>
- Kiel, A., Catalano, A., Clark, C. M., Wattengel, B. A., Mason, J., Sellick, J., & Mergenhausen, K. A. (2020). Antibiotic prescribing in the emergency department versus primary care: Implications for stewardship. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(6), 789-795.e2. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.03.016>



- Lim, Y. J., Osman, A., Salahuddin, S. N., Romle, A. R., & Abdullah, S. (2016). Factors influencing online shopping behavior: The mediating role of purchase intention. *Procedia Economics and Finance*, 35, 401-410. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(16\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(16)00050-2)
- Ministry of Public Health, Thailand. (2022). *Thailand's national strategic plan on antimicrobial resistance 2022–2026* (2nd ed.). <https://spd.moph.go.th/public-health-resources-report/>
- Miyano, S., Htoon, T. T., Nozaki, I., Pe, E. H., & Tin, H. H. (2022). Public knowledge, practices, and awareness of antibiotics and antibiotic resistance in Myanmar: The first national mobile phone panel survey. *PLOS ONE*, 17(8), e0273380. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273380>
- National Statistical Office (NSO). (2021). Health and Welfare Survey Report [Internet]. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230505170315_44270.pdf
- Pauzi, Z. M., Hassan, B. A. R., Neo, C. F., Mohammed, A. H., Blebil, A., & Dujaili, J. (2024). Antibiotic use and resistance in a tertiary care hospital: Knowledge and attitude among patients of orthopaedic and surgical wards in Malaysia. *Journal of Pharmacy and Health Services Research*, 15(1), rmab068. <https://doi.org/10.1093/jphsr/rmab068>
- Sihavong, A., Lundborg, C. S., Syhakhang, L., Akkhavong, K., Tomson, G., & Wahlström, R. (2006). Antimicrobial self medication for reproductive tract infections in two provinces in Lao people's democratic republic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2), 182-186. <https://doi.org/10.1136/sti.2005.016352>
- Tangcharoensathien, V., Sattayawutthipong, W., Kanjanapimai, S., Kanpravidth, W., Brown, R., & Sommanustweechai, A. (2017). Antimicrobial resistance: From global agenda to national strategic plan, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(8), 599–603. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179648>
- Taylor, J. A., Kwan-Gett, T. S. C., & McMahon, E. M. (2003). Effectiveness of an educational intervention in modifying parental attitudes about antibiotic usage in children. *Pediatrics*, 111(5 Pt 1), e548-e554. <https://doi.org/10.1542/peds.111.5.e548>
- Tomson, G., & Sterky, G. (1986). Self-prescribing by way of pharmacies in three Asian developing countries. *Lancet*, 2(8507), 620-622. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(86\)92438-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)92438-4)
- Traikumdan, P. (2022). Factors associated with antibiotics used working age group in Chaloe Phrakiat District, Nakhon Ratchasima Province. *The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal*, 28(1), 62-69. (in Thai)
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>



Risk Factors Associated with Antibiotic Use Behavior of Populations in Health Region 8

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

- Valladales-Restrepo, L. F., Aristizábal-Carmona, B. S., Giraldo-Correa, J. A., Acevedo-Medina, L. F., Valencia-Sánchez, L., Acevedo-López, D. T., Gaviria-Mendoza, A., Machado-Duque, M. E., & Machado-Alba, J. E. (2023). Antibiotic management of uncomplicated skin and soft tissue infections in the real world. *Microorganisms*, 11(6), 1369. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11061369>
- Vella, V., Galgani, I., Polito, L., Arora, A. K., Creech, C. B., David, M. Z., Lowy, F. D., Macesis, N., Ridgway, J. P., Uhlemann, A. C., & Bagnoli, F. (2021). Staphylococcus aureus skin and soft tissue infection recurrence rates in outpatients: A retrospective database study at 3 US medical centers. *Clinical Infectious Diseases*, 73(5), e1045-e1053. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1717>
- Zawahir, S., Lekamwasam, S., Halvorsen, K. H., Rose, G., & Aslani, P. (2021). Self-medication behavior with antibiotics: A national cross-sectional survey in Sri Lanka. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, 19(10), 1341-1352. <https://doi.org/10.1080/14787210.2021.1911647>



Factors Related to COVID-19 Prevention Practices Among Operating Room Nurses*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด*

วสุพร	พัฒนคูหา**	Wasuphorn	Phatthanakhuha**
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล***	Nongyao	Kasatpibal***
นงค์คราญ	วิเศษกุล****	Nongkran	Viseskul****

Abstract

Operating room nurses play a vital role in COVID-19 prevention in operating rooms. This descriptive correlational research aimed to examine COVID-19 prevention practices of operating rooms nurses, factors related to practice, and the relationship between factors related to COVID-19 prevention practices among operating room nurses. The study was performed at a university hospital in Northern Thailand. The participants were 74 operating room nurses. The research instruments were a demographic questionnaire; a COVID-19 prevention practices questionnaire; and questionnaires on knowledge, attitude, organizational support, and environmental support for COVID-19 prevention practices among operating room nurses. The content validity of the questionnaires was examined by six experts, demonstrating a content validity index of 1.00. The reliabilities of the practices, knowledge, attitudes, organizational support, and environmental support questionnaires were .92, .86, .88, .85, and .82, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient statistics.

The results of the study revealed that the participants had practices of COVID-19 prevention at a high level with a median score of 182.50 out of 189.00 points; knowledge of COVID-19 prevention practices at a high level with a median score of 15.00 out of 20.00 points; attitude towards COVID-19 prevention practices at a moderate level with a median score of 58.00 out of 80.00 points; working experience with a median of 13.50 years and a range of 1-38 years; organizational support for COVID-19 prevention practices at a high level with a median score of 31.00 out of 40.00 points; and environmental support for COVID-19 prevention practices at a high level with a median score of 73.00 out of 92.00 points. In addition, knowledge, attitude, working experience, and organizational support were significantly positively correlated with practices at a moderate level ($r = .345, p = .003$; $r = .374, p = .001$; $r = .484, p < .001$; and $r = .471, p < .001$, respectively). Environmental support was significantly positively correlated with COVID-19 prevention practices at a low level ($r = .193, p = .041$).

The results show that COVID-19 prevention practices for nurses in operating rooms will increase if the nurses have good knowledge, a good attitude, and more extensive working experience; receive support from the organization; and have a conducive environment. Therefore, these factors should be promoted for operating room nurses to prevent COVID-19.

Keywords: Practices; COVID-19; COVID-19 prevention; Operating room nurses

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: wasuphorn.p@cmu.ac.th

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

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

Received 1 December 2023; Revised 29 January 2024; Accepted 5 February 2024

**บทคัดย่อ**

พยาบาลห้องผ่าตัด มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัด การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 74 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการปฏิบัติ แบบวัดความรู้ แบบวัดทัศนคติ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการสนับสนุนขององค์กร และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ .92, .86, .88, .85 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's correlation coefficient.

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมในระดับสูง มัธยฐาน 182.50 จากคะแนนเต็ม 189.00 คะแนน ความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับสูง มัธยฐาน 15.00 จากคะแนนเต็ม 20.00 คะแนน ทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มัธยฐาน 58.00 จากคะแนนเต็ม 80.00 คะแนน ประสิทธิภาพการทำงานระหว่าง 1 ถึง 38 ปี มัธยฐาน 13.50 ปี การสนับสนุนขององค์กรต่อการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับสูง มัธยฐาน 31.00 จากคะแนนเต็ม 40.00 คะแนน และสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับสูง มัธยฐาน 73.00 จากคะแนนเต็ม 92.00 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ ทัศนคติ ประสิทธิภาพการทำงาน และการสนับสนุนขององค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .345, p = .003$; $r = .374, p = .001$; $r = .484, p < .001$ และ $r = .471, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .193, p = .041$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดจะเพิ่มขึ้น หากพยาบาลมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีประสิทธิภาพการทำงานที่สูง ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร และมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันโรค ดังนั้นควรส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวให้แก่พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันโรคโควิด 19

คำสำคัญ: การปฏิบัติ โรคโควิด 19 การป้องกันโรคโควิด 19 พยาบาลห้องผ่าตัด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: wasuphorn.p@cmu.ac.th

*** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด 19 เกิดจากเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วทุกภูมิภาคของโลก (pandemic) ตั้งแต่ธันวาคม พ.ศ. 2562 ข้อมูล ณ วันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 698 ล้านราย มีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.9 ล้านราย คิดเป็นอัตราการตายประมาณร้อยละ 1 (Worldometers, 2023) สำหรับห้องผ่าตัดนั้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดมีอัตราการติดเชื้อโรคโควิด 19 ร้อยละ 0.93 (Lin et al., 2020) ใกล้เคียงกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดที่พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 0.86 (Kibbe, 2020) จากการศึกษาใน 235 โรงพยาบาล ใน 24 ประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ได้รับการผ่าตัดมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 23.8 (COVIDSurg Collaborative, 2020)

การระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดผลกระทบไปทั่วโลก โดยเฉพาะต่อบุคลากรสุขภาพและระบบสาธารณสุข จากปริมาณผู้ติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้น มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น อาการป่วยรุนแรงมากขึ้น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ไม่เพียงพอ บุคลากรเหนื่อยล้า เป็นสาเหตุให้บุคลากรสุขภาพเกิดการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากบุคลากรสุขภาพเป็นด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 จึงมีโอกาสสัมผัสกับไวรัสมากที่สุด (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า บุคลากรสุขภาพติดเชื้อโรคโควิด 19 ถึงร้อยละ 15.1 ต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 1.5 (Gholami et al., 2021) และมีพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวนหนึ่งติดเชื้อโรคโควิด 19 และบางส่วนเสียชีวิต (Mohammadi et al., 2021) นอกจากนี้ โรคโควิด 19 ยังส่งผลให้บุคลากรห้องผ่าตัด มีความกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง (Koksall et al., 2020) และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเฉลี่ย 50.7 พันล้านดอลลาร์ต่อเดือน (Kaye et al., 2021)

โรคโควิด 19 ติดต่อผ่านทางละอองขนาดเล็กที่มีเชื้อไวรัสปะปนอยู่ จากการสูดดมละอองขนาดใหญ่ (droplet transmission) การสัมผัสโดยตรง (direct contact) หรือการสัมผัสโดยอ้อม (indirect contact) ผ่านอุปกรณ์เครื่องใช้หรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อ และสามารถติดต่อผ่านทางรับประทานอาหารและทางอุจจาระได้ (fecal-oral transmission) (Alvino & Caughell, 2021) นอกจากนี้ละอองของเชื้อไวรัสที่เกิดขึ้นระหว่างการทำหัตถการบางอย่างในห้องผ่าตัด เช่น การช่วยหายใจโดยการสวมหน้ากาก การใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะคอ การใช้เครื่องจี้ การใช้ก๊าซในการผ่าตัด และการส่องกล้องตรวจหลอดลม อาจทำให้เชื้อโรคโควิด 19 เกิดเป็นละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol) เกิดการแพร่กระจายจากฝอยละอองขนาดเล็กในอากาศ (airborne transmission) และสามารถเพิ่มความเสี่ยงของการปนเปื้อนเชื้อไวรัสได้ (American College of Surgeons, 2020) ดังนั้นห้องผ่าตัดซึ่งมีผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 เข้ารับการรักษารวมถึงอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัดที่ใช้จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 (Ti et al., 2020) อีกทั้งการผ่าตัดแต่ละครั้งจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรจำนวนมาก และขณะที่มีการทำหัตถการผ่าตัด ทีมผ่าตัดไม่สามารถเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลได้ (Mohammadi et al., 2021) บุคลากรห้องผ่าตัดมีความเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสโดยตรงกับเลือด เนื้อเยื่อ และของเหลวในร่างกายของผู้ป่วยโรคโควิด 19 นอกจากนี้ห้องผ่าตัดโดยทั่วไปยังมีระบบกรองอากาศความดันบวก เมื่อมีผู้ป่วยหรือบุคลากรสุขภาพที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ก็จะเพิ่มความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น เมื่อเทียบกับสภาพแวดล้อมอื่น ๆ (Hussain et al., 2020) ซึ่งพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดร้อยละ 60.6 ต้องดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการผ่าตัด (Gümüs & Basgun, 2021) ดังนั้นการป้องกันโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยแนวปฏิบัติสำหรับการผ่าตัดในภาวะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย ได้แก่ แนวปฏิบัติการทำหัตถการและการผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 มีจำนวนทั้งหมด 4 ฉบับ (Department of Medical

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

Services, 2020) ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันส่วนบุคคล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ผ่าตัด การใช้ PPE และการทำความสะอาดห้องผ่าตัด

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในพยาบาลห้องผ่าตัดและบุคลากรสุขภาพพบว่า มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิด พร็เซ็ดโพรเซ็ดโมเดล (PRECEDE-PROCEED model) ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (multiple factors) อันประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และการดำเนินการเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ต้องมีการวินิจฉัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันโรคและนำไปสู่การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Green & Kreuter, 2005) ทั้งนี้จากการศึกษาปัจจัยนำที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ผ่านมามีเพียงการศึกษาในประเทศตุรกี โดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 80.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติ (Gümüs & Basgun, 2021) ส่วนการศึกษาในบุคลากรสุขภาพพบในการศึกษาของประเทศปากีสถานพบว่า มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 93.2 มีทัศนคติที่ดี และมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดี ร้อยละ 88.7 โดยความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ($r = .142, p = .016$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ($r = .174, p = .004$) (Saqlain et al., 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเนปาล พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ($r = .298, p = .002$) (Limbu et al., 2020) สำหรับปัจจัยนำอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ ได้แก่ ระยะเวลาการทำงานและประสบการณ์การทำงาน (Zhang et al., 2020) โดยผู้ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี จะมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย (OR = 10.7, 95% CI 2.8 - 40.8, $p = .025$) (Saqlain et al., 2020)

การศึกษาปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การระบายอากาศที่ดี มีห้องแยก และห้องกัน จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Houghton et al., 2020) นอกจากนี้พบว่าหากห้องผ่าตัดมีห้องที่มีความดันลบ จะเป็นห้องผ่าตัดที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสมอย่างยิ่งในการลดการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 (Ti et al., 2020) ส่วนการศึกษาปัจจัยเสริมซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงาน จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทยพบว่า การกำหนดนโยบายความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของบุคลากรสุขภาพ ($p < .05$) (Deesawat et al., 2021) จากการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ พบว่า การเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 การจัดอัตรากำลังเสริมและหมุนเวียนเจ้าหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการผ่าตัดและจัดให้มีห้องผ่าตัดแยกโดยเฉพาะ การใช้วัสดุอุปกรณ์แบบใช้แล้วทิ้ง การออกมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในบุคลากรห้องผ่าตัด รวมไปถึงการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อใช้ PPE อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยป้องกันโรคโควิด 19 (Wong et al., 2020) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การอบรมเฉพาะทางด้านการติดเชื้อ และการอบรมเกี่ยวกับการใช้ PPE เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรทางการแพทย์ (Houghton et al., 2020)

พยาบาลห้องผ่าตัดถือเป็นบุคลากรด่านหน้า ซึ่งมีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การติดต่อประสานงานภายในทีมผ่าตัด การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ชุดและอุปกรณ์ PPE การดูแลสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด การจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัด รวมถึง



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

การกำกับดูแลทำความสะอาดห้องผ่าตัดหลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้น ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดน้อย พบเพียงการศึกษาในประเทศตุรกี ซึ่งเป็นการศึกษาความรู้และทัศนคติต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดช่วงระยะเริ่มต้นของการระบาดโรคโควิด 19 (Gümüş & Basgun, 2021) ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดพรินซ์โดพรินซ์โดโมเดล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด และผลจากการศึกษานี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการหากลยุทธ์ในการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อช่วยลดอัตราการติดเชื้อ อัตราการเสียชีวิต และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของพยาบาลในห้องผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดพรินซ์โดพรินซ์โดโมเดลของ กรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย การดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการและวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและกำหนดวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำแนวคิดพรินซ์โดโมเดล ระยะที่ 3 ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์การทำงาน 2) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และ 3) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ได้แก่ การสนับสนุนขององค์กรหรือหน่วยงาน ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการศึกษา โดยนำแนวปฏิบัติการทำหัตถการและการผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 เป็นแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบไปด้วย การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันส่วนบุคคล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ผ่าตัด การใช้ PPE และการทำความสะอาดห้องผ่าตัด ซึ่งหากพยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และทัศนคติที่ดี มีประสบการณ์ในการทำงาน ร่วมกับได้รับปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง น่าจะส่งผลให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด 19

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ตัวแทนประชากรที่ศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ศึกษา ดังนี้

1. ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมากกว่า 3 เดือน
2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้างานการพยาบาล หรือผู้ตรวจการพยาบาลห้องผ่าตัด การวิจัยนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (Yamane, 1973) จากจำนวนประชากร 94 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 77 คน และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2017) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 86 คน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้โรงพยาบาลมหาราชนคร-เชียงใหม่ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับสลากมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด และประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด สร้างข้อคำถามตามแนวปฏิบัติการทำหัตถการและการผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 ประกอบด้วย การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันส่วนบุคคล 8 ข้อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 10 ข้อ การเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ผ่าตัด 11 ข้อ การใช้ PPE 25 ข้อ และการทำความสะอาดห้องผ่าตัด 9 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 63 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ คะแนนรวมเท่ากับ 189 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวิธีการป้องกันโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัด ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ การรักษา การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันส่วนบุคคล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ผ่าตัด การใช้ PPE และการทำความสะอาดห้องผ่าตัด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย ให้เลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 20 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันส่วนบุคคล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ผ่าตัด การใช้ PPE และการทำความสะอาดห้องผ่าตัด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ คะแนนรวมเท่ากับ 80 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการสนับสนุนขององค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย การสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงาน นโยบายและแนวทาง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

การปฏิบัติขององค์กรในการป้องกันโรคโควิด 19 และการได้รับการอบรมในการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ คะแนนรวมเท่ากับ 40 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย ทรัพยากรต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และ PPE นอกจากนี้ยังรวมถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพของห้องผ่าตัด ความดันอากาศ ระบบระบายอากาศ การกรองอากาศ การหมุนเวียนอากาศ และห้องกัน จำนวน 23 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ คะแนนรวมเท่ากับ 92 คะแนน

ผู้วิจัยนำเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัด 2 ท่าน และพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 2 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำค่าที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1 และนำไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย แล้วมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยแบบวัดความรู้ใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder-Richardson Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 ส่วนแบบสอบถามการปฏิบัติ แบบสอบถามทัศนคติ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการสนับสนุนขององค์กร และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92, .88, .85 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 044/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 237/65 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้นและเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวม ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพบหัวหน้างานการพยาบาลผู้ตรวจการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงในกล่องที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้ โดยแยกใส่แต่ละกล่อง ภายใน 2 สัปดาห์
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 74 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.0 จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และพิสัย



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

2. คะแนนความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร สภาพแวดล้อม และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 เมื่อนำมาทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟสเมอรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน และพิสัย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร และสภาพแวดล้อม กับ การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient statistics) ในการทดสอบ โดยกำหนดระดับของความสัมพันธ์ ดังนี้ (Thato, 2018)

> .70	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.30 - .70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
< .30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
0	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.6 มีอายุตั้งแต่ 22-59 ปี มัธยฐาน 37.0 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 21-30 ปี ร้อยละ 39.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.2 มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดระหว่าง 1-38 ปี มัธยฐาน 13.5 ปี โดยมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดมากกว่า 10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 54.1

กลุ่มตัวอย่างเคยมีการติดเชื้อโรคโควิด 19 ร้อยละ 51.4 การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 5 เข็มมากที่สุด ร้อยละ 43.2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ภายใน 1 ปี ร้อยละ 60.8

การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมในระดับสูง ร้อยละ 100.0 โดยมีคะแนนระหว่าง 155-189 คะแนน และมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 182.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 189 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 (n = 74)

คะแนนการปฏิบัติ	จำนวน (n = 74)	ร้อยละ	ระดับการปฏิบัติ
127 - 189	74	100.0	สูง
64 - 126	0	0.0	ปานกลาง
0 - 63	0	0.0	ต่ำ

Median = 182.5 Range = 155-189

ความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 ระหว่าง 11-20 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 15 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ระดับสูง ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือมีความรู้ระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 47.3 และ 4.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 (n = 74)

คะแนนความรู้	จำนวน (n = 74)	ร้อยละ	ระดับความรู้
16 - 20	36	48.6	สูง
13 - 15	35	47.3	ปานกลาง
0 - 12	3	4.1	ต่ำ
Median = 15 Range = 11-20			

ทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 ระหว่าง 44-73 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 58 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 71.6 รองลงมาคือมีคะแนนทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 28.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด (n = 74)

คะแนนทัศนคติ	จำนวน (n = 74)	ร้อยละ	ระดับทัศนคติ
61 - 80	21	28.4	สูง
41 - 60	53	71.6	ปานกลาง
20 - 40	0	0.0	ต่ำ
Median = 58 Range = 44-73			

การสนับสนุนขององค์กรที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นต่อการสนับสนุนขององค์กรที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ระหว่าง 20-40 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 31 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดเห็นต่อการสนับสนุนขององค์กรระดับสูง ร้อยละ 58.1 มีการสนับสนุนขององค์กรระดับปานกลาง ร้อยละ 39.2 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการสนับสนุนขององค์กรที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด (n = 74)

คะแนน	จำนวน (n = 74)	ร้อยละ	ระดับคะแนน
31 - 40	43	58.1	สูง
21 - 30	29	39.2	ปานกลาง
10 - 20	2	2.7	ต่ำ
Median = 31 Range = 20-40			

สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ระหว่าง 56-92 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 73 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อม ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 59.5 และ 40.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด (n = 74)

คะแนน	จำนวน (n = 74)	ร้อยละ	ระดับคะแนน
70 - 92	44	59.5	สูง
47 - 69	30	40.5	ปานกลาง
23 - 46	0	0.0	ต่ำ
Median = 73 Range = 56-92			

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการทำงาน และการสนับสนุนขององค์กร กับ การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

ความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการทำงาน และการสนับสนุนขององค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .345$, $p = .003$; $r = .374$, $p = .001$; $r = .484$, $p < .001$ และ $r = .471$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .193$, $p = .041$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร และสภาพแวดล้อมกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด (n = 74)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การปฏิบัติของพยาบาล		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้	.345	0.003	ปานกลาง
ทักษะ	.374	.001	ปานกลาง
ประสิทธิภาพการทำงาน	.484	< .001	ปานกลาง
การสนับสนุนขององค์กร	.471	< .001	ปานกลาง
สภาพแวดล้อม	.193	.041	ต่ำ

การอภิปรายผล

1. การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมในระดับสูง (ตารางที่ 1) อาจเนื่องมาจากการระบาดของโรคโควิด 19 หลายระลอก ส่งผลให้หน่วยงานมีการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายและแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ ครอบคลุมการปฏิบัติงานของบุคลากรห้องผ่าตัด มีการปรับปรุงให้ห้องผ่าตัดความดันลบ มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลให้เพียงพอ รวมถึงบุคลากรห้องผ่าตัดมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับสูง อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมในระดับสูง ดังการศึกษาของ หยาง และคณะ (Yang et al., 2022) ที่พบว่า พยาบาลฉุกเฉินส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการโรคโควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ซี และคณะ (C et al., 2022) ที่พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

อย่างเคร่งครัดระดับดี และการศึกษาของ ศศินา สิมพงษ์ และคณะ (Simpong et al., 2021) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้งน้อยที่สุดในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ เว้นระยะห่างจากเพื่อนร่วมงานอย่างน้อย 1-2 เมตร ร้อยละ 17.6 และไม่รับประทานอาหารร่วมกับเพื่อนร่วมงานในห้องผ่าตัด ร้อยละ 27.0 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากห้องผ่าตัดเป็นระบบปิด มีพื้นที่จำกัด ทำให้การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลทำได้ยาก นอกจากนี้ ยังพบว่า การใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่ไม่ควรละเมิดพบว่า มีการไม่ปฏิบัติทุกครั้ง โดยเฉพาะการทำความสะอาดมือก่อนใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล มีการปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 86.5 ตรวจสอบความแนบสนิทกับใบหน้า (fit check) ของหน้ากาก N95 ก่อนปฏิบัติงาน และทำความสะอาดมือทุกขั้นตอนของการถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล มีการปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 95.9 จึงควรส่งเสริมในเรื่องดังกล่าว

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

2.1 ความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 16.4 ปี ทำให้มีความรู้และชำนาญในการปฏิบัติงานประกอบกับโรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่มีการระบาดและส่งผลกระทบอย่างรุนแรงไปทั่วโลก มีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารอย่างแพร่หลาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากหลากหลายช่องทาง นอกจากนี้ ระดับการศึกษาและได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลต่อคะแนนความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาโท มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ($p = 0.003$) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการอบรม ($p = 0.047$) ดังการศึกษาของ มูเหลียนนิงฉี และคณะ (Mulianingsih et al., 2020) ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อียายู และคณะ (Eyayu et al., 2022) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ถูกต้องน้อย ได้แก่ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ร้อยละ 33.8 การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการทำสะอาดห้องผ่าตัด ร้อยละ 37.8 และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคโควิด 19 หลังการผ่าตัด ร้อยละ 45.9 จึงควรส่งเสริมความรู้ในเรื่องดังกล่าว

2.2 ทักษะในการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีฐาน 58.0 จากคะแนนเต็ม 80.0 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 71.6 (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต บุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังขาดความมั่นใจในความปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัด ถือเป็นบุคลากรด่านหน้าที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยโรคโควิด 19 สูง อาจทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ดังการศึกษาของ มิลแลน และคณะ (Millan et al., 2021) ที่พบว่า บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบ และกลัวว่าจะนำเชื้อไปแพร่สู่บุคคลใกล้ชิดและครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซาฟซาร์ และ คาราเยิร์ต (Savsar & Karayurt, 2023) พบว่า พยาบาลศัลยกรรมส่วนใหญ่มีความกลัวระดับปานกลาง และเกิดความเหนื่อยล้าเนื่องจากโรคโควิด 19

2.3 ประสิทธิภาพการทำงานในการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการทำงานในห้องผ่าตัดมากกว่า 10 ปี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีมีฐานของคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 มากที่สุด โดยค่ามีฐานเท่ากับ 185 จากคะแนนเต็ม 189 คะแนน ทั้งนี้อาจเพราะเป็นพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ (expert) มีความรู้และความสามารถสูงสามารถเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ได้มากขึ้น สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ และปฏิบัติงานในเหตุการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว จึงอาจส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับสูง

2.4 การสนับสนุนขององค์กรที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนขององค์กรที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4) โดยข้อความที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด ได้แก่ หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัด ร้อยละ 59.5 หน่วยงานส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัด ร้อยละ 55.4 และหน่วยงานมีการกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ร้อยละ 52.7 อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาล มีมาตรการการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลมานาน โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 มีการรณรงค์และออกมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อย่างเข้มงวด สอดคล้องกับการศึกษาของ พะยอม ทองใบ และ อารี บุตรสอน (Thongbai & Butsorn, 2022) ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ จุฬามณี สมใจ และคณะ (Somjai et al., 2021) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กรในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในพยาบาลวิชาชีพพบว่า มีคะแนนการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งน้อยที่สุด ได้แก่ หน่วยงานมีอัตราค่าจ้างเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 10.8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 หน่วยงานมีการบริหารอัตราค่าจ้างบางส่วนเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ภายนอกหน่วยงาน ประกอบกับการรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการอาจทำให้อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ต้องอาศัยบุคลากรเป็นจำนวนมาก

2.5 สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่ามีฐาน 73.0 จากคะแนนเต็ม 92.0 คะแนน (ตารางที่ 5) อาจเนื่องมาจากสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ที่มีห้องผ่าตัดความดันลบสำหรับผ่าตัดผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ประกอบกับช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล มีการจัดทาสถูอุปกรณ์ในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้เพิ่มมากขึ้น จึงอาจส่งผลให้คะแนนความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนเห็นด้วยอย่างยิ่งน้อยที่สุดต่อความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ หน่วยงานมีห้องอาบน้ำเพียงพอ ร้อยละ 12.2 จึงควรให้การสนับสนุนด้านดังกล่าว

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .365, p = .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับสูง จึงอาจมีผลทำให้การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 สูงตาม



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

ไปด้วย ดังการศึกษาของ อัมโร และคณะ (Amro et al., 2022) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในบุคลากรสุขภาพ ($r = .513, p < .001$)

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .367, p = .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติจะช่วยป้องกันโรคโควิด 19 ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ และอาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีตามมา และอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 มากที่สุด คือกลุ่มที่มีช่วงอายุ 51 ถึง 60 ปี และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี เป็นกลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 มากที่สุดเช่นกัน ดังการศึกษาของ หยาง และคณะ (Yang et al., 2022) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการโควิด 19 ของพยาบาลฉุกเฉิน ($r = .330, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ มายูรียา และคณะ (Maurya et al., 2022) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในบุคลากรสุขภาพ ($r = .389, p = .001$)

ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484, p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 54.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีมัธยฐานของคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 มากที่สุด (Median = 185.0, Mean rank = 48.1) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ถือเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการทำงานสูงสามารถนำประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ อาเบเน และคณะ (Abene et al., 2021) ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคโควิด 19 โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้น จะสามารถปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ในระดับดีเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 16 ปีขึ้นไป สามารถปฏิบัติได้ดีที่สุด (AOR = 7.9, 95% CI 2.9-21.1, $p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชูติมา ดีสวัสดิ์ และคณะ (Deesawat et al., 2021) ที่พบว่าประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในบุคลากรสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การสนับสนุนขององค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .487, p < .001$) อาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากโรงพยาบาลและหน่วยงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยหน่วยงานมีแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในห้องผ่าตัด และส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ รวมถึงมีการกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าได้รับการสนับสนุนในระดับสูง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ จุฬามณี สมใจ และคณะ (Somjai et al., 2021) พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .456, p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และฝึกทักษะ ด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้านการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ และด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พะยอม ทองใบ และ อารี บุตรสอน (Thongbai & Butsorn, 2022) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านเวลา ส่งผลทางบวกต่อประสิทธิผลของการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม

โรคโควิด 19

สภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .251, p = .031$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านสภาพแวดล้อมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งในช่วงของการระบาด หน่วยงานมีการตอบสนองนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญต่อบริบทการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายโรคโควิด 19 โดยได้จัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออย่างเพียงพอ มีการจัดการสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดให้เหมาะสม และมีห้องผ่าตัดความดันลบ ที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ดังเช่นการศึกษาของ อายยู และคณะ (Eyayu et al., 2022) พบว่า การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลอย่างเพียงพอเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาล ($AOR = 1.6, 95\% CI 1.0-2.4, p = 0.044$) และการศึกษาของ ชุตินา ดีสวัสดิ์ และคณะ (Deesawat et al., 2021) ที่พบว่าบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในบุคลากรสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ การใช้ห้องผ่าตัดความดันลบยังช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 อีกด้วย (Ti et al., 2020)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ทั้งความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการทำงาน การสนับสนุนขององค์กร และสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดพีรซิดโมเดล ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Green & Kreuter, 2005) ดังนั้น การส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนปัจจัยทั้งสามด้าน ทั้งการส่งเสริมความรู้ ทักษะ การสนับสนุนจากองค์กร การจัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สนับสนุนการจัดอบรมให้ความรู้ รวมไปถึงการส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อม โดยการจัดหาห้องอาบน้ำและอุปกรณ์ป้องกันอย่างเพียงพอ จะเอื้อต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดไม่เกิดการติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการทำงานและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย และทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียว ทำให้ข้อมูลที่ได้ อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนในการอ้างอิงถึงประชากรในโรงพยาบาลอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำเสนอข้อมูลงานวิจัยนี้ต่อผู้บริหารทางการแพทย์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด โดยควรจัดอัตรากำลังพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีความเพียงพอ ควรจัดสถานที่รับประทานอาหารให้เป็นสัดส่วนและสะดวกสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ควรมีพื้นที่เพียงพอในการเว้นระยะห่าง และควรจัดหาห้องอาบน้ำให้เพียงพอ
2. ควรส่งเสริมและประเมินความรู้ในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การเลือกใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคโควิด 19 หลังการผ่าตัด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด 19 รวมถึงวิธีการทำความสะอาดมือที่ถูกต้อง
3. ควรส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด โดยเน้นเกี่ยวกับการเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม และการได้รับวัคซีน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ภายในห้องผ่าตัด



4. ควรส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด โดยควรเน้นการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันส่วนบุคคล และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการสุ่มสังเกต
2. ควรศึกษาการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด ของโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ เพื่อขยายผลของการศึกษา
3. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในพยาบาลห้องผ่าตัด

References

- Abene, E. E., Ocheke, A. N., Ozoilo, K. N., Gimba, Z. M., Okeke, E. N., Agbaji, O. O., & Agaba, E. I. (2021). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Nigerian healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A single center survey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(12), 1846-1851. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_365_20
- Alvino, R. T., & Caughell, C. M. (2021). COVID-19 in the perioperative setting: Applying a hierarchy of controls to prevent transmission. *AORN Journal*, 113(2), 147-164. <https://doi.org/10.1002/aorn.13301>
- American College of Surgeons [ACS]. (2020). *COVID-19: Considerations for optimum surgeon protection before, during, and after operation*. https://www.facs.org/media/ngcbzggz/considerations_optimum_surgeon_protection.pdf
- Amro, F. M., Rayan, A. H., Eshah, N. F., & Albashtawy, M. S. (2022). Knowledge, attitude, and practices concerning covid-19 preventive measures among healthcare providers in Jordan. *SAGE Open Nursing*, 8, 237796082211064. <https://doi.org/10.1177/23779608221106422>
- C, O. L., Calistus, E. O., O, O. E., Chiedu, E. M., Ilo, C. I., Helen, O. I., & Nwankwo, C. U. (2022). Knowledge and compliance to practice of preventive measures to covid-19 among nurses in a selected tertiary hospital in South-south, Nigeria. *African Journal of Infectious Diseases*, 16(2), 55-62. <https://doi.org/10.21010/Ajid.v16i2.6>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *What healthcare personnel should know about caring for patients with confirmed or possible Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. <https://portal.ct.gov/-/media/doc/pdf/coronavirus-3-20/cdc-what-health-care-professionals-should-know.pdf>
- COVIDSurg Collaborative. (2020). Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: An international cohort study. *The Lancet*, 396(10243), 27-38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31182-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31182-X)
- Deesawat, C., Geerapong, P., & Pensirinapa, N. (2021). Factors affecting safety behaviors for preventing novel coronavirus-2019 infection among personnel in Buriram Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(38), 399-413. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/251209> (in Thai)



- Department of Medical Services. (2020). *Guidelines for performing procedures and surgery during the outbreak of coronavirus disease 2019*. <https://covid19.dms.go.th> (in Thai)
- Eyayu, M., Motbainor, A., & Gizachew, B. (2022). Practices and associated factors of infection prevention of nurses working in public and private hospitals toward COVID-19 in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia: Institution-based cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*, 10, 205031212210982. <https://doi.org/10.1177/20503121221098238>
- Gholami, M., Fawad, I., Shadan, S., Rowaiee, R., Ghanem, H., Khamis, A. H., & Ho, S. B. (2021). COVID-19 and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 104, 335–346. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.013>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An education and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Gümüş, K., & Basgun, A. (2021). Evaluation of the knowledge of operating room nurses of preventive practices for protection against COVID-19. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 36(3), 300–304. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.10.003>
- Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, X. H. S., Devane, D., & Biesty, L. M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: A rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD013582. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>
- Hussain, Z. B., Shoman, H., Yau, P. W. P., Thevendran, G., Randelli, F., Zhang, M., Kocher, M. S., Norrish, A., & Khanduja, V. (2020). Protecting healthcare workers from COVID-19: Learning from variation in practice and policy identified through a global cross-sectional survey. *Bone and Joint Open*, 1(5), 144–151. <https://doi.org/10.1302/2633-1462.15.BJO-2020-0024.R1>
- Kaye, A. D., Okeagu, C. N., Pham, A. D., Silva, R. A., Hurley, J. J., Arron, B. L., Sarfraz, N., Lee, H. N., Ghali, G. E., Gamble, J. W., Liu, H., Urman, R. D., & Cornett, E. M. (2021). Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 35(3), 293–306. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.009>
- Kibbe, M. R. (2020). Surgery and COVID-19. *Journal of the American Medical Association*, 324(12), 1151–1152. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.15191>
- Koksal, E., Dost, B., Terzi, Ö., Ustun, Y. B., Özdin, S., & Bilgin, S. (2020). Evaluation of depression and anxiety levels and related factors among operating theater workers during the novel coronavirus (COVID-19) pandemic. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(5), 472–477. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.06.017>
- Limbu, D. K., Piryani, R. M., & Sunny, A. K. (2020). Healthcare workers' knowledge, attitude, and practices during the COVID-19 pandemic response in a tertiary care hospital of Nepal. *PLOS ONE*, 15(11), e0242126. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242126>



- Lin, E. E., Blumberg, T. J., Adler, A. C., Fazal, F. Z., Talwar, D., Ellingsen, K., & Shah, A. S. (2020). Incidence of COVID-19 in pediatric surgical patients among 3 US children's hospitals. *JAMA Surgery, 155*(8), 775-777. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.2588>
- Maurya, V. K., Upadhyay, V., Dubey, P., Shukla, S., & Chaturvedi, A. (2022). Assessment of front-line healthcare workers' knowledge, attitude, and practice after several months of COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Quality Research, 37*(1), 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.07.004>
- Millan, D. L. M., Carrion-Nessi, F. S., Bernard, M. D. M., Marcano-Rojas, M. V., Avila, O. D. O., Fernandez, J. M. D., Labrador, F. R. C., Rodríguez, A. Q., Vega, S. G., Tami, A., Maricuto, A. L., Velasquez, V. L., Landaeta, M. E., Figuera, M., Chavero, M., Figuera, L., Camejo-Avila, N. A., & Forero-Pena, D. A. (2021). Knowledge, attitudes, and practices regarding COVID-19 among healthcare workers in Venezuela: An online cross-sectional survey. *Frontiers in Public Health, 9*, 633723. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.633723>
- Mohammadi, F., Tehranineshat, B., Bijani, M., Oshvandi, K., & Badiyepymaiejahromi, Z. (2021). Exploring the experiences of operating room health care professionals from the challenges of the COVID-19 pandemic. *BMC Surgery, 21*(1), 434. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01437-3>
- Mulianingsih, M., Hadi, I., Istianah., Yusron, M. A., & Pramana, C. (2020). Analysis knowledge, attitude, and practice of COVID-19 among the nursing staffs in Mataram city, Indonesia. *Psychology and Education, 57*(9), 2112-2116. <https://papers.ssrn.com/abstract=3779249>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Saqlain, M., Munir, M. M., Rehman, S. U., Gulzar, A., Naz, S., Ahmed, Z., Tahir, A. H., & Mashhood, M. (2020). Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: A cross-sectional survey from Pakistan. *Journal of Hospital Infection, 105*(3), 419-423. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.007>
- Savsar, A., & Karayurt, Ö. (2023). Factors affecting COVID-19-related fear and burnout in surgical nurses. *Irish Journal of Medical Science, 192*(6), 3011-3021. <https://doi.org/10.1007/s11845-023-03347-0>
- Simpong, S., Auppasit, S., Nakornlam, S., Tonsawan, S., Sukson, S., Phosai, S., Aunjungharn, S., Arjkaew, A., Srigosol, A., Saitong, W., & Aramwiroj, M. (2021). Factors related to prevention behavior for coronavirus (COVID-19) of nursing students in Ratchathani University. *Journal for Public Health Research, 10*(2), 148-158. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubrphjou/article/view/249812/173653>
- Somjai, C., Klunklin, P., & Unahalekhaka, A. (2021). Factors related to practices for ventilator-associated pneumonia prevention among registered nurses, neonatal intensive care units. *Nursing Journal, 48*(2), 1-12. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:137633> (in Thai)



- Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application*. Chulalongkorn University press.
- Thongbai, P., & Butsorn, A. (2022). Factors affecting prevention and control of Corona Virus 2019 (COVID-19) among public health personnel at Tambon health promoting hospitals, Amnat Charoen province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(3), 741–757. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/258312> (in Thai)
- Ti, L. K., Ang, L. S., Foong, T. W., & Ng, B. S. W. (2020). What we do when a COVID-19 patient needs an operation: Operating room preparation and guidance. *Canadian Journal of Anesthesia*, 67(6), 756–758. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01617-4>
- Wong, J., Goh, Q. Y., Tan, Z., Lie, S. A., Tay, Y. C., Ng, S. Y., & Soh, C. R. (2020). Preparing for a COVID-19 pandemic: A review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. *Canadian Journal of Anesthesia*, 67(6), 732–745. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01620-9>
- Worldometers. (2023). *COVID-19 coronavirus pandemic*. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Herper & Row.
- Yang, D., Wangsrikhun, S., & Yothayai, C. (2022). Knowledge, attitudes, and practices regarding COVID-19 management among emergency nurses in Chengdu, the People's Republic of China. *Nursing Journal CMU*, 49(4), 1-14.
- Zhang, M., Zhou, M., Tang, F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L., & You, G. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *Journal of Hospital Infection*, 105(2), 183–187. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.012>



Resilience and Associated Factors Among Adolescents with Congenital Heart Disease
Receiving Services at King Chulalongkorn Memorial Hospital*
พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด
ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*

สุธาวี

สมบูรณ์ทรัพย์**

Suthawee

Somboonsap**

ศิริลักษณ์

ศุภปิติพร***

Siriluk

Suppakitiporn***

Abstract

Currently, medical science in the treatment of congenital heart diseases (CHD) has made significant advancements. However, adolescents with CHD must adjust their lifestyles and face several health-related obstacles, which may lead to mental health issues such as depression and anxiety. Resilience can enable them to confront and manage stressful situations. The 73 participants were adolescent patients with CHD attending the Pediatric Outpatient Clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital, and aged 13-18 years. The tools used for data collection included: 1) a personal information; 2) an assessment of friendship intimacy; 3) the Resilience scale (Thai version); and 4) the Patient Health Questionnaire for Adolescents (Thai version). The data was analyzed using descriptive statistics, Chi-square statistics, and Pearson correlation.

The research findings were as follows. The sample group had average resilience scores at a moderate level (Mean = 20.22, SD = 4.47). Most of the participants, 58 adolescents (79.45%), showed a moderate level of resilience, 11 (15.07%) showed a low level; and 4 (5.48%) showed a high level. The marital status of parents and friend intimacy showed a statistically significant correlation with resilience ($p < 0.05$ and $p < 0.05$, respectively). Congenital heart disease-related factors and depression showed a non-significant association with resilience.

The results of this research can serve as baseline data on resilience levels in adolescents with CHD. In addition, they can guide the development of mental health care strategies by supporting family and friends' involvement in adolescent care.

Keyword: Resilience; Adolescents; Congenital heart disease (CHD); Depression

* Master's Thesis, Master of Science Program in Mental Health, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

** Corresponding author, Graduate student of Science Program in Mental Health, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; email: janesuthawee@gmail.com

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

Received 22 March 2024; Revised 2 July 2024; Accepted 4 July 2024



บทคัดย่อ

ปัจจุบัน วิทยาการทางการแพทย์ในการรักษาโรคหัวใจกำเนิดมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดมีวิถีชีวิตที่ต้องปรับตัว และมีอุปสรรคหลายด้านจากภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ เช่น ความเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น หากมีพลังสุขภาพจิตระดับที่ดีจะทำให้สามารถเผชิญหน้า และแก้ไขสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุ 13-18 ปี จำนวน 73 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน 3) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจในเด็ก (ฉบับภาษาไทย) และ 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ฉบับภาษาไทย) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Chi-square และ Pearson correlation

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง ($M = 20.22$, $SD = 4.47$) ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง จำนวน 58 คน (ร้อยละ 79.45) มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 15.07) และมีพลังสุขภาพจิตระดับสูงจำนวน 4 คน (ร้อยละ 5.48) สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านโรคหัวใจและภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิต โดยใช้กลยุทธ์การสนับสนุนของ ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ในการดูแลวัยรุ่นกลุ่มนี้

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต วัยรุ่น โรคหัวใจแต่กำเนิด ภาวะซึมเศร้า

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ผู้เขียนหลัก นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
email: janesuthawee@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ในการรักษาโรคหัวใจกำเนิดและการวิจัยในการผ่าตัดมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้นของเด็กที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด ผู้ป่วยเด็กจึงสามารถเจริญเติบโตเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ได้ บางอย่างรักษาด้วยการผ่าตัดได้แต่อาจมีความพิการที่หลงเหลืออยู่บ้างต้องติดตามผลระยะยาวหรือต้องมาแก้ไขอีกในภายหลัง และมีการดูแลสุขภาพอื่น ๆ คือ การดูแลสุขอนามัย การดูแลอาการทางด้านโรคหัวใจ (เช่น หอบเหนื่อย หัวใจวาย เชื้อรา) การรับประทานยาโรคหัวใจ ทำให้วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดต้องปรับตัวและมีอุปสรรคหลายด้านจากภาวะสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียภาพลักษณ์จากรอยแผลผ่าตัด, การขาดเรียน, การนอนโรงพยาบาล, ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (Amin & Patel, 2022) รวมถึงได้รับการเลี้ยงดูแบบปกป้องเกินเหตุ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Moon et al., 2017) ไม่ว่าจะเป็นความเครียด (Monti et al., 2018) ความวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า รวมถึงสมาธิสั้น (Gonzalez et al., 2021) มีงานวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจ คือการมองโลกในแง่ดีและมีพลังสุขภาพจิต (Wang et al., 2012)

พลังสุขภาพจิต (Resilient Quotient: RQ) หรือความเข้มแข็งทางใจ เป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลปรับตัวเมื่อเผชิญกับวิกฤตได้สำเร็จ และเป็นพลังป้องกันไม่ให้สูญเสียสุขภาพจิตที่ดี ทั้งยังช่วยให้ชนะอุปสรรคและได้เรียนรู้จากประสบการณ์วิกฤตนั้น ๆ (Grotberg, 1995; Ruetathip et al., 2020) พลังสุขภาพจิตที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดสามารถปรับตัวได้ดี (Lee et al., 2014) ยอมรับภาวะสุขภาพจนสามารถดูแลด้านชีวิตประจำวัน และสุขภาพของตนได้ (Lee et al., 2017) จะทำให้วัยรุ่นสามารถเตรียมพร้อมในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตที่ดีหรือระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการได้รับสนับสนุนจากสังคม การจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล ความรุนแรงของโรค และพบว่า มีอุบัติการณ์เพิ่มโรคทางจิตเวชร่วม ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Glenn et al., 2023; Lee et al., 2014; Moon et al., 2017) จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตนั้น มีทั้งปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้มีทั้งปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (Protective factors) สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ ลิสโตเซลล่าและคณะ (Llistosella et al., 2022) ได้ศึกษาและสร้างกรอบแนวคิดของพลังสุขภาพจิตในเด็ก วัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น โดยแบ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต เป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factors) ซึ่งจะช่วยลดผลลัพธ์ทางลบเมื่อเผชิญกับปัญหา ดังนี้ 1) มิติด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อน วัฒนธรรม และชุมชน 2) มิติด้านทักษะส่วนบุคคล ได้แก่ ชีวิตวิทยา (อายุและพันธุกรรม), การสื่อสาร, สติปัญญาและพฤติกรรม โดยการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้ทำการศึกษปัจจัยภายในหรือภายนอกบุคคลอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาพลังสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษากับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงเรียนแพทย์ที่ถือเป็น tertiary referral center ทำให้มีผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ที่ผ่านมามีการประเมินและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยเด็กที่จะทำการเปลี่ยนหัวใจเท่านั้น ส่วนในผู้ป่วยวัยรุ่นและเด็กวัยอื่น ๆ มีเพียงการให้คำปรึกษาและประสานงานเพื่อส่งต่อการดูแลสุขภาพจิตกับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลหรือภาวะอื่น ๆ ขึ้นแล้วเท่านั้น อีกทั้งงานวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านพลังสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จะได้นำเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งประเมินสุขภาพจิตและร่วมวางแผนการดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้มากขึ้น

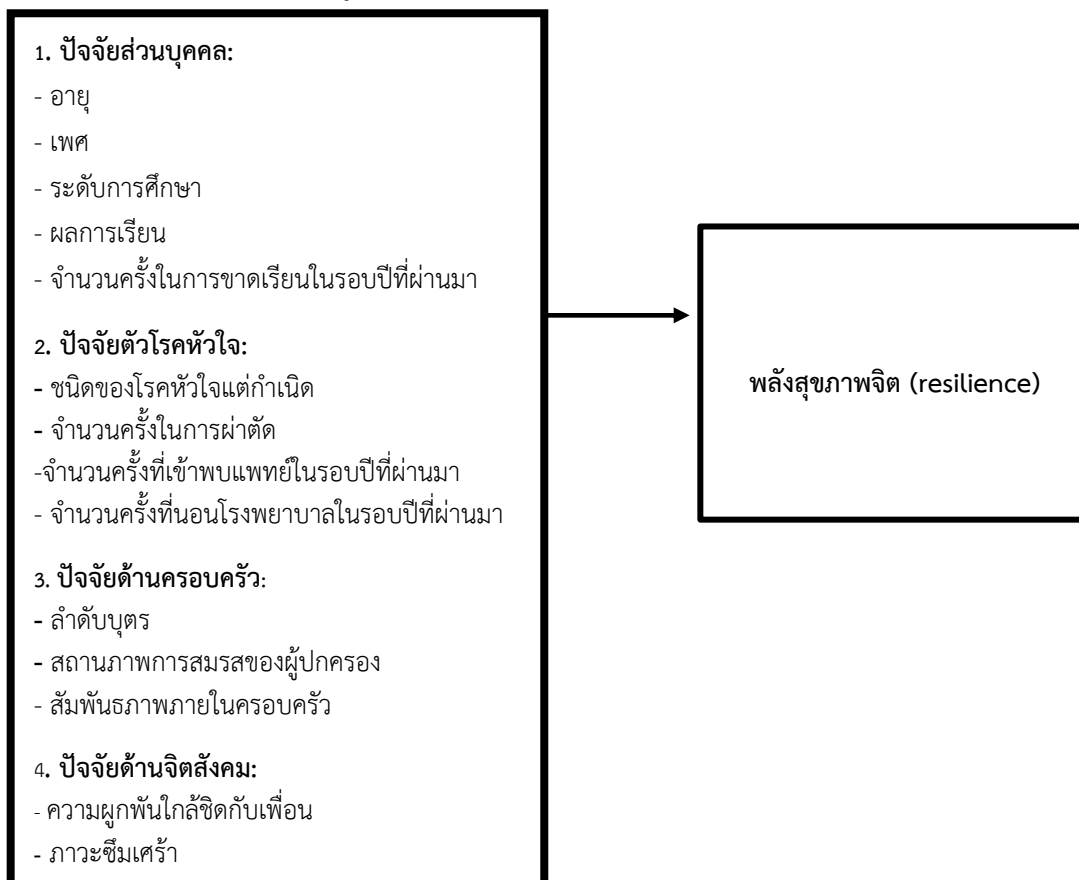


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มาบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มาบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ ลิสโตเซลล่า และคณะ (Llistosella et al., 2022) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปแบ่งปัจจัยทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้มาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเก็บในกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์รับเข้าการศึกษา (inclusion criteria) และไม่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ที่ได้รับความยินยอมตามความสมัครใจจากผู้ปกครองและอาสาสมัคร



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด

ประชากรตัวอย่าง (Sample population) คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับตรวจตามนัดแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 13-18 ปี, ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดโดยกุมารแพทย์โรคหัวใจ, ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองมีความยินยอม และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสำหรับทำงานวิจัยและสามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสูตรของคอกแรน ที่มีค่าระดับความเชื่อมั่น 95% และมีความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ที่ 0.5 กำหนดค่าสัดส่วนของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน แต่ในการเก็บจะเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงได้ขนาดตัวอย่าง 73 ราย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบ ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลำดับบุตร สถานภาพการสมรสของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนครั้งในการขาดเรียนในรอบปีที่ผ่านมา

1.2 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งผู้วิจัยกรอกข้อมูลด้วยตนเอง ได้แก่ โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจเด็ก ประวัติการผ่าตัดที่ได้รับจากศัลแพทย์เฉพาะทางหัวใจและทรวงอก จำนวนครั้งที่เข้าพบแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมาและจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา

2. แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy: FI) ของเบอร์เมสเตอร์ แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มัณฑนา นทีธาร (Nateethan, 2003) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Cronbach Coefficient alpha) เท่ากับ .84 เป็นแบบสอบถามสำหรับตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 ได้แก่ ไม่เคย เท่ากับ 1 คะแนน, นาน ๆ ครั้งเท่ากับ 2 คะแนน, บางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน, บ่อย เท่ากับ 4 คะแนนและ เกือบทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน แผลผลโดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน แบ่งคะแนน เป็นอันตรภาคชั้น 3 ดังนี้ มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในระดับต่ำ (12-28 คะแนน), ระดับปานกลาง (29-44 คะแนน) และระดับสูง (45-60 คะแนน)

3. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจในเด็ก (Resilience scale: RS-15, 13-18 years) (Ruetathip et al., 2020) เป็นของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับตอบด้วยตนเอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Cronbach Coefficient alpha) เท่ากับ 0.796 อ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาความเข้มแข็งทางจิตใจของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 (Somkittikanon & Bunyapipat, 2021) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยการให้คะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่จริง เท่ากับ 0 คะแนน, จริงบ้าง เท่ากับ 1 คะแนน และ จริงแน่นอน เท่ากับ 2 คะแนน

แผลผลโดยการรวมคะแนนไปเทียบกับค่ากลางของชุดคะแนนเพื่อดูทิศทางและแนวโน้มของคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงอายุ 2 ช่วง คือ สำหรับเด็กช่วงอายุ 13-15 ปี ได้แก่ มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำ



(0-16 คะแนน), ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน) และ ระดับสูง (27-30 คะแนน) ส่วนเด็กช่วงอายุ 16-18 ปี ได้แก่ มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำ (0-16 คะแนน), ระดับปานกลาง (17-27 คะแนน) และ ระดับสูง (28-30คะแนน)

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ฉบับภาษาไทย (Panyawong et al., 2020) เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนามาจากแบบประเมิน Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) (Panyawong et al., 2018) สำหรับวัยรุ่นที่ โดยปรับข้อความและทำการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นอายุ 11-20 ปี เป็นแบบสอบถามสำหรับตอบด้วยตนเอง โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Cronbach Coefficient alpha) เท่ากับ .88 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า โดยประเมินระดับความรุนแรงของอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในลักษณะแบบมาตราส่วนตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ไม่มีเลย 0 คะแนน, มีบางวัน 1 คะแนน, มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน, มีแทบทุกวัน 3 คะแนน ส่วนการแปลผล มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-27 คะแนน ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน), มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน), มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10-14 คะแนน), มีภาวะซึมเศร้ามาก (15-19 คะแนน)และ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20-27 คะแนน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ 0825/2023 จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และฝ่ายการพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่แผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์เพื่อเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองและอาสาสมัครเพื่อชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยของผู้ปกครองและอาสาสมัคร ซึ่งผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถพักหรือหยุดการทำแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้หรือบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ในการรับบริการ ข้อมูลวิจัยเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยแบบโดยรวม จากนั้นจะทำการทำลายข้อมูลภายหลังได้รับการเผยแพร่งานวิจัยแล้ว 1-2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เข้าถึงอาสาสมัครเพื่อขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครองอาสาสมัครด้วยตนเอง โดยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่เพื่อประชาสัมพันธ์งานวิจัยแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองที่มารับการตรวจในทุก ๆ วันพุธ ช่วงเวลา 13-16 น. จากนั้นขอเข้าพบอาสาสมัครและผู้ปกครองเพื่อชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยให้เข้าใจ และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้ปกครองและอาสาสมัครเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมงานวิจัยนี้ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างรอพบแพทย์ โดยทำการจัดหาห้องที่มิดชิดเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรู้สึกสะดวกและเป็นส่วนตัวและตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งหมด 9 คน ผู้วิจัยจึงประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือต่อไป จากนั้นผู้วิจัยจัดบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของอาสาสมัครผู้เข้าร่วม ภายหลังตรวจสอบข้อมูลและคำตอบจากแบบสอบถามให้ครบถ้วนเพื่อนำข้อมูลมารวบรวมและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics version 29.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ จำนวนค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาโดยใช้ Chi-square และ Pearson correlation

ผลการวิจัย**ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด**

จากตารางที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 73 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 46 คน (ร้อยละ 63) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 15.21 ปี เป็นลูกคนแรกหรือเป็น ลูกคนเดียว (ไม่มีพี่น้อง) จำนวน 35 คน (ร้อยละ 47.9) ซึ่งผู้ปกครองอยู่ในสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน 48 คน (ร้อยละ 65.8) อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น 54 คน (ร้อยละ 74.0) กำลังศึกษาในชั้นมัธยมต้น จำนวน 34 คน (ร้อยละ 46.6) ได้เกรดเฉลี่ย 3.00-3.99 จำนวน 43 คน (ร้อยละ 58.9) และไม่เคยขาดเรียนเลย จำนวน 24 คน (ร้อยละ 32.9)

คะแนนของระดับพลังสุขภาพจิต

พบว่า วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 20.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.47) ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง จำนวน 58 คน (ร้อยละ 79.45) มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 15.07) และมีพลังสุขภาพจิตระดับสูง 4 คน (ร้อยละ 5.48) และเมื่อแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 13-15 ปี ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 31 คน (ร้อยละ 81.6) มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 15.8) และมีพลังสุขภาพจิตระดับสูง 1 คน (ร้อยละ 2.6) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 16-18 ปี ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 27 คน (ร้อยละ 77.1) มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 14.8) และมีพลังสุขภาพจิตระดับสูง 3 คน (ร้อยละ 8.6)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยตัวโรค ปัจจัยด้านครอบครัวกับระดับพลังสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	พลังสุขภาพจิตระดับ ปานกลาง-สูง จำนวน (ร้อยละ)	พลังสุขภาพจิต ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	X ²	P-value
เพศ					
หญิง	27 (37)	23 (85.2)	4 (14.8)	0.002 ^a	0.963
ชาย	46 (63)	39 (84.8)	7 (15.2)		
อายุ					
13-15	38 (52.1)	32 (15.8)	6 (84.2)	0.032 ^a	0.858
16-18	35 (47.9)	30 (85.7)	5 (14.3)		
ระดับการศึกษา					
มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	35 (47.9)	29 (82.9)	6 (17.1)	0.226 ^a	0.634
สูงกว่ามัธยมต้น	38 (52.1)	33 (86.8)	5 (13.2)		



Resilience and Associated Factors Among Adolescents with Congenital Heart Disease

Receiving Services at King Chulalongkorn Memorial Hospital

พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด
ที่มาบริการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยตัวโรค ปัจจัยด้านครอบครัวกับ
ระดับพลังสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	พลังสุขภาพจิตระดับ ปานกลาง-สูง จำนวน (ร้อยละ)	พลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	X ²	P-value
ผลการศึกษา					
3.00-3.99	43 (58.9)	38 (88.4)	5 (11.6)	2.010 ^a	0.366
2.00-2.99	27 (37.0)	21 (77.8)	6 (22.2)		
1.00-1.99	3 (4.1)	3 (100)	0 (0)		
การขาดเรียน					
ไม่ขาดเรียนเลย	24 (32.9)	22 (91.7)	2 (8.3)	1.267 ^a	0.260
ขาดเรียน 1 ครั้งขึ้นไป	9 (67.1)	40 (81.6)	9 (18.4)		
โรคหัวใจแต่กำเนิด					
ชนิดไม่รุนแรง	26 (35.6)	21 (80.8)	5 (19.2)	0.547 ^a	0.506
ชนิดรุนแรง	47 (64.4)	41 (87.2)	6 (12.8)		
จำนวนครั้งที่ได้รับ การผ่าตัดหัวใจ					
ไม่เคย	19 (26.0)	15 (78.9)	5 (19.2)	0.719 ^a	0.461
1-3	54 (74.0)	47 (87.0)	6 (12.8)		
จำนวนครั้งที่เข้าพบ แพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา					
1-6	69 (94.5)	58 (84.1)	11 (15.9)	0.751 ^a	1.000
7-12	4 (5.5)	4 (100)	0 (0)		
จำนวนครั้งที่นอนรพ.ใน ปีที่ผ่านมา					
ไม่ได้นอน	60 (82.2)	53 (88.3)	7 (11.7)	3.047 ^a	0.99
1-3	13 (17.8)	9 (69.2)	4 (15.1)		
ลำดับการเกิด					
ลูกคนแรกหรือลูกคนเดียว	35 (47.9)	32 (91.4)	3 (8.6)	2.218 ^a	0.136
ลำดับที่ 2 เป็นต้นไป	38 (52.1)	30 (78.9)	8 (21.1)		
สถานภาพสมรสของ ผู้ปกครอง					
สมรสและอยู่ด้วยกัน	48 (65.8)	45 (93.8)	3 (6.3)	8.517 ^a	0.004*
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน/เสียชีวิต	25 (34.2)	17 (68.0)	8 (32.0)		
สัมพันธภาพในครอบครัว					
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	54 (74.0)	48 (88.9)	6 (11.1)	2.539 ^a	0.111
ทะเลาะกันบ้าง	19 (26.0)	14 (73.7)	5 (26.3)		

* p < 0.05, a = Fisher's Exact Test



จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว คือ สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

คะแนนระดับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน

พบว่า วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด มีค่าคะแนนความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 43.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.38) ซึ่งส่วนใหญ่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 50.7) รองลงมา ได้แก่ มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนระดับสูง จำนวน 33 คน (ร้อยละ 45.2) และมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.1)

คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า

พบว่า วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย 5.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.53) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 38 คน (ร้อยละ 52.1) รองลงมา ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 26 คน (ร้อยละ 35.6) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.8) มีภาวะซึมเศร้ามาก จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.4) และมีภาวะเศร้ารุนแรง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.1)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ภาวะซึมเศร้า และพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด (N = 73)

	พลังสุขภาพจิต	ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	ภาวะซึมเศร้า
พลังสุขภาพจิต	1	.310**	-.169
ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	.310**	1	-.142
ภาวะซึมเศร้า	-.169	-.142	1

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 2 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ภาวะซึมเศร้า และพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดพบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .310$, $p < 0.01$) ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพลังสุขภาพจิต ($r = -.169$, $p > .05$) และภาวะซึมเศร้ากับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ($r = -.142$, $p > .05$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกผู้ป่วยนอก

ในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตในกลุ่มคนที่มีโรคหัวใจและกลุ่มคนที่ไม่โรคหัวใจที่มีอายุ 10-25 ปี (Glenn et al., 2023) พบว่า กลุ่มที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดมีพลังสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคหัวใจ ซึ่งอธิบายได้จากงานวิจัยของชูชาน (Greup et al., 2018) ที่ศึกษาการเจริญเติบโตภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจและพลังสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ



(Posttraumatic growth) จากการเผชิญกับความเจ็บป่วย จึงสรุปได้ว่า การเผชิญกับความเจ็บป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิด ทำให้วัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตและสามารถจัดการกับสถานการณ์ในเชิงบวก สามารถปรับตัวได้ดีจะพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยรับมือกับความทุกข์ยากในแต่ละวันและความเครียดเรื้อรัง รวมถึงเป็นปัจจัยทำนายถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีด้วย (Drakouli et al., 2015) แต่มีความแตกต่างในงานวิจัยที่ทำการศึกษาลักษณะสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดในประเทศเกาหลี (Lee et al., 2014) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรมเนื่องจาก ประเทศเกาหลีมีวัฒนธรรมที่ได้รับอิทธิพลจากลัทธิขงจื๊อ ที่มีแนวความคิดการปกครองแบบผู้ปกครองเป็นใหญ่ ผู้ปกครองจึงมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงดูแบบปกป้องลูกหลาน ทำให้วัยรุ่นขาดความอิสระในการตัดสินใจและดูแลสุขภาพตนเองซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นนี้มีพลังสุขภาพจิตในระดับต่ำ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว และพลังสุขภาพจิต ของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกผู้ป่วยนอก

ปัจจัยด้านครอบครัว ด้านสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ โทมัส เกล็นน์ และคณะ (Glenn et al., 2023) พบว่า ผู้ปกครองที่มีสถานภาพสมรส หรือ อยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตระดับสูง อธิบายได้ว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้หากอยู่ในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน หรือผู้ปกครองอยู่ในสถานภาพสมรสอยู่ จะช่วยให้รู้สึกมั่นใจในครอบครัว (Ananpattiwet et al., 2022) ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสังคมที่สำคัญ ที่ทำให้รู้สึกได้รับการช่วยเหลือและปลอดภัยเมื่อเผชิญปัญหา (Grotberg, 1995) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นโรคหัวใจที่ต้องเผชิญกับการปรับตัวและมีอุปสรรคหลายด้านจากภาวะสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวทั้งด้านจิตใจและสุขภาพกาย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และพลังสุขภาพจิต ของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกผู้ป่วยนอก

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เมื่อวัยรุ่นกลุ่มนี้รู้สึกผูกพันกับเพื่อน จะช่วยให้วัยรุ่นมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลิสโตเซลล่า และคณะ (Llistosella et al., 2022) พบว่า เพื่อน เป็นหนึ่งในปัจจัยป้องกัน ที่ช่วยลดความรุนแรงเมื่อเผชิญกับปัญหา เนื่องจาก วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน รู้สึกเป็นที่รัก และมีความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อรู้สึกได้รับการยอมรับและการมีแหล่งให้กำลังใจจากเพื่อน จะช่วยให้วัยรุ่นมีพลังสุขภาพจิตที่ดี (Grotberg, 1995; van Harmelen et al., 2017) และสอดคล้องงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ที่มีพลังสุขภาพจิตสูง มีความสัมพันธ์กับการที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน รวมถึงมีสื่อสารกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจด้วยตนเอง (Glenn et al., 2023) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการที่มีกลุ่มเพื่อนที่มีคุณภาพ จะช่วยพัฒนาพลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีโรคเรื้อรัง (Kim et al., 2019)

ทั้งนี้การศึกษาค้นคว้าพบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ขณะที่มีการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต (Glenn et al., 2023; Lee et al., 2014) ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต อาจมีหลากหลายมิติและอาจมีปัจจัยอื่นที่เป็นตัวกลางระหว่างความสัมพันธ์นี้ จึงควรมีการศึกษาประเด็นนี้ต่อไป



ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations)

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาพลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ดังนั้นจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดทุกคนได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตอาจมีความแตกต่างในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ

2. การศึกษาในครั้งนี้มีรูปแบบเป็นเชิงพรรณนา ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต จึงเป็นเพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์ แต่ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยสาเหตุของพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง เป็นข้อมูลพื้นฐานการพยาบาลในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตแก่วัยรุ่นกลุ่มนี้

2. จากผลการวิจัยพบว่า เพื่อนและสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต จึงสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานและนำไปเป็นแนวทางส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้ ไม่ว่าจะเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม หรือการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นกลุ่มนี้ต่อไป

3. จากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.8) มีภาวะซึมเศร้ามาก จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.4) และมีภาวะเศร้ารุนแรง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.1) จึงอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นกลุ่มนี้เพื่อพัฒนาการแนวทางการดูแลสุขภาพจิตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยด้านตัวโรคเพิ่มเติม คือ ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานยา เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตเพิ่มเติม

2. ควรมีข้อคำถามหรือเครื่องมือเกี่ยวกับครอบครัวที่ครอบคลุมถึงคุณภาพครอบครัวเพิ่มเติม เช่น ความอบอุ่น รูปแบบการเลี้ยงดู และผู้เลี้ยงดูหลัก เป็นต้น

3. ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสามารถวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุของพลังสุขภาพจิตและพัฒนาการทำวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดได้

4. ควรมีการศึกษาพลังสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ เพิ่มเติม

References

- Amin, K., & Patel, K. (2022). Role of psychologists in pediatric congenital heart disease. *Pediatric Clinics of North America*, 69(5), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2022.05.002>
- Ananpattiwet, S., Waeokrathok, N., & Kanngoolearn, S. (2022). Relationship between resilience, friendship intimacy, and depression of secondary school students in Nakhon Ratchasima Province. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 4(3), 1-16.



- Drakouli, M., Petsios, K., Giannakopoulou, M., Patiraki, E., Voutoufianaki, I., & Matziou, V. (2015). Determinants of quality of life in children and adolescents with CHD: A systematic review. *Cardiology in the Young*, 25(6), 1027-1036. <https://doi.org/10.1017/s1047951115000086>
- Glenn, T., Cousino, M. K., Wernovsky, G., & Schuchardt, E. L. (2023). Resilient hearts: Measuring resiliency in young people with congenital heart disease. *Journal of the American Heart Association*, 12(21), e029847. <https://doi.org/10.1161/jaha.123.029847>
- Gonzalez, V. J., Kimbro, R. T., Cutitta, K. E., Shabosky, J. C., Bilal, M. F., Penny, D. J., & Lopez, K. N. (2021). Mental health disorders in children with congenital heart disease. *Pediatrics*, 147(2), e20201693. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1693>
- Greup, S. R., Kaal, S. E. J., Jansen, R., Manten-Horst, E., Thong, M. S. Y., van der Graaf, W. T. A., Prins, J. B., & Husson, O. (2018). Post-traumatic growth and resilience in adolescent and young adult cancer patients: An overview. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1089/jayao.2017.0040>
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Bernard Van Leer Foundation.
- Kim, M., Kim, K., & Kim, J. S. (2019). Impact of resilience on the health-related quality of life of adolescents with a chronic health problem: A structural equation approach: Resilience and health-related quality of life of adolescents. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), 801-811. <https://doi.org/10.1111/jan.13888>
- Lee, S., Kim, S., & Choi, J. Y. (2014). Coping and resilience of adolescents with congenital heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(4), 340-346. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182865367>
- Lee, S., Lee, J., & Choi, J. Y. (2017). The effect of a resilience improvement program for adolescents with complex congenital heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4), 290-298. <https://doi.org/10.1177/1474515116659836>
- Llistosella, M., Castellvi, P., Limonero, J. T., Pérez-Ventana Ortiz, C., Baeza-Velasco, C., & Gutiérrez-Rosado, T. (2022). Development of the individual and environmental resilience model among children, adolescents and young adults using the empirical evidence: An integrative systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3277-e3299. <https://doi.org/10.1111/hsc.13899>
- Monti, J. D., Jackson, J. L., & Vannatta, K. (2018). Adolescents and young adults living with congenital heart disease: Coping, stress reactivity, and emotional functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4), 441-451. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9554-y>



- Moon, J. R., Song, J., Huh, J., Kang, I. S., Park, S. W., Chang, S. A., Yang, J. H., & Jun, T. G. (2017). The relationship between parental rearing behavior, resilience, and depressive symptoms in adolescents with congenital heart disease. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 4, 55. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2017.00055>
- Nateethan, M. (2003). *Factors influencing depression of adolescents in Muang District Chiang Mai Province* [Master's thesis, Chiang Mai University]. <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/30245>
- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadakul, R. (2018). *Development of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents; PHQ-A*. <https://dmh-elibrary.org/items/show/395>
- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadakul, R. (2020). Validation of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A) in adolescent psychiatric patients. *International Journal of Child Development and Mental Health*, 8(1), 30-40.
- Ruetathip, N., Rujirachakorn, S., Mariamman, I., & Chanpeng, B. (2020). *Strong together*. Department of Mental Health. <https://dmh-elibrary.org/items/show/394>
- Somkittikanon, P., & Bunyapipat, T. (2021). The study of resilience quotient of the secondary private school students in Bangkok. *Journal of Health and Health Management*, 7(1), 28-36. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc/article/view/249069>
- van Harmelen, A. L., Kievit, R. A., Ioannidis, K., Neufeld, S., Jones, P. B., Bullmore, E., Dolan, R., NSPN Consortium., Fonagy, P., & Goodyer, I. (2017). Adolescent friendships predict later resilient functioning across psychosocial domains in a healthy community cohort. *Psychological Medicine*, 47(13), 2312-2322. <https://doi.org/10.1017/s0033291717000836>
- Wang, Q., Hay, M., Clarke, D., & Menahem, S. (2012). The prevalence and predictors of anxiety and depression in adolescents with heart disease. *The Journal of Pediatrics*, 161(5), 943-946. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.04.010>



Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือด
และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

รีนา	มะโน*	Reena	Mano*
ดวงมน	ทรัพย์สินเสรี**	Doungmon	Trapsinsaree**
จิณห์จุฑา	ส้มเกิด***	Jinjuta	Somkird***
กมลวรรณ	สุวรรณ****	Kamonwan	Suwan****
กัณฑพร	ยอดไชย*****	Kantaporn	Yodchai*****

Abstract

Venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice are essential skills for nursing students. Practicing with highly realistic simulation manikins can enhance learning effectiveness and confidence before clinical practice in hospitals. This descriptive research aimed to examine nursing students' satisfaction with using simulation manikins for venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice in networked nursing institutions. The participants consisted of 292 nursing students from the academic year 2023 in 10 networked nursing education institutions, selected through purposive sampling. The instruments used included a personal information questionnaire and a nursing student satisfaction assessment scale, which had a Cronbach's alpha coefficient of .97. Data were analyzed using descriptive statistics.

The research results showed that the highest levels of student satisfaction regarding usage were in the following three aspects: safety in usage ($M = 4.61$, $SD = 0.65$), the manikins meeting operational needs ($M = 4.55$, $SD = 0.70$), and ease of use without complexity ($M = 4.49$, $SD = 0.72$). The top three aspects of satisfaction with the design included the creativity in the manikins' creation ($M = 4.64$, $SD = 0.64$), the appropriateness of shape and size ($M = 4.54$, $SD = 0.67$), and the neatness and aesthetic of the manikins ($M = 4.53$, $SD = 0.66$).

This study concludes that nursing students are satisfied with using simulation manikins for venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice, which can increase their confidence in their practical training and serve as a guideline for developing more effective simulation models.

Keywords: Satisfaction; Nursing students; Simulation manikin; Venipuncture; Peripheral intravenous cannulation

* Corresponding author, Lecturer of Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus; e-mail: reena.m@psu.ac.th

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

**** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

Received 21 March 2024; Revised 24 July 2024; Accepted 7 August 2024



Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือด
และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

บทคัดย่อ

การฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นทักษะพื้นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล การฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองที่มีความเหมือนจริง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของผู้เรียน และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติทักษะก่อนการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลปีการศึกษา 2566 ใน 10 สถาบันการพยาบาลเครือข่าย จำนวน 292 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีระดับความพึงพอใจด้านการใช้งานสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ ความปลอดภัยในการใช้งาน ($M = 4.61$, $SD = 0.65$) หุ่นจำลองตรงกับความต้องการในการใช้งาน ($M = 4.55$, $SD = 0.70$) ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนมีความสะดวกต่อการใช้งาน ($M = 4.49$, $SD = 0.72$) สำหรับความพึงพอใจด้านการออกแบบมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์หุ่นจำลอง ($M = 4.64$, $SD = 0.64$) ความเหมาะสมของรูปทรงและขนาด ($M = 4.54$, $SD = 0.67$) และ ความเรียบง่ายและความสวยงามของหุ่นจำลอง ($M = 4.53$, $SD = 0.66$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้หุ่นจำลองแขนเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาหุ่นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ นักศึกษาพยาบาล หุ่นจำลอง การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี e-mail: reena.m@psu.ac.th

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

**** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ 21 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 24 กรกฎาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 7 สิงหาคม 2567



Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 การเรียนรู้สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้รับการปรับเปลี่ยนและพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยี สถาบันการศึกษาพยาบาลได้นำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขและการสื่อสาร ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะเชิงวิชาชีพ (Thai Qualifications Framework for Higher Education, 2022) มาปรับใช้ในการออกแบบหลักสูตร (Program Learning Outcomes: PLO) เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากร และนโยบายประเทศไทย 4.0 โดยเฉพาะการนำนวัตกรรมและงานวิจัย เทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ประโยชน์และพัฒนาการเรียนการสอนเพิ่มขึ้น (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) ตลอดจนใช้แนวคิดในการออกแบบการเรียนการสอนเพื่อให้เป็นไปตามแผนการเรียนรู้ที่มุ่งผลลัพธ์ (Outcome Based Education: OBE) (Yanawongsa et al., 2021) ซึ่งการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการคิดอย่างสร้างสรรค์

หุ่นจำลองเป็นสื่อการสอนที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลเนื่องจากนักศึกษาจะต้องฝึกฝนทักษะการทำหัตถการกับหุ่นจำลองที่สามารถจับต้องได้และมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับร่างกายหรืออวัยวะของมนุษย์มากที่สุดก่อนขึ้นปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาเรียนรู้เทคนิคเฉพาะและเข้าใจหลักการในการทำหัตถการต่าง ๆ อย่างมั่นใจ (Prakas et al., 2019) การเจาะเลือดและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นหัตถการทางการแพทย์พยาบาลพื้นฐานที่สำคัญและปฏิบัติเป็นประจำในโรงพยาบาล ซึ่งนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ เช่น การเลือกตำแหน่งที่เจาะเลือด การแทงเข็มเพื่อให้ตรงกับเส้นเลือด การเฝ้าระวังในการป้องกันการอักเสบตำแหน่งที่เจาะเลือด การสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในระหว่างการเจาะเลือดหรือแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Nontaput & Chotiban, 2021)

จากผลการประชุมกลุ่ม 10 สถาบันการศึกษาพยาบาลเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกับบริษัท ออร์โธเนียร์ จำกัด พบว่า การจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการทำหัตถการ มีความจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกทักษะในหุ่นจำลองก่อนที่จะฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยจริง เมื่อนักศึกษาผ่านการประเมินการปฏิบัติในหุ่นจำลองก็จะฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยจริงได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น หุ่นจำลองสำหรับฝึกหัตถการทางการแพทย์พยาบาลที่มีใช้ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นหุ่นที่เป็นผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศซึ่งมีราคาแพง เนื่องด้วยงบประมาณที่จำกัด จึงทำให้มีปัญหาการจัดหาหุ่นจำลองเพื่อใช้ในการเรียนการสอนได้ไม่เพียงพอสำหรับการจัดการเรียนสอน นอกจากนี้ มีหัตถการหลายอย่างที่มีขายทั่วไปยังไม่มีหุ่นตรงความต้องการเพื่อใช้ในการสอนรายวิชาปฏิบัติหรือเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาต่าง ๆ ทางกลุ่มจึงมีแนวคิดการจัดตั้งเครือข่ายสถาบันที่มีความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีความรู้ความชำนาญและมีเทคโนโลยีในการผลิตหุ่นจำลองที่ผลิตจากยางธรรมชาติ ร่วมกันประดิษฐ์คิดค้นหุ่นจำลองให้ได้ตรงความต้องการ โดยมุ่งเน้นการประดิษฐ์คิดค้นหุ่นที่ทำจากยางพารา การศึกษาในครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยได้มีการพัฒนาต้นแบบสำหรับใช้ในการเรียนการสอนทางคลินิก คือ แขนจำลองยางพาราสำหรับเปิดหลอดเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นหัตถการทางการแพทย์พยาบาลเบื้องต้นที่สำคัญและปฏิบัติเป็นประจำในการฝึกปฏิบัติทางคลินิกหรือในโรงพยาบาล อีกทั้งการฝึกฝนกับหุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอก่อนที่นักศึกษาจะขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยนั้น จะทำให้นักศึกษาเกิดความคล่องแคล่ว กระตุ้นให้เกิดทักษะพิสัย (psychomotor domain) เพิ่มความแม่นยำในการปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหุ่นจำลองที่มีความใกล้เคียงกับผู้ป่วยจริง สามารถสัมผัสด้วย



Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

ประสาทสัมพันธ์ทั้ง 5 ช่วยให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น (Nantsupawat et al., 2022) ดังนั้น การนำหุ่นแขนจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้นักศึกษาพยาบาลมาทดลองใช้จริงเพื่อศึกษาความพึงพอใจด้านการใช้งานและด้านการออกแบบ เป็นการพัฒนาต่อยอดสื่อการสอนให้ตอบสนองกับความต้องการผู้ใช้งานมากที่สุดภายใต้หลักการการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและบรรลุวัตถุประสงค์ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

คำถามการวิจัย

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลหลังจากทดลองใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในสถาบันพยาบาลเครือข่ายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับใด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (student-centered teaching) กล่าวคือ การจัดการเรียนการสอนที่มุ่งประโยชน์ของผู้เรียน ส่งเสริมให้นักศึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการเรียนรู้ จัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในหลักสูตร ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล (Ministry of Education, 1999) ดังนั้น หุ่นแขนจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำสามารถช่วยให้นักศึกษาฝึกทักษะการเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ จนเกิดความแม่นยำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากหุ่นดังกล่าวมีลักษณะ รูปลักษณะที่ใกล้เคียงกับของจริงจะส่งผลให้นักศึกษาเกิดประสบการณ์การเรียนรู้และเกิดความมั่นใจในการทำหัตถการเพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อหุ่นแขนจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ นักศึกษาพยาบาลในปีการศึกษา 2566 ของแต่ละสถาบัน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ใน 10 สถาบันการศึกษพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ 1) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิทยาเขตปัตตานี) 2) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิทยาเขตหาดใหญ่) 3) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ 4) คณะพยาบาลศาสตร์เกษมการุณย์ 5) มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 6) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 7) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 8) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 9) มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ และ 10) วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: 1) นักศึกษาพยาบาลปีการศึกษา 2566, 2) นักศึกษาผ่านการฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลพื้นฐาน และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย



Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือด และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา: ต้องการออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโครงการ

ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณของ ยามาเน่ (Yamane, 1970) $n = \frac{N}{1+Ne^2}$ และ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยนักศึกษาพยาบาลของ 10 สถาบันเครือข่าย มีจำนวน 1,075 คน จากสูตรดังกล่าว เมื่อแทนค่าจะได้ $n = \frac{1075}{1+(1075*0.05^2)}$ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 291.52 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 292 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เกรดรายวิชา ปฏิบัติการพื้นฐานทางวิชาชีพ และเกรดเฉลี่ยรวม
2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย 2 ด้าน คือ ด้านการใช้งานและด้านการออกแบบ ทั้งหมด 14 ข้อคำถาม คำตอบจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด คะแนนที่ได้มาเป็นคะแนนรวม แปลผลคะแนนรายด้านและภาพรวม แปลผลเป็นความพึงพอใจได้ดังนี้ มากที่สุด (4.21-5.00) มาก (3.41-4.20) ปานกลาง (2.61-3.40) น้อย (1.81-2.60) และ น้อยที่สุด (1.00-1.80) (Laha et al., 2018)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองยางพาราสำหรับเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน อาจารย์วิทยาศาสตร์โพลิเมอร์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale: S-CVI) เท่ากับ .82 และนำแบบประเมินไปทดสอบหาความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สาขา สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ PSU IRB 2023-LL-Nur-031 และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขรับรอง KFN-IRB2024-2 และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ตลอดจนให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่า ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการอนุมัติการเก็บข้อมูลการเก็บจากสถาบันการศึกษาพยาบาล 10 สถาบันเครือข่ายแล้ว ทีมผู้วิจัยเข้าพบอาจารย์ประจำชั้นปี และนักศึกษาในแต่ละสถาบัน เพื่อชี้แจงการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายรายละเอียดโครงการเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการให้ทราบ
3. เตรียมพื้นที่สำหรับการทดลอง ใช้หุ่นแขนจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประกอบด้วย 1) หุ่นแขนที่มีหลอดเลือดดำ 2) ชุดเสาะและกระบอกสำหรับบรรจุเลือดเทียมที่ต่อเข้าไปในหลอดเลือดดำ จากนั้นจัดกลุ่มหมุนเวียน ใช้เวลาทดสอบ คนละ 1 ชั่วโมง



Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

4. หลังจากมีการทดลองใช้หุ่นแขนจำลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความพึงพอใจต่อหุ่นแขนจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเรียบร้อย และครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนที่จะนำมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 26 ดังนี้

- นำข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ชั้นปีที่ศึกษา เกรดรายวิชาปฏิบัติการพื้นฐานทางวิชาชีพ และเกรดเฉลี่ยรวม มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ข้อมูลความพึงพอใจด้านการใช้งานและด้านการออกแบบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 292 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.6 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 19-29 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 79.1 กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 15 ระดับชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 41.4 และระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 53.4 เกรดเฉลี่ยรวมอยู่ในช่วง 2.39-3.90

2. ความพึงพอใจต่อหุ่นเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.39$, $SD = 0.75$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษามีระดับความพึงพอใจด้านการใช้งานสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความปลอดภัยในการใช้งาน ($M = 4.61$, $SD = 0.65$) หุ่นจำลองตรงกับความต้องการในการใช้งาน ($M = 4.55$, $SD = 0.70$) และไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน มีความสะดวกต่อการใช้งาน ($M = 4.49$, $SD = 0.72$) ในขณะที่ความพึงพอใจด้านการออกแบบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์หุ่นจำลอง ($M = 4.64$, $SD = 0.64$) ความเหมาะสมของรูปทรงและขนาด ($M = 4.54$, $SD = 0.67$) และความเรียบร้อยและความสวยงามของหุ่นจำลอง ($M = 4.53$, $SD = 0.66$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อหุ่นเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ($n = 292$)

ข้อที่	ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการใช้งาน				
1	มีความปลอดภัยในการใช้งาน	4.61	0.65	มากที่สุด
2	หุ่นจำลองตรงกับความต้องการในการใช้งาน	4.55	0.70	มากที่สุด
3	ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน มีความสะดวกต่อการใช้งาน	4.49	0.72	มากที่สุด
4	หุ่นจำลอง เพิ่มความมั่นใจในการเปิดหลอดเลือดดำ	4.47	0.71	มากที่สุด
5	มีขนาดและน้ำหนักเหมาะสม	4.42	0.75	มากที่สุด
6	ความกลัว ความวิตกกังวลการเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำลดลง	4.37	0.75	มากที่สุด
7	ความทนทานของหุ่นจำลองฯ สำหรับเปิดเส้นเลือด	4.13	0.92	มาก
8	ผิวสัมผัสและการแต่งเติมความยืดหยุ่นเหมือนผิวหนังจริง	4.08	0.79	มาก
9	มีการคงสภาพหลังแช่แข็ง/ไม่มีน้ำรั่วซึม	3.91	1.02	มาก



Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อหุ่นเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (n = 292) (ต่อ)

ข้อที่	ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการออกแบบ				
10	ความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์หุ่นจำลองฯ	4.64	0.64	มากที่สุด
11	ความเหมาะสมของรูปทรงและขนาด	4.54	0.67	มากที่สุด
12	ความเรียบร้อยและความสวยงามของหุ่นจำลองฯ	4.53	0.66	มากที่สุด
13	ความเหมาะสมของสัดส่วนและสี	4.50	0.70	มากที่สุด
14	ความทนทานของหุ่นจำลองฯ	4.26	0.83	มากที่สุด
โดยรวม		4.39	0.75	มากที่สุด

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจต่อหุ่นเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาใน 10 สถาบันการศึกษาพยาบาลเครือข่าย อยู่ในระดับมากที่สุด และค่าเฉลี่ยของการประเมินความพึงพอใจสูงสุด 3 ข้อแรก ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์หุ่นจำลอง มีความปลอดภัยต่อการใช้งาน และตรงกับความต้องการในการใช้งาน ทั้งนี้อาจเกิดจากทีมวิจัยได้มีการทบทวนปัญหาจากการใช้งานของหุ่นที่ใช้อยู่เดิมแต่ละคณะใน 10 สถาบันการศึกษาเครือข่าย ซึ่งมีความหลากหลายรูปแบบและมีการใช้งานแตกต่างกัน การนำยางพารามาใช้เป็นส่วนหนึ่งของผิวหนังของหุ่นจำลองทำให้เกิดความรู้สึกนุ่มและนิ่มเหมือนผิวหนังจริง ซึ่งเป็นวัสดุที่หาได้ง่ายจากพื้นที่ภาคใต้ รวมถึงมีการทำระบบไหลเวียนเลือดโดยจัดทำกระบอกใส่เลือดจำลองที่วางบนขาตั้งสูงประมาณ 15 เซนติเมตร และเมื่อใส่เลือดจำลองก็จะไหลตามเส้นเลือดทำให้รู้สึกถึงความสมจริง คือ เมื่อเจาะเลือดแล้วจะมีเลือดไหลออกตามเข็มและเพื่อยืนยันว่ามีการเจาะได้ถูกต้อง หุ่นมีขนาดเท่ากับแขนผู้ใหญ่ ไม่หนักจนเกินไป สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรตี นันทศุภวัฒน์ และคณะ (Nantsupawat et al., 2022) ที่มีการพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารน้ำ เจาะเลือดและให้ยาทางหลอดเลือดดำที่มีคุณภาพระดับมาก มีความยืดหยุ่น มีแรงต้านที่เสมือนจริง สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่ายไม่หนักจนเกินไป ตลอดจนนักศึกษาสามารถนำไปฝึกเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

หุ่นจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สามารถนำไปใช้ฝึกทักษะพื้นฐานการเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้จริง ทั้งนี้เนื่องจากหุ่นมีลักษณะโครงสร้างเหมือนแขนจริง น้ำหนักเหมาะสม ผิวหนังที่มีความยืดหยุ่น สี และตำแหน่งของเส้นเลือดมีความใกล้เคียงกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของมนุษย์ ทำให้นักศึกษาสามารถฝึกแทงเส้นเลือดแล้วรู้สึกได้ถึง การแทงเส้นเลือดผู้ป่วยจริงและสามารถเรียนรู้เทคนิคการเลือกแทงเส้นเลือดที่เหมาะสม การจัดทำที่เหมาะสมก่อนแทงเส้นเลือด เพื่อให้เกิดความคล่องตัว มีแบบแผนในการปฏิบัติ นำไปสู่ความพร้อมในการทำหัตถการก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภลักษณ์ เขยชม และ ดลรัตน์ รุจิวัฒนากอร์ (Choeychom & Rujiwattanakorn, 2015) การพัฒนาหุ่นแขนเพื่อฝึกทักษะการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำที่มีความใกล้เคียงกับแขนผู้ป่วยจริงจะส่งผลให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมกับการขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล และพบว่าการใช้เทคโนโลยีหุ่นจำลองส่งผลให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจและเพิ่มความพึงพอใจของนักศึกษาในการเรียนรู้ (Mulyadi et al., 2021) หุ่นแขนจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นหุ่นที่จำเป็นต้องใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานและเป็นหัตถการพื้นฐานที่นักศึกษาพยาบาลอาจต้องเข้าร่วมกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์



Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

เสมือนจริง รวมถึงการจัดการเรียนแบบย้อนกลับเพื่อให้ นักศึกษามีพัฒนาการเรียนรู้ที่สูงขึ้นก่อนฝึกปฏิบัติงานจริง (Phattarasatjatum & Phroreugrit, 2018) แต่อย่างไรก็ตาม หุ่นแขนจำลองที่นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติและทบทวนบริเวณผิวหนังในตำแหน่งเดียวกัน หรือตำแหน่งที่ใกล้เคียงกัน ซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง ส่งผลให้มีรูรั่ว เลือดจำลองในระบบไหลเวียนรั่วซึม เกิดการชำรุดได้อย่างรวดเร็วและเสื่อมสภาพได้ง่าย (Nontaput & Chotiban, 2021) ดังนั้น การซ่อมแซมหุ่นเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ทางสถาบันการศึกษาได้แก้ปัญหาเพื่อประคับประคองหุ่นให้คงสภาพและนำมาใช้ต่อได้ ส่งผลให้นักศึกษาที่ใช้งานต่อ เกิดการเรียนรู้และเข้าใจทักษะและเทคนิคการแทงเส้นเลือดได้ไม่ชัดเจน ในขณะเดียวกันจำนวนของนักศึกษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ความต้องการในการใช้หุ่นแขนจำลองยังสูงขึ้น การพัฒนาหุ่นแขนจำลองที่มีคุณภาพและสามารถผลิตในพื้นที่เป็นทางเลือกที่ควรพิจารณา เพื่อให้ นักศึกษาได้ หุ่นฝึกทักษะการแทงเส้นเลือด สร้างความมั่นใจก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยทั้งด้านการใช้งานและการออกแบบไปปรับใช้ในการพัฒนาหุ่นเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้มีคุณภาพและนำมาใช้เป็นสื่อการสอนได้จริง อีกทั้งยังช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในการเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
2. หุ่นแขนจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ผลิตโดยมีส่วนประกอบของยางพาราสามารถนำมาใช้เป็นสื่อการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลได้จริง อาจารย์ผู้สอนควรจัดหาซื้อให้นักศึกษาได้ใช้หุ่นแขนในราคาถูกลงและสนับสนุนการใช้อย่างพาราในพื้นที่ได้อย่างหลากหลาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การใช้งานของหุ่นจำลองแขนเจาะเลือด ไม่สามารถคงสภาพหลังแทงเข็มได้ ควรใช้วัสดุที่คงสภาพได้นาน และหากชำรุดควรเตรียมวัสดุสำรองใช้และเปลี่ยนเองได้ เช่น ผิวหนังบริเวณที่เจาะเลือดหรือเส้นเลือด มีคู่มือในการใช้งานอย่างง่าย
2. ควรมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เป็นสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเกี่ยวกับการเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยมีการใช้เทคนิคการปฏิบัติที่หลากหลาย การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น การเลือกเส้นเลือดที่เหมาะสม รวมถึงการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าต่าง ๆ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และนำไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงได้
3. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบความพึงพอใจของหุ่นแขนจำลองเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำกับหุ่นแขนจำลองที่ใช้เป็นสื่อการสอนปกติเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างด้านการใช้งานและการออกแบบที่ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการเรื่อง ความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพหุ่นจำลองยางพาราของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลใน 10 สถาบันการศึกษาเครือข่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลจาก 10 สถาบันเครือข่ายทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบริษัท ออร์โธเนียร์ จำกัด ในการผลิตหุ่นจำลองสำหรับการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณการยางแห่งประเทศไทย (กยท.) ที่อุดหนุนทุนวิจัยโครงการวิจัยเร่งด่วน ประจำปีงบประมาณ 2566 ในครั้งนี้



Nursing Students' Satisfaction with the Use of Simulation Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice in Networked Nursing Institutions

ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองฝึกเจาะเลือด
และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

References

- Choeychom, S., & Rujiwattanakorn, D. (2015). The use of an innovative arm model in practicing an intravenous infusion procedure of nursing students. *Ramathibodi Nursing Journal*, 21(3), 395-407. (in Thai)
- Laha, W., Hiruntrakul, A., & Ninprapan, A. (2018). The satisfaction of user in the isometric leg strength dynamometer in sitting position for field test. *KKU Research Journal (Graduate Study)*, 18(2), 32-43. (in Thai)
- Ministry of Education. (1999). *National education Act B.E.* SiamSport Syndicate Public.
- Mulyadi, M., Tonopa, S. I., Rompas, S. S. J., Wang, R. H., & Lee, B. O. (2021). Effects of simulation technology-based learning on nursing students' learning outcomes: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Nurse Education Today*, 107, 105127. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105127>
- Nantsupawat, A., Viseskul, N., Sawasdisingha, P., Auephawiriyakul, S., & Yimyam, S. (2022). The development of an intravenous injection arm model. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 311-323. (in Thai)
- Nontaput, T., & Chotiban, P. (2021). Intravenous venipuncture: New development in training on arm manikin. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(3), 49-60. (in Thai)
- Phattarasatjatun, P., & Phromreugrit, K. (2018). The effectiveness of using backward design for developing learning outcomes according to Thai qualifications framework for higher education among nursing students. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 64-78. (in Thai)
- Prakas, N., Sombutboon, J., & Khunwiset, S. (2019). Development of a simulation-base learning model for encouraging perceive self-efficacy in utilizing nursing process among nursing students at Phrapokklao Nursing College Chanthaburi. *Nursing of Journal Phrapokklao Nursing College*, 30(1), 200-215. (in Thai)
- Thai Qualifications Framework for Higher Education. (2022). Office of the higher education commission. *Royal Thai Government Gazette*, 139(20), 28-31. https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/A/020/T_0028.PDF
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). *Accreditation guide for professional education institution of nursing and midwifery* (Rev.ed.). Golden Point.
- Yamane, T. (1970). *Elementary sampling theory*. Prentice Hall.
- Yanawongsa, T., Intasingh, S., Nguenyuang, S., & Intanet, N. (2021). Outcome-based curriculum: New approach for higher education curriculum. *Humanities and Social Sciences Journal of Pibulsongkram Rajabhat University*, 15(2), 279-291.