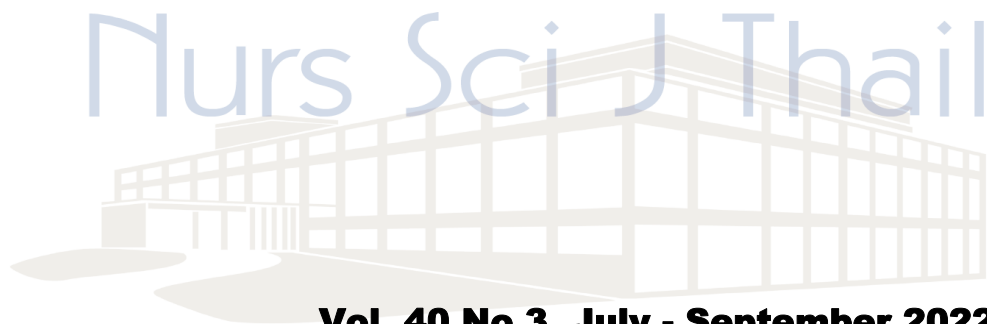




Mahidol University
Faculty of Nursing

วารสารพยาบาลศาสตร์

Nurs Sci J Thail



Vol. 40 No.3 July - September 2022

ISSN 0125-8885 (Print)
ISSN 2651-1959 (Online)

NURSING SCIENCE JOURNAL OF THAILAND

Research Papers

- The Effects of an Educational Model through a Mobile Web Application on the Knowledge of Sexual Healthcare and Prevention of Sexually Transmitted Diseases and Unwanted Pregnancies among Akha Adolescents in Chiang Rai Province
- Effects of the Information Motivation and Decision-making Skills Program on Preventive Behaviors towards Repeated Pregnancy among Adolescent Mothers
- Analysis of Caring Pattern for Persons with Schizophrenia in One Tambon of Khon Kaen Province
- The Effects of Perceived Personal Risk for Developing Cardiovascular Diseases Enhancement Program among Older Adults with Hypertension
- Factors Predicting Adherence to Dual Antiplatelet Medications among Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention
- Factors Predicting Activities of Daily Living among Patients with Stroke
- Factors Predicting Depressive Symptoms among Caregivers of Dependent Elderly
- The Effects of Flipped Classroom with Jeopardy Game-based Learning on Nursing Students' Learning and In-Class Behaviors in a Fundamental Nursing Course
- Factors Predicting Mothers' Self-efficacy in Providing Home Care for Children with Pneumonia in Yangon, Myanmar



CONTENTS

Research Papers

- 1 The Effects of an Educational Model through a Mobile Web Application on the Knowledge of Sexual Healthcare and Prevention of Sexually Transmitted Diseases and Unwanted Pregnancies among Akha Adolescents in Chiang Rai Province

Suphaphan Chansiri,
Charoenchai Wongwatkit

ประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันต่อความรู้ในการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย

สุภาพันท์ จันทรศิริ
เจริญชัย วงศ์วัฒนิกิจ

- 14 Effects of the Information Motivation and Decision-making Skill Program on Preventive Behaviors towards Repeated Pregnancy among Adolescent Mothers

Athitaya Mala,
Punyarat Lapvongwatana,
Nutmamol Chansatitporn, Korakot Sirimai

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะการตัดสินใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

อาทิตยา มาระ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา
ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรกฎ ศิริรัมย์

- 31 Analysis of Caring Pattern for Persons with Schizophrenia in One Tumbon of Khon Kaen Province

Sawinee Klungka,
Lukawee Piyabanditkul, Arunnee Jaitieng

การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น

สาวินี คลังคา ลัทธิวี ปิยะบัณฑิตกุล
อรุณณี ใจเที่ยง

- 42 The Effects of Perceived Personal Risk for Developing Cardiovascular Diseases Enhancement Program among Older Adults with Hypertension

Junjira Seesawang, Pulawit Thongtaeng,
Sirirat Vichitragoonthavon,
Sujitra Chaiwuth

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จันทร์จิรา สีสว่าง পুলวิทย์ ทองแดง
ศิริรัตน์ วิชิตระกูลถาวร สุจิตรา ชัยวุฒิ

- 60 Factors Predicting Adherence to Dual Antiplatelet Medications among Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention

Chakariya Boonkua,
Doungrut Wattanakitkriear,
Sarinrut Sriprasong, Chatkanok Dumavibhat

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ชาคริยาณ์ บุญก่อ ดวงรัตน์ วัฒนิกิจไกรเลิศ
ศรินทร์รัตน์ ศรีประสงค์ ฉัตรกนก ทุมวิภาต



C O N T E N T S (cont.)

Research Papers

- | | |
|--|--|
| <p>76 Factors Predicting Activities of Daily Living among Patients with Stroke</p> <p>ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> | <p>Nuntabhorn Tongtem, Wimolrat Puwarawuttipanit, Sarunya Koositamongkol</p> <p>นันทพร ทองเต็ม วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช ศรัณยา ไชยสีตะมงคล</p> |
| <p>90 Factors Predicting Depressive Symptoms among Caregivers of Dependent Elderly</p> <p>ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> | <p>Maneerat Chawbol, Virapun Wirojratana, Doungrut Wattanakitkrileart</p> <p>มนีรัตน์ ชาวบล วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ</p> |
| <p>105 The Effects of Flipped Classroom with Jeopardy Game-based Learning on Nursing Students' Learning and In-Class Behaviors in a Fundamental Nursing Course</p> <p>ผลการเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและพฤติกรรม</p> | <p>Nantakarn Maneejak, Saowaluck Sukkapathanasrikul, Wanrudee Chaoayachai, Patsamon Khumtaveeporn</p> <p>นันทกานต์ มณีจักร เสาวลักษณ์ สุขพัฒน์ศรีกุล วรรณฤดี เชาว์อัยชัย</p> |
| <p>120 Factors Predicting Mothers' Self-efficacy in Providing Home Care for Children with Pneumonia in Yangon, Myanmar</p> <p>ปัจจัยทำนายสมรรถนะของตนเองของมารดาในการให้การดูแลที่บ้านแก่เด็กโรคปอดอักเสบในเมืองย่างกุ้ง ประเทศพม่า</p> | <p>Myat Pann Nu Naing, Sudaporn Payakkaraung, Wanida Sanasuttipun</p> <p>เมียด แพน นู เนียง สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง วนิดา เสนะสุทธิพันธ์</p> |



The Effects of an Educational Model through a Mobile Web Application on Knowledge of Sexual Healthcare and Prevention of Sexually Transmitted Diseases and Unwanted Pregnancies among Akha Adolescents in Chiang Rai Province*

Suphaphan Chansiri, RN, MNS¹, Charoenchai Wongwatkit, PhD²

Abstract

Purpose: To study the effects of an educational model through a mobile web application to enhance knowledge of sexual healthcare and prevention of sexually transmitted diseases and unwanted pregnancies among the Akha adolescents in Chiang Rai province, and to assess the satisfaction towards the proposed mobile web application.

Design: Quasi-experimental research, one group pre- and post-test design.

Methods: The sample consisted of 87 Akha adolescents who studied in formal education, non-formal and informal education. The sample experienced an educational model through a mobile web application. Data were collected using the demographic questionnaire, the knowledge of sexual healthcare for teens questionnaire, the knowledge of sexually transmitted diseases and unwanted pregnancies prevention questionnaire, the satisfaction towards application questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

Main findings: After the experiment, it was found that male and female samples gained more knowledge on sexual healthcare with statistical significance ($t = -6.43$, $p < .001$ and $t = -4.69$, $p < .001$ respectively). The study samples gained more understanding of knowledge on prevention of sexually transmitted diseases and unwanted pregnancies with statistical significance ($t = -15.06$, $p < .001$). The satisfaction towards the mobile web application was rated as 'very good' ($\bar{X} = 3.81$, $SD = 1.01$).

Conclusion and recommendations: The model of education through a mobile web application on sexual healthcare, prevention of sexually transmitted diseases and unwanted pregnancies could help increase knowledge and satisfaction among Akha adolescents. Therefore, health personnel or teachers should apply this education model as a teaching resource for Akha adolescents and further develop the application for optimal benefits.

Keywords: adolescent, ethnic group, mobile web application, sexually transmitted diseases, unwanted pregnancy

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):1-13

Corresponding Author: Lecturer Suphaphan Chansiri, School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai 57100, Thailand; e-mail: suphaphan.cha@mfu.ac.th

* This research is funded by Center of Excellence for The-Hill-Tribe Health Research of Mae Fah Luang University and National Research Council of Thailand

¹ School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

² School of Information Technology, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

Received: 15 May 2021 / Revised: 18 July 2021 / Accepted: 25 October 2021



ประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบาย เว็บแอปพลิเคชันต่อความรู้ในการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย*

สุภาพันท์ จันทรศิริ, พย.ม.¹ เจริญชัย วงศ์วัฒนกิจ, PhD²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันต่อความรู้ในการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย และประเมิน ความพึงพอใจ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในระบบ และนอกระบบการศึกษาและการศึกษา ตามอัธยาศัยจำนวน 87 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีแบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย: หลังใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = -6.43, p < .001, t = -4.69, p < .001$ ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.06, p < .001$) และพึงพอใจ โดยรวมระดับมาก ($\bar{X} = 3.81, SD = 1.01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันช่วยให้วัยรุ่นอาข่ามีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพ หรือครู สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นสื่อการสอนสำหรับวัยรุ่นอาข่า และพัฒนาต่อยอดแอปพลิเคชันเพื่อประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: วัยรุ่น กลุ่มชาติพันธุ์ โมบายเว็บแอปพลิเคชัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):1-13

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์สุภาพันท์ จันทรศิริ, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100, e-mail: suphaphan.cha@mfu.ac.th

* รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561 ผ่านศูนย์ความเป็นเลิศ การวิจัยสุขภาพชนชาติพันธุ์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

¹ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

² สำนักวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วันที่รับบทความ: 15 พฤษภาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 18 กรกฎาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 25 ตุลาคม 2564



ความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในวัยรุ่น จากรายงานของ องค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 15-49 ปี ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นมากกว่า 1 ล้านคนต่อวัน¹ ในประเทศไทยวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มป่วย ด้วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2558-2562 โดยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2559-2563 คือ ซิฟิลิส และหนองใน² ซึ่งมีเมื่อเกิดการติดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์ มักส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจ ทางกายอาจพบมีความไม่สุขสบายกับอาการของโรค ทางด้านจิตใจบางรายมีความเครียด วิตกกังวล หรืออับอายต่อสังคม นอกจากนี้หลายกรณีอาจต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ต้องหยุดเรียนหรือหยุดทำงานส่งผลต่อผลการเรียน หรือทำให้ขาดรายได้ รวมถึงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค³ ส่วนปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2561 มารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ทั่วโลก มีอัตราการคลอดบุตร เฉลี่ยประมาณ 44 คน ต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันหนึ่งพันคน⁴ สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราการคลอดบุตรของมารดา วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีอัตราที่ลดลงจาก 44.8 คนต่อ ประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันหนึ่งพันคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 31.3 คนต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันหนึ่งพันคน ในปี พ.ศ. 2562⁵ ซึ่งหนึ่งในสามของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ในวัยรุ่นมาจากการตั้งครรภ์ด้วยความไม่พร้อม หรือไม่พึงประสงค์ และนำไปสู่การทำแท้ง ซึ่งพบมากในรายที่ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ไปรับบริการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมที่เกิดขึ้น ทำให้มารดาบางรายไม่สนใจดูแลตนเอง อันส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ตามมา เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะความดัน โลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด และที่พบได้บ่อย ในการตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ การให้กำเนิดทารกก่อนครบกำหนดคลอด และทารกที่เกิดมามีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม⁶

การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทางเพศผ่านเทคโนโลยี จะช่วยให้วัยรุ่นมีความเข้าใจในการป้องกันโรคติดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ โดยในช่วงทศวรรษ ที่ผ่านมามีเทคโนโลยีได้เข้ามาช่วยส่งเสริมและอำนวยความสะดวก ทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทางเพศ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้น การปลูกฝังทักษะ การเตรียมพร้อมในการ รับมือและการสร้างภูมิคุ้มกัน และด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่มีอย่างต่อเนื่อง ทำให้รูปแบบของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี มีความเปลี่ยนแปลงไปในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งล้วนแล้วแต่ สร้างคุณประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างยิ่ง โดยพบว่า การส่งข้อความผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ช่วยป้องกัน พฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศได้มากขึ้น⁷ อีกทั้งมีการนำ เทคโนโลยีสื่อดิจิทัลมาใช้ในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และ HIV เบื้องต้น โดยพบว่ากลุ่มเยาวชนมีทักษะการป้องกัน ในหลายมิติ ทั้งด้านปัญญา ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม เป็นต้น⁸ นอกจากนี้ยังมีหลายงานวิจัยได้พัฒนาแอปพลิเคชัน (application) และศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2017 มีงานวิจัยได้พัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อใช้ในการสอนวัยรุ่นผู้หญิง เรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ โดยพบว่าผู้ใช้งานมีความรู้ และความเข้าใจเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก⁹ อีกทั้งยังมีงานวิจัย อีกเป็นจำนวนมากได้กล่าวถึงประโยชน์ของแอปพลิเคชัน ในรูปแบบต่างๆ เช่น ตอบสนองการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม ของผู้ใช้งาน สามารถติดตามและให้การแจ้งเตือนได้ สามารถนำไปใช้งานที่ไหนก็ได้ตลอดเวลา รวมถึงการให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์และจำเพาะต่อผู้ใช้งาน¹⁰⁻¹¹

สำหรับวัยรุ่นอาชามีภูมิลาเนาอาศัยอยู่บนภูเขามักประสบ กับปัญหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และมีการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเองไม่ถูกต้อง อันเนื่องมาจาก ขาดความรู้ และทักษะที่จำเป็น ประกอบกับความยากจน อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล และบางคนไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน จึงขาดโอกาสในการเข้ารับบริการสุขภาพจากระบบบริการ



สุขภาพของสาธารณสุขไทย¹²⁻¹³ ส่วนกลุ่มวัยรุ่นชาติพันธุ์ชนเผ่าอาข่าที่เรียนในระบบการศึกษาจะได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากสื่อการสอนที่เป็นหนังสือและการบรรยายที่เป็นภาษาไทย ทำให้ไม่เข้าใจ ไม่เห็นภาพ นำไปใช้ไม่ได้สำหรับกลุ่มที่เรียนนอกระบบการศึกษาและการศึกษาตามอัธยาศัยจะไม่ได้เรียนเนื้อหาในเรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำให้บางรายขาดความรู้ความเข้าใจโดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม¹⁴⁻¹⁵ จากความสำคัญและข้อจำกัดข้างต้น งานวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่เรียนในระบบการศึกษา และนอกระบบการศึกษาและการศึกษาตามอัธยาศัย ที่ออกแบบพัฒนาให้มีความเชื่อมโยงกับบริบทและวัฒนธรรมของกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าให้เข้าถึงได้ง่ายสามารถเลือกเรียนรู้ได้ด้วยตนเองได้ทุกที่ ทุกเวลา ประกอบกับมีการให้คำแนะนำและแจ้งเตือนที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล¹⁶ เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่เรียนในระบบการศึกษา และนอกระบบการศึกษาและการศึกษาตามอัธยาศัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่มีต่อการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการได้รับความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่ามีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสูงกว่าก่อนการได้รับความรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre- and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ วัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าเพศหญิงและชาย อายุ 10-19 ปี ในระบบและนอกระบบการศึกษาและการศึกษาตามอัธยาศัย จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นนักเรียนชายและหญิงกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในระบบ และนอกระบบการศึกษาและการศึกษาตามอัธยาศัย 2) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยหรือภาษาอาข่าได้ 3) มีโทรศัพท์มือถือเป็นของตัวเองหรือของครอบครัว 4) ไม่มีความพิการ ได้แก่ ตาบอด หูหนวก ไม่มีมือทั้งสองข้าง เกณฑ์คัดออก ได้แก่ กำลังตั้งครรภ์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดอิทธิพลที่ .35 อำนาจการทดสอบที่ .95 และค่าแอลฟาที่ .05¹⁷ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 90 คน และผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20¹⁸ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 108 คน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 87 คน



เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นโมบายเว็บแอปพลิเคชัน (mobile web application) ที่รองรับการทำงานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ พัฒนาโดย สุภาพันธุ์ จันทศิริ และเจริญชัย วงศ์วัฒนกิจ¹⁶ ซึ่งภายในตัวแอปพลิเคชันมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. บทเรียนการตูนแอนิเมชันแบบมีปฏิสัมพันธ์ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) เพศศึกษาเบื้องต้น เนื้อหาประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และการดูแลสุขอนามัยทางเพศ 2) การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและวิธีป้องกัน เนื้อหาครอบคลุมความหมาย ผลกระทบ สาเหตุ และวิธีป้องกัน 3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื้อหาประกอบด้วย โรคหนองใน หนองในเทียม ซิฟิลิส ช่องคลอดอักเสบจากทริโคโมแนส แบคทีเรีย เชื้อรา หูดหงอนไก่ แผลริมอ่อน เริ่มที่อวัยวะเพศ กามโรคของต่อมน้ำเหลือง และท่อน้ำเหลือง และโรคเอดส์ ครอบคลุมสาเหตุ อาการ และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการและวิธีป้องกัน โดยมี 2 ภาษา ได้แก่ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ผู้ใช้สามารถเลือกภาษาที่จะเรียนรู้ได้

2. ส่วนให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเบื้องต้นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยผู้ใช้สามารถเลือกปัญหาที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ตนเองสนใจได้ ผ่านหัวข้อเลือกที่อยากรู้ เช่น หัวข้อไม่ได้สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ หัวข้อมีเพศสัมพันธ์โดยการหลั่งภายนอกช่องคลอด หัวข้อถุงยางอนามัยรั่ว หัวข้อการลิ้มรับประทานยาคุมกำเนิด เป็นต้น นอกจากนี้ ทุกหัวข้อจะมีคำถามพร้อมตัวเลือกให้ผู้ใช้ตอบว่า มีปัญหานั้นมากี่ชั่วโมงแล้ว จากนั้นแอปพลิเคชันจะให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเบื้องต้นที่สอดคล้องกับปัญหา และมีเบอร์โทรศัพท์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับคำปรึกษาและเข้ารับบริการที่ใกล้ที่สุด

3. ส่วนให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเบื้องต้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยผู้ใช้สามารถพิมพ์ปัญหาอาการของโรค

ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอยู่หรือที่สงสัยว่าจะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศหรือช่องคลอด มีตกขาวสีเขียว คันช่องคลอด เป็นต้น จากนั้นแอปพลิเคชันจะให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล และมีช่องทางการติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับคำปรึกษาและเข้ารับบริการที่ใกล้ที่สุด

4. ส่วนแจ้งเตือนการรับประทานยาคุมกำเนิดและการใส่ถุงยางอนามัย โดยเพศชายสามารถแจ้งเตือนให้ใส่ถุงยางอนามัย และเพศหญิงสามารถแจ้งเตือนการรับประทานยาคุมกำเนิดชนิด 21 เม็ด และ 28 เม็ด และแจ้งเตือนให้ใส่ถุงยางอนามัยผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน โดยผู้ใช้สามารถตั้งการแจ้งเตือนได้เอง

ซึ่งวิธีการใช้โมบายเว็บแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใช้งานผ่าน web browser ของอุปกรณ์มือถือโดยไม่ต้องติดตั้งโปรแกรมใดๆ เพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด ความชำนาญในการใช้เทคโนโลยี ความถี่ในการเรียนรู้ผ่านอุปกรณ์มือถือในรอบ 3 เดือน เงินที่ได้รับมาโรงเรียนในแต่ละวัน (โดยเฉลี่ย) การมีแฟน ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการใช้สารเสพติด ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ประสบการณ์การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการรักษา การป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การใส่ยาคุมกำเนิด เป็นต้น ความมั่นใจในการใช้ถุงยางอนามัย การสื่อสาร พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรื่องสุขภาพทางเพศและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรอบครัว การสื่อสาร พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรื่องสุขภาพทางเพศและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับเพื่อนๆ และแหล่งเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม



2. แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ สำหรับวัยรุ่นชาย จำนวน 4 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม^{9,19-20} ข้อคำถามครอบคลุมมิติพัฒนาการทางเพศ และการดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ คำถามเป็นการกำหนดตัวเลือกถูกผิด และกำหนดคะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-4 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ²¹ ความรู้มาก (คะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 คือ ได้คะแนน 4 คะแนน) ความรู้ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79.99 คือ ได้คะแนน 3 คะแนน) ความรู้น้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ได้คะแนน 1-2 คะแนน)

3. แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ สำหรับวัยรุ่นหญิง จำนวน 4 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม^{9,19-20} ครอบคลุมมิติพัฒนาการทางเพศ และการดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ คำถามเป็นการกำหนดตัวเลือกถูกผิด และกำหนดคะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-4 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ²¹ ความรู้มาก (คะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 คือ ได้คะแนน 4 คะแนน) ความรู้ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79.99 คือ ได้คะแนน 3 คะแนน) ความรู้น้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ได้คะแนน 1-2 คะแนน)

4. แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 17 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม^{8-9,19-20} คำถามเป็นการกำหนดตัวเลือกถูกผิด และกำหนดคะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-17 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ²¹ ความรู้มาก (คะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 คือ ได้คะแนนระหว่าง 14-17 คะแนน) ความรู้ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79.99 คือ ได้คะแนนระหว่าง 11-13 คะแนน) ความรู้น้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ได้คะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน)

5. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน จำนวน 25 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม²²⁻²³ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านการเรียนรู้ (learning) จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการใช้งาน (ease of use) จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านการแสดงผล (delivery) จำนวน 8 ข้อ โดยแต่ละข้อความมีการให้คะแนนโดยใช้มาตรวัดแบบประมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ²⁴ ได้แก่ 1) พึงพอใจระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน) 2) พึงพอใจระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67) 3) พึงพอใจระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน) และมีคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นและคำแนะนำที่มีต่อการใช้งานในประเด็นประโยชน์จากการใช้งาน (usability) และความน่าสนใจ (attraction) ของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย การหาความตรงของเครื่องมือวิจัย (validity) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่นชาย แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่นหญิง แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน มีค่าเท่ากับ .93, .93, .97, 1.0 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้

แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ สำหรับวัยรุ่นชาย แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ สำหรับวัยรุ่นหญิง แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธี KR-20 ได้เท่ากับ .70, .70, .71 ตามลำดับ และแบบสอบถาม



ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข CRPPHO 5/2562 ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประสานกับครูฝ่ายวิชาการ เพื่อบันทึกหมายพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และฝากเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยไปให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมไม่มีผลต่อการเรียน หากไม่ต้องการเข้าร่วมสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา และหากรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจในการตอบคำถาม หรือขอร่วมการวิจัยในขั้นตอนใดก็ตามสามารถปฏิเสธการตอบคำถามนั้น หรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือผ่านคณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ เรียนผู้อำนวยการโรงเรียนในระบบ

และนอกระบบการศึกษาและการศึกษาตามอัธยาศัยในจังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานกับครูฝ่ายวิชาการ เพื่อบันทึกหมายพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมาย แนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้เวลาในการอ่าน 10-15 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างอ่านเสร็จให้เวลาในการซักถามข้อสงสัย และฝากเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างไปให้ผู้ปกครอง

4. หลังจากได้รับเอกสารยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ครูฝ่ายวิชาการโทรประสานกับผู้วิจัยให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code เพื่อตอบแบบสอบถามก่อนผ่าน Google form โดยกลุ่มตัวอย่างชายให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่นชาย และแบบสอบถามการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่วนกลุ่มตัวอย่างหญิงให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่นหญิง และแบบสอบถามการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

5.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างชายและหญิงใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน ใช้เวลาศึกษาประมาณ 2 ชั่วโมง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถย้อนดูข้อมูลไปมาได้ตลอด หรือดูซ้ำตามความต้องการ



5.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน เป็นระยะเวลา 1 เดือน

5.4 เมื่อครบ 1 เดือนผู้วิจัยประสานงานกับครูวิชาการโรงเรียนในการส่ง QR code ให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังได้ใช้งาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความรู้การดูแลสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบที่แบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (paired t-test) และความพึงพอใจในการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 108 คน หลังใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน มีกลุ่มตัวอย่างเหลือจำนวน 87 คน (เนื่องจากมีข้อมูลบางส่วนในกลุ่มตัวอย่างขาดหายไปสมบูรณ์ จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ คิดเป็นค่า attrition rate เป็นร้อยละ 19.4) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 10-19 ปี ร้อยละ 40.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.8 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 56.3 ศึกษาในระบบการศึกษา ร้อยละ 43.7 ศึกษา นอกกระบบการศึกษา และการศึกษาตามอัธยาศัย ร้อยละ 58.6 จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 69 มีความชำนาญในการใช้เทคโนโลยีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.7 ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เรียนรู้ผ่านอุปกรณ์มือถือในระดับ ‘นานๆ ที’ ร้อยละ 57.5 ได้รับเงินมาโรงเรียนในแต่ละวันน้อยกว่า 30 บาท กลุ่มตัวอย่างมีแฟน ร้อยละ 28.7 ในจำนวนที่มีแฟนพบว่าร้อยละ 96 มีแฟนเพศตรงข้าม และร้อยละ 4 มีแฟนเพศเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23

เคยมีแฟนมาแล้ว 1 คน ร้อยละ 12.6 มีแฟนมาแล้ว 2 คน ร้อยละ 20.7 มีแฟนมาแล้ว 3 คน ร้อยละ 10.3 มีแฟนมาแล้วมากกว่า 3 คน ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างระบุว่า ได้ดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์) และใช้กัญชา ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.1 ให้ประวัติว่าเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคหนองใน และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับใช้ถุงยางอนามัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 79.3 ใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งร้อยละ 9.2 ใช้ถุงยางอนามัยเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 3.4 และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งร้อยละ 8.1 วัยรุ่นมีความมั่นใจในการใช้ถุงยางอนามัยระดับมากร้อยละ 44.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.1 และระดับน้อยร้อยละ 39.1 และมีการใช้ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 19.5 กลุ่มตัวอย่างมีการสื่อสารพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องสุขภาพทางเพศและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 29.9 ระบุว่าสื่อสารในครอบครัวเป็นบางครั้ง และร้อยละ 37.9 มีการสื่อสารกับเพื่อนๆ เป็นบางครั้ง กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 64.4) หนังสือเรียน (ร้อยละ 35.6) ถามผู้รู้เช่น หมอพยาบาล หรือผู้ปกครอง (ร้อยละ 32.2) นิตยสาร (ร้อยละ 2.3) และไม่เคยได้รับจากแหล่งใด (ร้อยละ 5.7)

ความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน

จากการวิเคราะห์ผลของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -6.43$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพศชาย (n = 35)

คะแนนความรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t-test	df	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่าน โมบายเว็บแอปพลิเคชัน	3.23	0.55	ปานกลาง	-6.43	34	< .001
หลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่าน โมบายเว็บแอปพลิเคชัน	3.91	0.28	ปานกลาง			

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ หลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน

สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -4.69$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง (n = 52)

คะแนนความรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t-test	df	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่าน โมบายเว็บแอปพลิเคชัน	3.17	0.90	ปานกลาง	-4.69	51	< .001
หลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่าน โมบายเว็บแอปพลิเคชัน	3.71	0.54	ปานกลาง			

จากการวิเคราะห์ผลของคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

หลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -15.06$, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (N = 87)

คะแนนความรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t-test	df	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่าน โมบายเว็บแอปพลิเคชัน	9.20	2.67	น้อย	-15.06	86	< .001
หลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่าน โมบายเว็บแอปพลิเคชัน	13.23	1.93	ปานกลาง			



ความพึงพอใจที่มีต่อการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน

จากการวิเคราะห์ผลของคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.81$, $SD = 1.01$) หากแยกเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ

ต่อรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน ด้านการเรียนรู้ (learning) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.81$, $SD = 1.10$) ด้านการใช้งาน (ease of use) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 1.08$) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 1.05$) ด้านการแสดงผล (delivery) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$, $SD = 1.02$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจที่มีต่อการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน (N = 87)

คะแนนความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการเรียนรู้ (learning)	3.81	1.10	มาก
ด้านการใช้งาน (ease of use)	3.89	1.08	มาก
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction)	3.78	1.05	มาก
ด้านการแสดงผล (delivery)	3.76	1.02	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	3.81	1.01	มาก

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและคำแนะนำต่อการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านประโยชน์จากการใช้งาน และ 2) ด้านความน่าสนใจของนวัตกรรม โดยพบว่าผู้ใช้งานได้รับประโยชน์จากการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน ได้เรียนรู้และเข้าใจในสิ่งที่เข้าใจยากหรือไม่เคยทราบมาก่อน มีความสนุกและสนใจในการใช้งาน เห็นคุณค่าของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันที่สามารถนำไปใช้ในบริบทและสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนั้นผู้ใช้งานยังได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เช่น การเพิ่มภาษาให้รองรับกลุ่มผู้ใช้งานมากขึ้น การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบให้ทำงานและตอบสนองที่เร็วขึ้น อันนำไปสู่ประสบการณ์การใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันที่ดีขึ้นต่อไป

การอภิปรายผล

หลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน วิทยุรณรงค์ชาติพันธุ์อาข่ามีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ใช้งานกลุ่มวิทยุรณรงค์ชาติพันธุ์อาข่ามีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ารูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน มีรูปแบบการเล่าเรื่องผ่านภาพเคลื่อนไหว เสียงภาษาถิ่น บริบทของชาวอาข่า ตลอดจนวิทยุรณรงค์ชาติพันธุ์อาข่ายังสามารถค้นหาความรู้และความสงสัยที่เกี่ยวข้องผ่านการใช้งานโมบายเว็บแอปพลิเคชัน



อีกด้วย ประกอบกับโมบายเว็บแอปพลิเคชันมีการออกแบบและนำเสนอผ่านเรื่องราวที่ใกล้เคียงกับบริบท อาทิเช่น ตัวละครเครื่องแต่งกาย ภาษา คำพูด บทสนทนา กราฟิก สถานที่และสถานการณ์ จึงทำให้วัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าได้เรียนรู้และเข้าใจในสิ่งที่เข้าใจยากหรือไม่เคยทราบมาก่อน มีความสนุกสนานในการใช้งาน และเห็นคุณค่าของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Brayboy และคณะ⁹ ที่ได้พัฒนาแอปพลิเคชัน girl talk เพื่อใช้ในการสอนวัยรุ่นผู้หญิงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ โดยพบว่าผู้ใช้งานมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในหลายหัวข้อ เช่น ความสัมพันธ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แอปพลิเคชันมีประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ เช่น ตอบสนองการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ใช้งานได้เป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถติดตามและให้การแจ้งเตือนได้ สามารถนำไปใช้งานที่หนักก็ได้ทุกที่ทุกเวลา ทำให้ผู้เรียนพึงพอใจต่อการใช้งานรวมทั้งช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้เป็นอย่างดี^{10-11,25}

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้

ในงานวิจัยมีการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน ในรูปแบบออนไลน์ซึ่งผู้ใช้งานจำเป็นต้องมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตในการเข้าถึง

สรุปและข้อเสนอแนะ

หลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันวัยรุ่นชาติพันธุ์อาข่ามีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

บุคลากรสุขภาพหรือครูสามารถนำรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน ไปประยุกต์ใช้เป็นสื่อการสอนสำหรับวัยรุ่นอาข่าหรือพัฒนาต่อยอดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน โดยติดตามในระยะยาว เช่น ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน ต่ออัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และอัตราของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หรือศึกษาขยายผลในวัยรุ่นหลากหลายชนเผ่ามากยิ่งขึ้น เช่น เผ่าลาหู่ เผ่ากะเหรี่ยง เผ่าลีซอ เผ่าม้ง เผ่าเย้า เป็นต้น

References

1. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance, 2018 [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2018 [cited 2021 Jul 3]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/stis-surveillance-2018/en/>.
2. Bureau of AIDS, TB and STIs. Thailand National Strategy on STIs prevention and control, 2017-2021. Nontaburi; Department of Disease Control, Ministry of Health; 2016. 92 p. (in Thai).
3. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents. The need for adequate health services. Geneva; Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), World Health Organization; 2005. 90 p.



4. World Health Organization. World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2019 [cited 2021 May 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311696>.
5. Office of Reproductive Health, Ministry of Public Health. Annual report 2020 [internet]. Nonthaburi: Office of Reproductive Health, Ministry of Public Health; 2020 [cited 2021 Aug 4]. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202101/m_news/32053/200929/file_download/5499b750564075b590cc442f64caae41.pdf. (in Thai).
6. United Nations Population Fund [UNFPA], Thailand. The state of Thailand's population 2013 motherhood in childhood facing the challenge of adolescent pregnancy. Bangkok: UNFPA; 2013. 88 p.
7. Bull SS, Levine DK, Black SR, Schmiede SJ, Santelli J. Social media-delivered sexual health intervention: a cluster randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2012;43(5):467-74. doi: 10.1016/j.amepre.2012.07.022.
8. Chavez NR, Shearer LS, Rosenthal SL. Use of digital media technology for primary prevention of STIs/HIV in youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014;27(5):244-57. doi: 10.1016/j.jpag.2013.07.008.
9. Brayboy LM, Sepolen A, Mezoian T, Schultz L, Landgren-Mills BS, Spencer N, et al. Girl Talk: a smartphone application to teach sexual health education to adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30(1):23-8. doi: 10.1016/j.jpag.2016.06.011.
10. Mac Callum K, Jeffrey L, Kinshuk. Factors impacting teachers' adoption of mobile learning. *Journal of Information Technology Education: Research*. 2014;13:142-62. doi: 10.28945/1970.
11. Morales R, Igler B, Bohm S, Chitchaipoka P. Context-aware mobile language learning. *Procedia Comput Sci*. 2015;56:82-7. doi: 10.1016/j.procs.2015.07.198.
12. Sychareun V, Fixelid E, Thomsen S, Somphet V, Popenoe R. Customary adolescent sexual practices among the Akha of northern Lao PDR: considerations for public health. *Cult Health Sex*. 2011;13 Suppl 2:S249-62. doi: 10.1080/13691058.2011.634924.
13. Apidechkul T. Sexual behaviors and seroprevalence of HIV, HBV, and HCV among hill tribe youths of Northern Thailand. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1101. doi: 10.1186/s12889-019-7459-9.
14. Ministry of Education & United Nations International Children's Emergency Fund. Review of comprehensive sexuality education in Thailand. Bangkok: UNICEF Thailand. 66 p.
15. Chansiri S, Wongwatkit C. Perceptions of unwanted pregnancies and preventing of unwanted pregnancies among the Akha adolescents. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2021;40(2):17-33. (in Thai).



16. Chansiri S, Wongwatkit C. An interactive story-based mobile application with personal recommendation and notification for sexual health education in ethnic adolescents. Paper presented at: ICCCE 2009. Proceedings of the 27th International Conference on Computers in Education; 2019 Dec 2-6; Kenting, Taiwan.
17. Thato R. Nursing research: concepts to application. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. 590 p. (in Thai).
18. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017. 736 p.
19. Li C, Cheng Z, Wu T, Liang X, Gaoshan J, Li L, et al. The relationships of school-based sexuality education, sexual knowledge and sexual behaviors-a study of 18,000 Chinese college students. *Reprod Health*. 2017;14(1):103. doi: 10.1186/s12978-017-0368-4.
20. Cleland J. Illustrative questionnaire for interview-surveys with young people [internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2001. [cited 2021 Jul 15]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/questionnaire.pdf>.
21. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971. 923 p.
22. Giannakos MN. Enjoy and learn with educational games: examining factors affecting learning performance. *Comput Educ*. 2013;68:429-39. doi: 10.1016/j.compedu.2013.06.005.
23. Mun YY, Hwang Y. Predicting the use of web-based information systems: self-efficacy, enjoyment, learning goal orientation, and the technology acceptance model. *Int J Hum Comput Stud*. 2003;59(4):431-49. doi: 10.1016/S1071-5819(03)00114-9.
24. Best JW, Kahn JV. Research in education. 10th ed. New Delhi: PHI Learning Private; 2006. 534 p.
25. Gannon B, Davis R, Kuhns LM, Rodriguez RG, Garofalo R, Schnall R. A mobile sexual health app on empowerment, education, and prevention for young adult men (MyPEEPS mobile): acceptability and usability evaluation. *JMIR Form Res*. 2020;4(4):e17901. doi: 10.2196/17901.



Effects of the Information Motivation and Decision-making Skills Program on Preventive Behaviors towards Repeated Pregnancy among Adolescent Mothers*

Athitaya Mala, RN, MNS¹, Punyarat Lapvongwatana, PhD¹, Nutkamol Chansatitporn, ScD¹, Korakot Sirimai, MD²

Abstract

Purpose: To examine the effects of the Information, Motivation and Decision-making Skills Program on preventive behaviors towards repeated pregnancy among adolescent mothers.

Design: Two-group pretest-posttest quasi-experimental design.

Methods: Participants were adolescent mothers younger than 20 years of age who attended the delivery care unit at a university hospital. Two comparable adolescent mothers were selected to participate in the study, 27 subjects served as an intervention group, 25 of them served as a comparison group. The comparison group received usual care. The intervention group received the program consisted of 3 steps: 1) providing information on repeated pregnancy prevention and contraception, 2) building motivation and positive attitude towards repeated pregnancy prevention, and 3) building skills for repeated pregnancy prevention. Data were collected three times: before the experiment, immediately after, and 6-8 weeks follow-up. Self-administered questionnaires, including knowledge, attitudes, decision making, and preventive behaviors towards repeated pregnancy were used. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and repeated measures ANOVA.

Main findings: The mean score of knowledge ($F = 28.34, p < .001$) and attitude ($F = 6.19, p = .005$), in the intervention group were significantly higher than the comparison group from baseline to immediately after intervention and 8-week follow-up. The mean score of decision-making skills in the intervention group became increasing but did not significantly differ from the comparison group ($F = 1.74, p = .193$), and the mean score of repeated pregnancy preventive behaviors became higher at 8-week follow-up but did not significantly differ from the comparison group ($F = 3.07, p = .08$).

Conclusion and recommendations: This program which brought the spouses to help motivate the adolescent mothers could assist the mothers to perform preventive behaviors towards repeated pregnancy. Therefore, nurses should apply this program to promote preventive behaviors among adolescent mothers towards repeated pregnancy.

Keywords: adolescent mothers, adolescent pregnancy, decision-making, information, motivation

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):14-30

Corresponding Author: Associate Professor Punyarat Lapvongwatana, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand; e-mail: punyarat.lap@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Community Nurse Practitioner, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

¹ Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 9 June 2021 / Revised: 5 August 2021 / Accepted: 15 September 2021



ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะการตัดสินใจ ต่อพฤติกรรมป้องกัน การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด*

อาทิตยา มาระ, พย.ม.¹ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, PhD¹ ญัฐกมล ชาญสาธิตพร, ScD¹ กรกฎ ศิริมัย, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะการตัดสินใจต่อพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติทางบวก ต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และการฝึกทักษะการตัดสินใจต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 6-8 สัปดาห์ ด้วยแบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ ทักษะการตัดสินใจ และพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย: เมื่อสิ้นสุดการทดลอง และติดตามผล มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($F = 28.34, p < .001$) ทัศนคติ ($F = 6.19, p = .005$) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทักษะการตัดสินใจ ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนน ดีขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($F = 1.74, p = .193$) และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน กลุ่มทดลองมีคะแนนดีขึ้นในระยะติดตามผล แต่ยังไม่มีพบความแตกต่างเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($F = 3.07, p = .08$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการตัดสินใจโดยนำสามีหรือคู่รัก มาช่วยสร้างแรงจูงใจ สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ เพื่อให้ มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อไป

คำสำคัญ: มารดาวัยรุ่น ตั้งครรภ์วัยรุ่น การตัดสินใจ ข้อมูล แรงจูงใจ

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):14-30

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400, e-mail: punyarat.lap@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 9 มิถุนายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 5 สิงหาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 15 กันยายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก และยังพบว่ามารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ครั้งที่สองหรือการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในประเทศไทยร้อยละ 14.4¹ และจากข้อมูลโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราการคลอดซ้ำในมารดาวัยรุ่นถึงร้อยละ 20² ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ให้วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่มาคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ต่อจำนวนวัยรุ่นในกลุ่มเดียวกันให้ไม่เกินร้อยละ 10¹

การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับสามี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแรงขับทางเพศและมีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์สูง³ อีกทั้งยังขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ เพราะคิดว่าไม่น่าจะตั้งครรภ์ง่าย ๆ และพบว่ากว่าร้อยละ 98.2 มารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้เป็นการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์สูงมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นทั่วไป⁴ ซึ่งไม่จะเป็นการตั้งครรภ์ซ้ำที่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ล้วนก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของมารดาวัยรุ่นและทารก⁵ โดยจากการศึกษาผลกระทบมารดาวัยรุ่นที่มาคลอดโรงพยาบาลศิริราชนั้นพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 11.7⁶ มีภาวะช็อคก่อนคลอดร้อยละ 26.5⁷ รวมถึงมารดาวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 8.8⁶ ด้านทารกพบว่าเมื่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาวัยรุ่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 13.9 ในปี พ.ศ. 2559⁸

จากการเก็บข้อมูลหน่วยวางแผนครอบครัวและอนามัยเจริญพันธุ์ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมกราคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2561 ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ซ้ำจำนวน 30 รายพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 มีการคุมกำเนิดหลังคลอดบุตรคนแรกไม่สม่ำเสมอ เช่น สืมหันยาเม็ดคุมกำเนิด สืมไปฉีดยาคุมตามนัด ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนสาเหตุ

ที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีการตั้งครรภ์ซ้ำในระยะ 1-2 ปีหลังคลอดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการคุมกำเนิด หรือใช้การคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง⁹⁻¹⁰ รวมถึงการมารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวว่าเป็นเพียงคำแนะนำการคุมกำเนิดเช่นเดียวกับข้อมูลที่ให้กับมารดาหลังคลอดทั่วไป ยังไม่พบการเชื่อมกับปัญหาตรงกับที่วัยรุ่นกำลังเผชิญ ทำให้มารดาวัยรุ่นยังไม่เห็นความสำคัญของการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง และไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดในแต่ละวิธี ประกอบกับสามีไม่ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัวกับมารดาวัยรุ่นทุกราย ซึ่งสามีนั้นเป็นบุคคลที่ช่วยสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นวางแผนการคุมกำเนิดระยะยาวได้^{9,11} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาวัยรุ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์หรือการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และไม่ทราบถึงผลข้างเคียงของการคุมกำเนิด¹² มีทัศนคติทางลบต่อการคุมกำเนิดระยะยาวที่เชื่อว่าจะมีผลข้างเคียงมากกว่าการคุมกำเนิดชนิดอื่นๆ ทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากได้ รวมทั้งไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์¹³ และจากการสอบถามตนเอง ระบุว่าตนเองไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของยาคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ได้ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกกะปริดกะปรอย หน้ามัน เป็นสิว เป็นต้น ทำให้ไม่ต้องการใช้วิธีการคุมกำเนิด จึงเห็นได้ว่ามารดาวัยรุ่นนั้นยังขาดความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำหรือการคุมกำเนิด ทัศนคติ และทักษะการตัดสินใจในการคุมกำเนิดช่วงหลังคลอด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำยังไม่เพียงพอ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำพบว่า ส่วนใหญ่จะศึกษาด้านการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยวิธีการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ ที่หลากหลาย^{11,14} ซึ่งยังมีข้อจำกัดการศึกษาในการมีส่วนร่วมของสามีหรือคู่รัก ซึ่งสามีนั้นเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลกับมารดาวัยรุ่นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจคุมกำเนิด เพื่อเว้นระยะการมีบุตร^{9,11,15-16} โดยเฉพาะการคุมกำเนิด



ชนิดชั่วคราวที่ออกฤทธิ์นาน (Long-Acting Reversible Contraception, LARC) ซึ่งเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับมารดาวัยรุ่นมากที่สุด¹⁷⁻¹⁸ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการตัดสินใจ ตามแนวคิดการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจและพัฒนาทักษะ (Information Motivation and Behavioral skill: IMB model)¹⁹ โดยมีการให้ความรู้ในส่วนที่มารดาวัยรุ่นและสามียังขาดหรือไม่ถูกต้อง การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด ฝึกทักษะการตัดสินใจต่อการคุมกำเนิด โดยให้สามีหรือคู่รักเข้ามาช่วยส่งเสริม สนับสนุน ชมเชย และให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจต่อการตัดสินใจในการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่ออกฤทธิ์นาน ทำให้อายุครรภ์ไม่เกิดพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ ทักษะในการตัดสินใจ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ ทักษะในการตัดสินใจ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ ทักษะในการตัดสินใจ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ดีกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ ทักษะในการตัดสินใจ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง 2-5 วันหลังการทดลองทันที และวัดซ้ำอีก 6-8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ที่มาคลอด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่มาคลอด สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ อาศัยกับสามีหรือคู่รัก สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีอาการของภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Twisk²⁰ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{(1-\alpha/2)} + Z_{(1-\beta)})^2 \sigma^2 (r+1) [1+(T-1)\rho]}{V^2 r T}$$

เมื่อ	n	คือ	ขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม
	$Z_{(1-\alpha/2)}$	คือ	ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับระดับความเชื่อมั่น $(1-\alpha/2) = 95\%$ มีค่าเท่ากับ 1.96
	$Z_{(1-\beta)}$	คือ	ค่าสถิติมาตรฐานอำนาจทดสอบที่ 80% มีค่าเท่ากับ .84 หรือค่าสถิติมาตรฐานอำนาจทดสอบที่ 90% มีค่าเท่ากับ 1.28
	σ	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์
	ρ	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง
	r	คือ	อัตราส่วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
	v	คือ	ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ระหว่าง 2 กลุ่ม
	T	คือ	จำนวนของการวัดซ้ำ

แทนค่าสูตรโดยใช้งานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ นิภาพร คนเขียว และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการมีส่วนร่วมของสามีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

$$N = \frac{(1.96+1.28)^2(1.68)^2(1+1) [1+(1-1)1.28]}{(1.4)^2 1(1)}$$

$$n = 30.24 = 30$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในงานวิจัยครั้งนี้จำนวนกลุ่มละ 30 คน และเนื่องจากการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหาย ดังนั้นการศึกษาค้นคว้านี้ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนที่อาจเกิดจากการแพร่กระจายข้อมูลระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง และจากการเก็บข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างครบ 70 รายแล้วนั้น พบว่ามีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ขาดการติดต่อ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 ราย (drop out 22%) กลุ่มเปรียบเทียบ 10 ราย (drop out 28%) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีกลุ่มทดลอง 27 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 25 ราย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่หายไปมีลักษณะไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ยังคงอยู่ในการทดลอง

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ การวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ประสบการณ์การคุมกำเนิด ประวัติการตั้งครรภ์ อายุสามีหรือคู่รัก ระยะเวลาคบกับสามีหรือคู่รัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และการคุมกำเนิด จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ความหมาย การตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิด สาเหตุความเสี่ยง ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ความหมายการคุมกำเนิด กลไกการออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพข้อดี ผลข้างเคียง การแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการคุมกำเนิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลตนเองหลังคุมกำเนิดและการมาตรวจติดตาม แต่ละข้อมีคำตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก (20-25 คะแนน) แสดงว่าผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิดมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยทัศนคติด้านผลกระทบการตั้งครรภ์ซ้ำ การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตราวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ในกรณีข้อความมีความหมายทางบวก ไม่เห็นด้วยได้คะแนน 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุดได้คะแนน 4 คะแนน และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อความมีความหมายทางลบ การแปลผลพิจารณาจากคะแนนรวมทั้ง 15 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก (48-60 คะแนน) แสดงว่าผู้ตอบมีทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำทางบวกมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะตัดสินใจต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยทักษะการตัดสินใจด้านการคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การสนับสนุนจากสามีหรือคู่รักและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 อันดับ จาก 1 (ไม่มั่นใจเลย) ถึง 4 (มั่นใจมากที่สุด) โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูง (32-40 คะแนน) แสดงว่าผู้ตอบมีการทักษะการตัดสินใจต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ดี



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมการคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การสนับสนุนจากสามีหรือคู่รักและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ จาก 1 (ไม่ปฏิบัติ) ถึง 3 (ปฏิบัติประจำ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูง (24-30 คะแนน) แสดงว่าผู้ตอบมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำระดับดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) คู่มือป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมมีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำวัยรุ่น ความรู้เรื่องการเจริญพันธุ์ ความรู้เรื่องคุมกำเนิดเพื่อเว้นช่วงการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัยคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด มีบันทึกอาการที่เกิดขึ้นหลังจากคุมกำเนิด แนวทางปฏิบัติที่จำเป็นในการดูแลตนเองหลังจากคุมกำเนิด มีช่องทางในการติดต่อกับผู้วิจัย กรณีกังวลใจหรือมีข้อสงสัยในอาการต่างๆ

2) วิถีทัศน์ตัวแบบ (modeling) ที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยใช้การคุมกำเนิดตามแนวทางการคุมกำเนิดของหน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ การใช้ยาฝังคุมกำเนิด หรือห่วงอนามัยคุมกำเนิดชนิดไม่มีฮอร์โมน หรือยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ระยะเวลา 5 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย คู่มือป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และวิดีโอทัศน์ “เรื่องแม่วัยรุ่น” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยเจริญพันธุ์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการพยาบาลครอบครัว และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลมารดาวัยรุ่น จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าวมาปรับแก้ไข

ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ในคู่มือและวิดีโอทัศน์

2. การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด ทักษะคิด ทักษะตัดสินใจ และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98, 1.00, 1.00 และ .93 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .87 และแบบสอบถามทักษะคิดต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทักษะตัดสินใจต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .86, .81 และ .71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No. Si 426/2020 ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้



1. **ขั้นเตรียมการ** เป็นขั้นตอนของการพัฒนาและทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะต่อพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และพัฒนาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ แบบสอบถามทักษะตัดสินใจต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

2. ขั้นดำเนินการศึกษา มีดังนี้

2.1 หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยยื่นหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมื่อ ได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด 3 หอผู้ป่วย และหัวหน้าหน่วยวางแผนครอบครัวฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยเข้าสำรวจรายชื่อมารดาวัยรุ่นรายใหม่ที่มาฝากครรภ์ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบมารดาวัยรุ่นเพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง มารดาวัยรุ่นผ่านการคัดเลือกจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์หรือความเสี่ยงที่อาจได้รับ หากมารดาวัยรุ่นยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในใบยินยอม การพบปะมารดาวัยรุ่นเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนี้จะทำในช่วงเวลา 13.00-16.00น. เนื่องจากเป็นเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์และการดูแลจากพยาบาลแล้ว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคัดเลือก ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ทราบว่า การคัดเลือกนี้ไม่มีผลต่อการดูแลรักษา

2.3 ก่อนเริ่มโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินอาการของมารดาวัยรุ่น

หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย มีอาการปวดมดลูกหรือเต้านม ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการทันที และรีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมารดาวัยรุ่นมีอาการดีขึ้นมีความพร้อมและยินยอมให้ดำเนินการ ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ได้แก่ 1) 24 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนเริ่มทำการทดลอง 2) 2-5 วันหลังคลอด หลังการทดลองทันที และ 3) 6-8 สัปดาห์หลังคลอด เป็นระยะติดตามผล โดยดำเนินกิจกรรมตามแบบแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการสอนโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายหลังคลอด การฟื้นฟูสภาพโดยการบริหารร่างกาย การวางแผนครอบครัว การสังเกตอาการผิดปกติ และการเลี้ยงดูบุตร อาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การมีประจำเดือน การงดเพศสัมพันธ์หลังคลอดจนกว่ามาตรวจหลังคลอด การนัดมาตรวจหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะการตัดสินใจ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ตามแนวคิดของ information motivation behavioral skills model ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยจัดกิจกรรม 2 ครั้งๆ ละ 40 นาที ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังคลอด ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ประกอบด้วย

การให้ข้อมูลข่าวสาร ใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง และการใช้คำถามปลายเปิด ร่วมกับการสอบถามสามีหรือคู่รัก ประเมินความรู้ที่มีอยู่เดิมของมารดาวัยรุ่นและสามี เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ผู้วิจัยให้ความรู้ในส่วนที่มารดาวัยรุ่นและสามีขาดหรือไม่ถูกต้อง ในขอบเขตเนื้อหา ความหมายการตั้งครรภ์ซ้ำ สาเหตุ ความเสี่ยง ผลกระทบ



ของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด เพื่อให้มารดาวัยรุ่นและสามีหรือคู่รัก เห็นผลเสียของการตั้งครรภ์ในขณะที่เป็นวัยรุ่น

การสร้างแรงจูงใจ ใช้คะแนนทัศนคติก่อนการทดลอง และการใช้คำถามปลายเปิด ร่วมกับการสอบถามสามีหรือคู่รัก ประเมินทัศนคติที่มีอยู่เดิมของมารดาวัยรุ่นและสามี เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด โดยให้สามีหรือคู่รักเข้าร่วมในกิจกรรม ผ่านการดูวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง “เรื่องแม่วัยรุ่น” ซึ่งเป็นวิดีโอที่สั้นๆ ที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำนาน 5 นาที นอกจากนั้นสร้างแรงจูงใจเพิ่มโดยการอธิบายถึงสิทธิที่มารดาวัยรุ่นจะได้รับการคุมกำเนิดที่หน่วยวางแผนครอบครัว โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

กิจกรรมครั้งที่ 2 ระยะหลังคลอด 2-5 วัน ที่หน่วยวางแผนครอบครัว

การให้ข้อมูลข่าวสาร ประเมินความรู้ที่มีอยู่เดิมของมารดาวัยรุ่นและสามี โดยใช้คำถามปลายเปิด ร่วมกับการสอบถามสามีหรือคู่รัก เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ผู้วิจัยให้ความรู้ในส่วนที่มารดาวัยรุ่นและสามีขาดหรือไม่ถูกต้อง ในขอบเขตเนื้อหา ความหมายการคุมกำเนิด กลไกการออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพ ข้อดี ผลข้างเคียง เพื่อให้มารดาวัยรุ่นและสามีหรือคู่รักเห็นความสำคัญของการคุมกำเนิด

การพัฒนาทักษะ ใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง และการใช้คำถามปลายเปิด ร่วมกับการสอบถามสามีหรือคู่รัก ประเมินทักษะการตัดสินใจที่มีอยู่เดิมของมารดาวัยรุ่นและสามี โดยให้มารดาวัยรุ่นและสามีหรือคู่รัก ร่วมกันแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์การคุมกำเนิดที่ผ่านมา ผลกระทบของการไม่คุมกำเนิด ความต้องการในการคุมกำเนิด อุปสรรคในการคุมกำเนิด และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการคุมกำเนิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การดูแลตนเองหลังจากคุมกำเนิด การมาตรวจติดตาม และการกลับมาสู่ภาวะเจริญพันธุ์หลังเลิกใช้การคุมกำเนิดในแต่ละวิธีที่มารดาวัยรุ่นได้ตัดสินใจเลือกใช้ โดยผู้วิจัยสมมติสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้มารดาวัยรุ่นและสามีหรือคู่รักแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยกล่าวคำชื่นชม และให้กำลังใจเมื่อมารดาวัยรุ่นสามารถแสดงความคิดเห็น ในวิธีการจัดการผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งเสริมให้เชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะประสบความสำเร็จได้ตามตัวแบบด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจด้วยตนเองในการคุมกำเนิดวิธีที่ตนเลือก พร้อมทั้งแจกคู่มือ “การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด” ซึ่งคู่มือนี้ประกอบด้วย การบันทึกอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น แนวทางปฏิบัติที่จำเป็นในการดูแลตนเองหลังจากคุมกำเนิด

สัปดาห์ที่ 6-8 ระยะติดตามผล เก็บข้อมูลซ้ำในระยะติดตามในขณะที่มารับบริการตรวจหลังคลอดที่หน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร จัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการวิจัยสิ้นสุด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด พร้อมทั้งแจกคู่มือ “การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด”

3. ชั้นประเมินผล

3.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถาม ซึ่งหากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วน จะไม่นำมาวิเคราะห์

3.2 นำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย ในการดำเนินการวิจัย เกณฑ์ที่ใช้ยุติการทดลองคือ กรณีที่มารดาวัยรุ่นไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามเวลาที่กำหนด เช่น ไม่มาตรวจหลังคลอดที่หน่วยวางแผนครอบครัว มีการยกเลิกหรือถอนตัวระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และรู้สึกอึดอัดใจ ในการตอบข้อคำถามในแบบสอบถาม หรือการเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ independent t-test, chi-square test และ Fisher's exact test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ ทักษะในการตัดสินใจ และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ independent t-test, mixed design ANOVA ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ repeated measure one-way ANOVA โดย Mauchly's test of sphericity พบว่าคะแนนโดยรวมมีลักษณะเป็น compound symmetry ดังนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยอ่านค่าจาก sphericity assumed และเปรียบเทียบคะแนนภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ one-way repeated measured ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะทางประชากร** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกันทุกด้าน ($p\text{-value} > .05$) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 14-19 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 17.44 ปี ($SD = 1.39$) และ 17.04 ปี ($SD = 1.49$) ตามลำดับ ประมาณสองในสาม จบมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 70.4 และ 68.0 ตามลำดับ) ประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 48.2 และ 40 ตามลำดับ) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 14,051.85 บาท และ 13,480.00 บาท ตามลำดับ โดยหนึ่งในสามมีแหล่งที่มาของรายได้จากสามีหรือคู่รัก (ร้อยละ 37.1 และ 36 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ (ร้อยละ 85.2 และ 80 ตามลำดับ) และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 96.3 และ 92 ตามลำดับ) อายุสามีหรือคู่รักเฉลี่ย 20.4 ปี ($SD = 2.21$) และ 20.7 ปี ($SD = 4.01$) ปี ตามลำดับ ระยะเวลาคบกันก่อนตั้งครรภ์ประมาณครึ่งหนึ่งกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลา มากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 55.6) และกลุ่มเปรียบเทียบใช้ระยะเวลา 7 เดือนถึง 1 ปี (ร้อยละ 48) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)		p-value
	n (%)	($\bar{X} \pm SD$)	n (%)	($\bar{X} \pm SD$)	
อายุ (ปี)		17.44 $\pm$ 1.39		17.04 $\pm$ 1.49	.316 ^a
ระดับการศึกษา					.983 ^b
ประถมศึกษา	1 (3.7)		1 (4)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	19 (70.4)		17 (68)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7 (25.9)		7 (28)		
อาชีพปัจจุบัน					.849 ^b
ไม่มีอาชีพ	13 (48.2)		10 (40)		
นักเรียน/นักศึกษา	3 (11.1)		2 (8)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (18.5)		5 (20)		
รับจ้าง	6 (22.2)		9 (32)		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		14,051.85 $\pm$ 8,358.06		13,480.00 $\pm$ 7,517.31	.797 ^a

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)		p-value
	n (%)	($\bar{X} \pm SD$)	n (%)	($\bar{X} \pm SD$)	
แหล่งที่มาของรายได้					.929 ^b
ตนเอง	6 (22.2)		4 (16)		
สามีหรือคู่รัก	10 (37.1)		9 (36)		
ตนเองและสามีหรือคู่รัก	6 (22.2)		7 (28)		
ครอบครัวตนเอง/สามีหรือคู่รัก	5 (18.5)		5 (20)		
การวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้					1 ^c
ไม่วางแผน	23 (85.2)		20 (80)		
วางแผน	4 (14.8)		5 (20)		
ประสบการณ์คุมกำเนิด					1 ^c
ไม่เคยคุมกำเนิด	4 (14.8)		3 (12)		
เคย	23 (85.2)		22 (88)		
ประวัติการตั้งครรภ์					.603 ^c
ครั้งแรก	26 (96.3)		23 (92)		
ครั้งที่ 2 ขึ้นไป	1 (3.7)		2 (8)		
อายุสามีหรือคู่รัก (ปี)		20.41 $\pm$ 2.21		20.68 $\pm$ 4.01	.619 ^a
ระยะเวลาที่คบกับสามีหรือคู่รัก (ปี)		1.42 $\pm$ 0.77		1.25 $\pm$ 0.85	.385 ^a
น้อยกว่า 6 เดือน	3 (11.1)		5 (20)		
7 เดือน - 1 ปี	9 (33.3)		12 (48)		
มากกว่า 1 ปี	15 (55.6)		8 (32)		

^a independent t-test, ^b chi-square test, ^c Fisher's exact test

2. ผลการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะการตัดสินใจ ต่อความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด ทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในแต่ละช่วงเวลาภายในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด ทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของ

กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองในช่วงเวลาต่างๆ โดยการวิเคราะห์ด้วย one-way ANOVA repeated measures test (within group) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด ทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงเวลาที่ 1, 2 แตกต่างจากช่วงเวลา 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างดังกล่าวในกลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด ทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในแต่ละช่วงเวลาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ระยะเวลาการประเมินผล			F	p-value	Post hoc test	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3				
1. ความรู้ (0-25)							
กลุ่มเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	18.12	18.56	17.12	2.76	.070	-
(n = 25)	SD	2.51	2.53	1.45			
กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	18.48	22.82	22.85	50.14	< .001	1,2<3
(n = 27)	SD	2.62	1.64	0.82			
2. ทักษะคิด (15-60)							
กลุ่มเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	44.84	45.76	46.84	1.25	.292	-
(n = 25)	SD	5.48	4.03	4.14			
กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	44.92	50.37	49.67	28.63	< .001	1<2,3
(n = 27)	SD	3.95	1.60	2.84			
3. ทักษะการตัดสินใจ (10-40)							
กลุ่มเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	30.48	31.72	32.52	2.32	.106	-
(n = 25)	SD	2.55	2.73	4.49			
กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	31.41	34.70	35.51	9.44	< .001	1,2<3
(n = 27)	SD	3.15	4.16	3.66			
4. พฤติกรรม (10-30)							
กลุ่มเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	23.28	24.00	23.52	1.56	.217	-
(n = 25)	SD	2.01	2.08	3.55			
กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	24.18	24.33	25.67	5.04	.009	1,2<3
(n = 27)	SD	1.90	1.75	2.00			

ครั้งที่ 1 = ก่อนเริ่มโปรแกรม, ครั้งที่ 2 = 2-5 วัน หลังโปรแกรมทันที, ครั้งที่ 3 = 6-8 สัปดาห์ หลังเข้าโปรแกรม

2.2 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะการตัดสินใจในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ผลการวิเคราะห์ repeated measures ANOVA test พบว่ากลุ่มทดลองที่ เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการตัดสินใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อตัวแปร

เรื่องระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป (time effect) จากช่วงเวลาที่ 1 ไปสู่ช่วงเวลาที่ 3 ($F = 22.16, p < .01$; $F = 17.10, p < .01$; $F = 12.44, p < .01$) ตามลำดับ แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เมื่อตัวแปรเรื่องระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป (time effect) จากช่วงเวลาที่ 1 ไปสู่ช่วงเวลาที่ 3 ยังไม่พบ ความแตกต่างเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($F = 2.65, p < .105$)

นอกจากนี้พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเรื่องเวลาและตัวแปรเรื่องกลุ่ม (time x group interaction) ของตัวแปรความรู้ และทัศนคติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 28.34, p < .01$; $F = 6.19, p < .01$) ตามลำดับเช่นกัน แต่ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเรื่องเวลาและตัวแปรเรื่องกลุ่ม (time x group interaction) ของตัวแปรทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรม ($F = 1.74, p = .193$; $F = 3.07,$

$p = .08$) ตามลำดับ บ่งชี้ว่าผลลัพธ์ของโปรแกรมที่ประเมินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันในเฉพาะด้านตัวแปรความรู้และทัศนคติ แต่ภายในกลุ่มทดลองตัวแปรทักษะการตัดสินใจมีคะแนนดีขึ้น แต่ยังไม่พบความแตกต่างเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ และคะแนนพฤติกรรมดีขึ้นในระยะติดตามผล แต่ยังไม่พบความแตกต่างเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด ทัศนคติ ทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	SS	df	MS	F	p-value
1. ความรู้					
กลุ่ม	60195.14	1	60195.14	11183.04	< .001
Error	269.14	50	5.38		
ช่วงเวลา	156.26	2	78.13	22.16	< .001 ^a
ช่วงเวลา*กลุ่ม	199.82	2	99.91	28.34	< .001 ^a
Error	352.53	100	3.53		
2. ทัศนคติ					
กลุ่ม	244.88	1	244.88	10.99	.002
Error	1114.37	50	22.29		
ช่วงเวลา	372.49	1.64	227.66	17.10	< .001 ^b
ช่วงเวลา*กลุ่ม	134.84	1.64	82.42	6.19	.005 ^b
Error	1089.05	81.81	13.31		
3. ทักษะการตัดสินใจ					
กลุ่ม	206.58	1	206.58	12.67	.001
Error	815.11	50	16.30		
ช่วงเวลา	264.04	1.26	209.01	12.44	< .001 ^b
ช่วงเวลา*กลุ่ม	36.86	1.26	29.18	1.74	.193 ^b
Error	1061.30	63.16	16.80		
4. พฤติกรรม					
กลุ่ม	49.58	1	49.58	5.93	.018
Error	418.03	50	8.36		
ช่วงเวลา	19.24	1.14	16.93	2.65	.105 ^b
ช่วงเวลา*กลุ่ม	22.31	1.14	19.64	3.07	.080 ^b
Error	363.33	56.79	6.40		

^a sphericity assumed, ^b Greenhouse-Geisser



กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตัดสินใจคุมกำเนิด ก่อนกลับบ้าน (ร้อยละ 92.6 และร้อยละ 84 ตามลำดับ) เลือกวิธี LARC และยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (ร้อยละ 92 และ

ร้อยละ 85.7 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินครั้งหนึ่งตัดสินใจคุมกำเนิดในระยะ 2 วันหลังคลอด (ร้อยละ 48 และร้อยละ 47.6 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการคุมกำเนิดหลังคลอด

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 27)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การคุมกำเนิดหลังคลอด		
ไม่คุมกำเนิด	2 (7.4)	4 (16)
คุมกำเนิด	25 (92.6)	21 (84)
ประเภทของการคุมกำเนิด		
LARC method and DMPA	23 (85.2)	18 (72)
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว	2 (7.4)	3 (12)
ระยะเวลาในการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิด		
1 วันหลังคลอด	3 (12)	2 (9.5)
2 วันหลังคลอด	12 (48)	10 (47.6)
3 วันหลังคลอด	3 (12)	3 (14.3)
4 วันหลังคลอด	4 (16)	3 (14.3)
5 วันหลังคลอด	1 (4)	1 (4.8)
อื่นๆ (7 วัน, 6 สัปดาห์)	2 (8)	2 (9.5)

การอภิปรายผล

การให้ข้อมูล โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองมีความรู้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ผ่านการให้ความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงในส่วนที่มารดาวัยรุ่นและสามียังขาดหรือไม่ถูกต้อง ผ่านการใช้คำถามปลายเปิดร่วมกับการสอบถามสามีหรือคู่รัก ประเมินความรู้ที่มีอยู่เดิมของมารดาวัยรุ่นและสามีในประเด็นของการป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด ได้แก่ ความหมายการตั้งครรภ์ซ้ำ

สาเหตุ ความเสี่ยง ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด ความหมายการคุมกำเนิด กลไกการออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพ ข้อดี และผลข้างเคียง การคุมกำเนิดแต่ละวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดา กิ่งมาลา, ทศนีย์ รวีวรกุล และอาภาพร เผ่าวัฒนา²¹ ที่พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสาร ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลให้ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล วัยรุ่นหญิงมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson, Fowler และ Koo²² เกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสาร ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น



จากก่อนการทดลอง การได้รับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ในช่วงที่มารดาวิจัยรุ่นเลือกคุมกำเนิด ช่วงหลังคลอดมากขึ้น

ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล มารดาวิจัยรุ่นกลุ่มทดลอง มีทัศนคติดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบและดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวิจัยรุ่นหลังคลอด ผ่านการสร้างแรงจูงใจทางสังคม คือ สามีหรือคู่รักเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ มารดาวิจัยรุ่นหลังคลอดมองเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการคุมกำเนิดหลังคลอด ร่วมกับการดูวิดีโอทัศนคติแบบ (modeling) “เรื่องแม่วิจัยรุ่น” ซึ่งเป็นวิดีโอทัศนคติแบบที่ ประสบผลสำเร็จด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำจากการคุมกำเนิด ชนิดชั่วคราวที่ออกฤทธิ์นาน และอธิบายถึงสิทธิที่มารดาวิจัยรุ่น จะได้รับการคุมกำเนิดที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากค่าคลอด ร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล แสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสียการคุมกำเนิดแต่ละวิธี เพื่อให้มารดาวิจัยรุ่นเกิด ทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิด สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับแรงจูงใจจาก บุคคลในครอบครัว เช่น สามี หรือมารดาของวัยรุ่น ร่วมกับการ ส่งเสริมทัศนคติ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ในการคุมกำเนิดของวัยรุ่นหลังคลอด^{3,23-24}

ทักษะการตัดสินใจ ภายหลังในกลุ่มทดลองมีคะแนนดีขึ้น แต่ยังไม่พบความแตกต่างเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มทักษะการตัดสินใจ ในมารดาวิจัยรุ่นหลังคลอดได้เฉพาะภายในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัย ได้จัดกิจกรรมในกลุ่มทดลองโดยการสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะ การตัดสินใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีหรือคู่รัก เพราะสามี หรือคู่รักจะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจในการคุมกำเนิด ของมารดาวิจัยรุ่นหลังคลอด¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการ ให้ความรู้หรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังคลอด

ช่วยให้มีการตัดสินใจคุมกำเนิดหลังคลอดมากขึ้น^{14,23} แต่ยังไม่พบ ความแตกต่างของทักษะการตัดสินใจเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่น ส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ และรายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมาจากสามีหรือคู่รักเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บุคคลสำคัญในครอบครัว นอกจากสามี เช่น พ่อแม่มีส่วนสำคัญในการจัดการชีวิตและ ความคิด การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^{16,25}

พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ภายหลังในกลุ่มทดลอง มีคะแนนดีขึ้นในระยะติดตามผล แต่ยังไม่พบความแตกต่าง เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยในระยะหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยประเมินพฤติกรรม 2-5 วันหลังคลอด ภายหลังการทดลองทันที ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินั้นต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจ หลายขั้นตอน²⁶ อีกทั้งพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำนั้น เป็นสิ่งที่มารดาวิจัยรุ่นจะต้องเรียนรู้และฝึกฝน ซึ่งการที่จะทำให้ พฤติกรรมเกิดขึ้นได้จนทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่สมบูรณ์ได้ จะต้องอาศัยเวลา²⁷ ประกอบกับมารดาวิจัยรุ่นอาจจะยังไม่ได้ รับการฝึกฝนที่เพียงพอ หรือมีประสบการณ์ชีวิตที่น้อย เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ไม่เคยมีประสบการณ์หรือ มีประสบการณ์น้อยในการคุมกำเนิดระยะยาว และพฤติกรรม การคุมกำเนิดระยะยาวเป็นพฤติกรรมที่ยังไม่เกิดขึ้น ทำให้พฤติกรรม ไม่ปรากฏออกมา¹⁶ เท่าที่ควร ประกอบกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะการตัดสินใจที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้ยังไม่สามารถตัดสินใจได้ว่า ตนเองสามารถกระทำพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยเฉพาะการเลือกใช้การคุมกำเนิด ระยะยาวได้จริงหรือไม่ ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ยังไม่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองทันที ยังคงใกล้เคียงกับก่อนทดลอง และดีขึ้นเมื่อในระยะติดตามผล 6-8 สัปดาห์



การคุมกำเนิดหลังคลอดก่อนกลับบ้าน พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เลือกคุมกำเนิดหลังคลอด และมีการคุมกำเนิดตามแนวทางหน่วยวางแผนครอบครัวโดยวิธี LARC และยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว และส่วนใหญ่ตัดสินใจคุมกำเนิดในระยะ 2 วันหลังคลอด ประกอบกับการที่หน่วยวางแผนครอบครัวฯ มีนโยบายส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี คุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวระยะยาวฟรี ทำให้มารดาวัยรุ่นได้รับแรงจูงใจในการคุมกำเนิดร่วมกับการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากสามีหรือคู่รัก จึงทำให้มีแนวโน้มที่มารดาวัยรุ่นมีการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น⁴

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะการตัดสินใจสามารถทำให้เกิดความรู้ และทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในด้านทักษะการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ยังไม่แตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้นำบุคคลสำคัญในครอบครัวนอกจากสามีหรือคู่รัก เช่น พ่อแม่ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม และควรมีการติดตามมารดาวัยรุ่นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อไปเป็นระยะ เช่น ทุก 3-6-12 เดือน หรือจนกว่ามีการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดขึ้น เป็นต้น เพื่อติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในระยะยาว และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการสูญหายที่สูง ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรระมัดระวังในการออกแบบการวิจัย โดยอาจขอช่องทางติดต่อมารดาวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เช่น ขอเบอร์โทรศัพท์สามีหรือคู่รัก หรือบุคคลสำคัญในครอบครัว และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเดินทางมาตรวจหลังคลอดหน่วยวางแผนครอบครัวได้ จึงไม่สามารถมาทำแบบสอบถามในระยะติดตามผลได้ ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้ทำแบบสอบถามออนไลน์ที่เหมาะสมกับเทคโนโลยีปัจจุบัน เช่น ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หรือการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้

References

1. Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. Percentage of recurrent pregnancies in women younger than 20 years, health zone level. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health; 2019 [cited 2020 Nov 15]. Available from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/repregnancy?year=2020>. (in Thai).
2. Talungchit P, Lertbunnaphong T, Russameecharoen K. Prevalence of repeat pregnancy including pregnancy outcome of teenage women. Siriraj Med J. 2017;69(6):363-9.
3. Rawajai N. Factors affecting the sexual risk preventive behaviors of students in vocational education commission Bangkok Metropolis. Sripatum Chonburi Journal. 2010;9(1):113-20. (in Thai).
4. Jumklang S, Srisuriyawet R, Homsin P. Correlated factors with decision making of birth control implant used based on the Information-Motivation Behavioral Skill Model (IMB Model) among teen mothers. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2017;25(2):31-42. (in Thai).
5. Arayajaru P, Pataiprakaiphet K, Aumkeau A. Repeat pregnancy among adolescent mothers: the risk factors and the impacts on maternal and child's health. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3):86-92. (in Thai).
6. Wongniyom K, Apinuntavech S. The prevalence and associated factors of depression in teenage pregnancy at Siriraj hospital. Journal of The Psychiatric Association of Thailand. 2014;59(3): 195-205. (in Thai).



7. Lertvutivivat S, Talungjit P. Anemia and pregnancy outcomes in teenage prenatal care clinic at Siriraj hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016;24(3):153-60. doi: 10.14456/tjog.2016.26.
8. Lahfahroengron P, Rathinthorn A, Pungbankadee R, Talungchit P. Factors predicting low birth weight newborn in pregnant women attending teenage pregnancy clinic. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2018;36(2):30-41. (in Thai).
9. Pungbangkadee R, Ratinthorn A. Factors and consequences of repeat Pregnancy among teenagers: a case study in Bangkok Metropolis. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2014;32(2): 23-31. (in Thai).
10. Marangsee S. Risk factors and guidelines for prevention of repeated teenage pregnancy. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2018;26(2):84-9. (in Thai).
11. Konchail N, Niratharadorn M, Buabun N, Sangeun N. Effects of a self-efficacy promotion program and husband participation on the repeated pregnancy prevention behaviors among adolescent mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;19 Suppl:326-35. (in Thai).
12. Boonnow S. Knowledge, attitudes and satisfaction about contraception to prevent pregnancy repeat of teenage mothers at Postpartum department Chaiphum hospital. *Chaiphum Medical Journal*. 2016;36(2):35-43. (in Thai).
13. Pritt NM, Norris AH, Berlan ED. Barriers and facilitators to adolescents' use of long-acting reversible contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30(1):18-22. doi: 10.1016/j.jpag.2016.07.002.
14. Jaturongkachock K, Atthamaethakul W. Effect of family planning self-efficacy promotion program on pregnancy repeated prevention behavior among adolescent mothers in Banpong hospital, Ratchaburi province. *Journal of Nursing and Education*. 2018;11(4): 94-106. (in Thai).
15. Prata N, Bell S, Fraser A, Carvalho A, Neves I, Nieto-Andrade B. Partner support for family planning and modern contraceptive use in Luanda, Angola. *Afr J Reprod Health*. 2017;21(2): 35-48. doi: 10.29063/ajrh2017/v21i2.5.
16. Kruangkaew P, Phahuwatanakorn W, Pungbangkadee R. Predictability of knowledge, attitude, subjective norm and perceived behavioral control on intention to the use of long-acting reversible contraception among primipara pregnant adolescents. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2021;39(1):64-76. (in Thai).
17. World Health Organization. Adolescent pregnancy: fact sheet N 364 [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.



18. Seajeng K, Chairat P. From the policy of contraception to promoting quality birth. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*. 2016;39(1):11-20. (in Thai).
19. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull*. 1992;111(3):455-74. doi: 10.1037/0033-2909.111.3.455.
20. Twisk JWR. *Applied longitudinal data analysis for epidemiology: a practical guide*. Cambridge, Cambridge University Press. 2003. 318 p.
21. Kingmala C, Rawiworakul T, Paowattana. Effect of a pregnancy prevention program for female adolescents. *Journal of Health and Nursing Research*. 2015;31(3):25-34. (in Thai).
22. Wilson EK, Fowler CI, Koo HP. Postpartum contraceptive use among adolescent mothers in seven states. *J Adolesc Health*. 2013;52(3):278-83. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.05.004.
23. Thongmee N, Rathinthorn A, Limruangrong P. Factors predicting contraception in first-time adolescent mothers during post partum period. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2015;33(1): 51-9. (in Thai).
24. DeMaria AL, Sundstrom B, Faria AA, Saxon GM, Ramos-Ortiz J. Using the theory of planned behavior and self-identity to explore women's decision-making and intention to switch from Combined Oral Contraceptive pill (COC) to Long Acting Reversible Contraceptive (LARC). *BMC Womens Health*. 2019;19(1):82. doi: 10.1186/s12905-019-0772-8.
25. Somroop A, Deoisres W, Suppaseemanont W. Factors influences the use of postpartum contraception implants among primiparous adolescents. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2019;27(3):79-87. (in Thai).
26. Jandaeng B, Kosolkittiamporn S, Kenaphoom S. Factors that affecting behavior change. *Dhammathas Academic Journal*. 2019;19(4): 235-44. (in Thai).
27. Kensee K, Sontirat S. Behavioral imitation, family relationship, life skill and risk sexual behavior of primary grade 6 student at Nong Chok District in Bangkok Metropolitan. *Journal of Social Sciences & Humanities*. 2020;46(1): 113-45. (in Thai).



Analysis of Caring Pattern for Persons with Schizophrenia in One Tumbon of Khon Kaen Province*

Sawinee Klungka, RN, MNS¹, Lukawee Piyabanditkul, RN, PhD¹, Arunnee Jaitieng, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To study the community care pattern for persons with schizophrenia and issues/concerns of care for persons with schizophrenia in the community.

Design: Qualitative descriptive study.

Methods: Purposive sampling was used. The informants consisted of 64 including 10 persons with schizophrenia, 15 caregivers of schizophrenia, 13 community leaders, 19 village health volunteers, 2 persons responsible for care of disadvantaged in Subdistrict Administration Organization and 5 healthcare workers. The data were collected by using in-depth interviews and data analysis.

Main findings: The results showed that caring for schizophrenia patients in the community was relied mainly on family members especially the care for the activity of daily living. However, caregivers showed lack of the accurate knowledge and understanding about the disease. Home care provided by the primary health care workers under public health care system was available based on standardized practices. The basic welfare of patients remained unclear. Career building and support for joining other social activities were still lacking.

Conclusion and recommendations: Results have shown that the scope and role of those involved in community care for persons with schizophrenia is unclear. Then, community nurses should development a care model for persons with schizophrenia including continuing care, referral and emergency management guidelines and the cooperation from network in order to provide care for persons with schizophrenia comprehensively leading to their better quality of life.

Keywords: caring pattern, community, schizophrenia

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):31-41

Corresponding Author: Assistant Professor Lukawee Piyabanditkul, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand; e-mail: plukaw@kku.ac.th

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

¹ Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

Received: 22 June 2021 / Revised: 9 August 2021 / Accepted: 13 September 2021



การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น*

สาวินี คลังคา, พย.ม.¹ ลัทธิวิ ปิยะบัณฑิตกุล, PhD¹ อรุณณี ใจเที่ยง, ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และวิเคราะห์ประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย: เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 10 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 15 คน ผู้นำชุมชน 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 19 คน ผู้ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ด้อยโอกาสในองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข 5 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ศึกษาได้รับการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นหลักในด้านกิจวัตรประจำวัน แต่ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ด้านบริการสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดูแลตามมาตรฐานเท่านั้น การจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโดยภาคประชาชนและภาคท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน ยังขาดการสร้างเสริมอาชีพ รวมถึงการสนับสนุนในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากการวิจัยนี้จะเห็นว่า การกำหนดรูปแบบและบทบาทของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังไม่ชัดเจน ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งแนวทางการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อการจัดการกรณีฉุกเฉิน และกำหนดบทบาท ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ครอบคลุมทุกด้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล ชุมชน โรคจิตเภท

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):31-41

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัทธิวิ ปิยะบัณฑิตกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002, e-mail: plukaw@kku.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่รับบทความ: 22 มิถุนายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 9 สิงหาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 13 กันยายน 2564



ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวโน้มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และโรคจิตเภทพบมากที่สุดประมาณร้อยละ 1.0-1.5 ของประชากรทั่วโลก และอัตราการเกิดโรคนี้ประมาณ 2.5-5.0 ต่อ 1000 คน ต่อปี¹ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบโรคนี้มากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี แต่การเข้าถึงบริการและได้รับการรักษามีเพียงร้อยละ 61 ของผู้ป่วยทั้งหมด²

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ การรับรู้ และมักไม่หายขาดหรือถ้าหายโอกาสกลับมาเป็นซ้ำมีสูง และจะนำไปสู่ความพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังในที่สุด² ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคคลโดยตรงเกิดความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมไปถึงทักษะในการเข้าสังคม ส่งผลให้เป็นภาระของครอบครัว ที่ต้องแบกรับภาระทั้งด้านการดูแลและด้านเศรษฐกิจ อีกทั้งเป็นตราบาปทำให้ครอบครัวรู้สึกอับอาย³ ในชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ ย่อมส่งผลให้คนในชุมชนเกิดความกลัว หวาดระแวง ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ในกลุ่มที่มีอาการอะอะไยวาย ทำลายข้าวของ อาละวาด รวมถึงการมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อตัวผู้ป่วย⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นกลุ่มที่ถูกมองข้าม ถูกละเลย ทำให้ปิดกั้นโอกาสของผู้ป่วยจิตเภทในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์และกิจกรรมกับสังคม รวมไปถึงเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษา⁵

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนได้เร็วที่สุด และมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน⁴⁻⁵ แนวคิดของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ตามแนวทางการดูแลของระบบสาธารณสุข และเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทางสังคม โดยการให้อำนาจในการตัดสินใจในการรักษา

แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ⁵⁻⁶

จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของตำบลที่เป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ พบพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดของอำเภอคือ จำนวน 19 คน หรือร้อยละ 0.2 ของประชากรทั้งหมด จากการส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ตำบลแห่งนี้มีผู้ดูแล 15 ราย ไม่มีผู้ดูแล 4 ราย แต่จากการดำเนินงานในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2560 ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลยังมีการกำเริบ คิดเป็นร้อยละ 53.3 บางรายต้องได้ส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดขอนแก่น บางรายต้องได้รับการรักษาที่นานขึ้น จากเดิมสามารถควบคุมอาการได้ใน 2 สัปดาห์ กลายเป็น 1 เดือน แสดงให้เห็นถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จจากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานดังกล่าว ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล รวมถึงชุมชนยังไม่ทราบถึงสาเหตุของการกำเริบของโรค อาจเกิดจากการขาดยา ขาดผู้ดูแล ผู้ดูแลขาดความเข้าใจ ขาดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดการประสานงานกับภาคีเครือข่าย และการทำความเข้าใจกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น

ดังนั้น จากปัญหาที่พบดังกล่าวของผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ตำบลนี้ว่าเป็นอย่างไรร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสภาพชีวิตความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน รวมถึงบทบาทของทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยใช้วิธีการใดในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้วิธีการใดในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น โดยใช้แนวคิดของ Donabedian⁷ เป็นแนวคิดของการศึกษาที่คำนึงถึงโครงสร้าง (structure) ได้แก่ คน (หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกส่วน) ระบบบริการ



(หมายถึง นโยบาย แนวทางการเยี่ยมบ้าน การส่งต่อ) และ วัสดุอุปกรณ์ (เช่น งบประมาณ เครื่องมือ) กระบวนการ (process) ได้แก่ รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งการดูแลช่วยเหลือในภาวะปกติ ภาวะฉุกเฉิน และผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ คุณภาพชีวิต การกลับเป็นซ้ำ ในบทความนี้จะนำเสนอผลการวิจัยในส่วนของรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จะช่วยให้ ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ เข้าใจถึงบทบาทของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในปรับปรุงการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของพื้นที่ที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา⁸ (descriptive qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งที่บ้าน และในชุมชน และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและตรงกับประเด็นที่ศึกษาได้ ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการกำเริบเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือนจำนวน 10 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15 คน 3) ผู้นำชุมชนจำนวน 13 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 19 คน 5) ผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ด้อยโอกาสในชุมชนของ อบต. จำนวน 2 คน และ 6) เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ที่ศึกษาจำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 64 คน

เครื่องมือการวิจัย

1) *แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ป่วยจิตเภท* ประเด็นคำถามประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ วิธีการในการดูแลตนเองในภาวะอาการปกติและอาการกำเริบ ความต้องการและความช่วยเหลือที่ได้รับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเด็นคำถามประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท วิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในภาวะอาการปกติและอาการกำเริบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้ด้อยโอกาสในองค์การบริหารส่วนตำบล ประเด็นคำถามประกอบด้วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท วิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในภาวะอาการปกติและอาการกำเริบ และบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2) *แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)* ประเด็นคำถามประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท วิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในภาวะอาการปกติและอาการกำเริบ รวมถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือทั้งสองขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเท่ากับ .9 และแนวทางสนทนากลุ่มเท่ากับ .9 จากนั้นได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงก่อนนำไปเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น COA เลขที่ HE622135 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน กล่าวคือ



กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลที่เป็นความลับ และสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากไม่สะดวกใจ การบันทึกเสียงได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถูกนำเสนอทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเอ่ยถึงชื่อหรือข้อมูลที่จะเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ไฟล์เสียงจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และสมุดบันทึกต่างๆ จะถูกทำลายเมื่อวิจัยสิ้นสุดเพื่อรักษาความลับ และไม่ก่อความเสียหายหรือเสื่อมเสียชื่อเสียงแก่กลุ่มตัวอย่าง⁸⁻⁹

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ศึกษา ก่อนที่จะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ขอคำยินยอม และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามเวลาที่แต่ละคนสะดวก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้ด้อยโอกาสในองค์การบริหารส่วนตำบล ตามแนวทางการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน และสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามประเด็นการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณกลุ่มละ 45-60 นาที¹⁰ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการจดบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเสียงตลอดการสนทนา การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ระยะเวลา 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้ 1) นำข้อมูลเสียงจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมาถอดเทปแบบคำต่อคำ 2) อ่านข้อมูลจากการถอดเทปและบันทึกภาคสนามหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจข้อมูลในภาพรวม 3) อ่านข้อมูลโดยละเอียดอีกครั้งพร้อมตั้งข้อความ วลี หรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 4) จัดหมวดหมู่ข้อมูล โดยตั้งข้อความหรือประโยคที่มีความหมายเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน พร้อมทั้งใส่รหัสกำกับกลุ่มข้อความนั้นๆ และกำหนดคำสำคัญ⁸⁻¹⁰ 5) วิเคราะห์หาข้อสรุปประเด็นที่ได้จากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันทั้ง 6 กลุ่ม มีความสอดคล้องกันหรือแตกต่างกันอย่างไร 6) เรียบเรียงข้อมูลที่ค้นพบตามกรอบแนวคิดและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยนำเข้าได้บ้างที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจัยนำเข้าใดที่ยังต้องพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในวิจัยนี้มีจำนวนทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย อายุเฉลี่ย 42 ปี อายุมากที่สุด 51 ปี น้อยที่สุด 28 ปี ทุกคนเริ่มมีอาการครั้งแรกตั้งแต่วัยรุ่น และป่วยมานานมากกว่า 10 ปี มีผู้ป่วย 8 คนที่มีผู้ดูแล 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยสูงอายุ มีสถานภาพสมรส ไม่ได้เรียนหนังสือ 9 คนเป็นคนในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา ทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 10 ปี และ 3) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 39 คน



ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนจำนวน 13 คน (ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 53 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี น้อยที่สุด 41 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 9 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 19 คน (เป็นเพศหญิง 14 คน อายุเฉลี่ย 49 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี น้อยที่สุด 35 ปี ทุกคนจบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 5 คน และผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ด้อยโอกาสในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 2 คน (เป็นเพศหญิง 5 คน อายุเฉลี่ย 34 ปี อายุมากที่สุด 43 ปี น้อยที่สุด 25 ปี ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทำบทบาทนี้มากกว่า 5 ปี

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มต่างเคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) รับรู้บทบาทและหน้าที่ว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร ทั้งบทบาทของผู้ดูแล บทบาทของผู้นำ บทบาทในการดูแลให้ได้รับสวัสดิการพื้นฐานต่างๆ 2) ไม่รับรู้บทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ถึงแม้จะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ยังไม่รู้บทบาทที่แน่ชัดว่า ตนเองต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องใดบ้าง อย่างไรก็ตาม การให้การดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นการปฏิบัติตามที่คิดว่าควรจะทำ ซึ่งมักพบในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ “แม่ก็แก่แล้ว ก็ไม่รู้หรอกว่าโรคนี้ต้องทำอะไร แม่ก็ดูแลอาหารการกินทั่วไป มีอะไรก็เรียกข้างบ้านช่วยเอา พ่อบอกแก๊งๆ หลงๆ ตามประสาละ” (cg112)

อย่างไรก็ตามสิ่งที่พบในทุกกลุ่มกลุ่มตัวอย่างคือ ทุกกลุ่มยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ชัดเจนและถูกต้อง ไม่ทราบว่าครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างไร หลังออกจากโรงพยาบาล ผู้นำชุมชนต้องเตรียมพร้อมหรือมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร “หมอโทรมาบอกให้ไปรับออกจากโรงพยาบาลก็เหมารถไปรับ

เลยคะ ก็กลับมาอยู่บ้านสักพักก็ได้กลับไปโรงพยาบาลอีกไม่รู้เป็นเพราะอะไร” (cg115) “ไม่มีใครประสานอะไรมาครับ รู้ก็ตอนที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านแล้วครับ” (He107) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านลบ คือ รู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย ผู้ดูแลบางคนที่ดูแลผู้ป่วยมานานเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ “บอกตรงๆ นะ แม่เครียด เหนื่อย ท้อ จนต้องได้กินยาความดันเลย จนบางทีอยากปล่อยไปไม่ต้องรักษาจะได้จบๆ” (cg111)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การดูแลพื้นฐานในการดำรงชีวิต การจัดการบริการด้านสุขภาพ และการจัดสวัสดิการ รายละเอียดดังนี้

2.1 การดูแลพื้นฐานในการดำรงชีวิต

การดูแลนี้หมายถึงการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลเรื่องยา และการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ทั้งนี้ระดับการดูแลโดยผู้ดูแลขึ้นกับความสามารถหรือสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยแบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้และประกอบอาชีพได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจะให้การดูแลทั่วไปตามผู้ป่วยร้องขอหรือตามความต้องการเท่านั้น เช่น การหุงหาอาหาร การเตรียมเสื้อผ้าไว้ให้ผู้ป่วยสวมใส่ เป็นต้น “แรกๆ ที่เขาป่วยก็ต้องดูแลเยอะอยู่ครับ แต่ตอนนี้ดีแล้ว ทำเองได้หมด พ่อเลยไม่ได้ทำอะไร เขาไปทำงานหาเงินมาได้ด้วย ก็ช่วยครอบครัวได้เยอะเลยครับ” (cg115) ผู้นำชุมชนดูแลเหมือนลูกบ้านทั่วไป เช่น ดูแลให้ได้รับสวัสดิการต่างๆ ตามสิทธิ์ไม่ว่าจะด้านสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิในชุมชน บทบาทหน้าที่และการทำงาน สวัสดิการต่างๆ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลด้านสุขภาพ โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ ประเมินอาการข้างเคียงจากยา พุดคุยให้กำลังใจให้คำแนะนำ รวมถึงการคัดกรองภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ 2) กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ประกอบอาชีพไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสามารถจัดการดูแลตัวเองได้บางกิจกรรม



เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร แต่ยังไม่สามารถประกอบอาชีพ เพราะยังมีอาการกำเริบเป็นบางครั้งจากการขาดยา บางรายไม่มีผู้ดูแล บางรายยังมีประวัติการใช้สารเสพติด จึงไม่มีผู้ว่าจ้าง ผู้ดูแลจะให้การดูแลในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เช่น จัดเตรียมกับข้าวให้ผู้ป่วยตักกินเอง “เขาก็กินเอง พวกอาบน้ำแต่งตัว กินข้าวเองได้ละ แต่ต้องดูแลเรื่องพาไปหาหมอกับเขาอยู่แต่ในบ้าน ไม่ได้ไปทำงานครับ” (cg114) ผู้นำชุมชนดูแลเหมือนลูกบ้านทั่วไป เช่น ด้านสวัสดิการให้ได้รับตามสิทธิ์ที่ควรได้รับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลด้านสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามอาการ ประเมินอาการข้างเคียงจากยา พุดคุยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ อบต. จะเริ่มมีบทบาทในการดูแลด้านสวัสดิการและสังคมมากขึ้น เช่น จัดสิ่งแวดลอมที่อยู่อาศัย เครื่องอุปโภคบริโภค เป็นต้น และ 3) กลุ่มที่ต้องพึ่งพา ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลต้องจัดการให้ผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมยา การไปพบแพทย์ตามนัด “แกทำอะไรไม่ได้ เลยทำอะไรไม่เป็นแล้วละ แม็กก็เลยรับหน้าที่ทำทุกอย่าง ตั้งแต่แกตื่นจนแกหลับแหละ” (cg112) ในส่วนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นการสนับสนุน รับผิดชอบ การออกกระงับเหตุหากเกิดอาการกำเริบ แต่ยังไม่มีความปฏิบัติที่ชัดเจน

2.2 การจัดการบริการด้านสุขภาพ

การดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่เกี่ยวข้องหลักได้แก่ ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีภาวะปกติ และกรณีฉุกเฉิน ซึ่งการดูแลในแต่ละกรณีมีรายละเอียด ดังนี้

1) การดูแลกรณีภาวะปกติ การดูแลเป็นไปตามแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการสงบจะถูกส่งรายชื่อกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การกินยาที่ถูกต้องซึ่งการดูแลกรณีภาวะปกตินี้จะคล้ายกันทั้งในรายใหม่และรายเก่า การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การจัดการภาวะเสี่ยงต่างๆ ซึ่งบางครั้งต้องอาศัยความร่วมมือจากทางผู้นำชุมชนและ อบต. ร่วมจัดการด้วย แต่อย่างไรก็ตามยังขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปแบบ และยังไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ทำให้การประสานงานบางครั้งค่อนข้างลำบาก “อยากให้มีทีมผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนค่ะ” (Hm105) “หมอโทรมาชวนออกเยี่ยมก็ออกค่ะ แต่ไม่รู้ว่าจะเตรียมอะไรบ้าง” (Hv110)

2) การจัดการกรณีฉุกเฉินหรือกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เช่น ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น มักพบในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ เช่น ยังสูบบุหรี่ ดื่มสุรา บางรายเกิดจากการลืมกินยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการกำเริบนั้นคือตัวผู้ป่วยเอง และผู้ดูแล จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ถึงอาการและจัดการตนเองได้ด้วยตนเอง เช่น การหลับตา การอยู่นิ่งๆ “ถ้ามีเสียงคนคุยด้วย หรือเห็นคนจะมาฆ่า ผมก็จะหลับตาอยู่นิ่งๆ เดี่ยวมันก็หายไป แต่ถ้าไม่หายก็จะไปโรงพยาบาลครับ” (pt103) บางรายต้องพึ่งพาญาติ เรียกเพื่อนบ้านให้พาไปโรงพยาบาล แต่ในบางรายที่มีอาการกำเริบรุนแรง อาจต้องเรียก 1669 หรือรถกู้ชีพเพื่อนำส่งโรงพยาบาล ส่วนผู้นำชุมชนจะเข้าไปช่วยเหลือ กรณีได้รับแจ้งเหตุจากลูกบ้าน เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบประสานตำรวจออกควบคุมร่วมกับประสานทางโรงพยาบาลนำรถมารับผู้ป่วย สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขจะรอการประสานงานจากทางโรงพยาบาลแม่ข่าย เมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวกลับบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะออกเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชนก่อน



โดยหากได้รับการประสานจากแม่ข่ายเพื่อส่งผู้ป่วยกลับบ้าน จะออกพร้อมกับ อสม. เพื่อประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม เหมาะสม ปลอดภัยหรือไม่ พุดคุยและแนะนำผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแล ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม หากไม่มีผู้ดูแลจะกำชับ อสม. ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาดูแล ส่วนการออกควบคุม สถานการณ์ฉุกเฉิน จะเป็นการประสานทีมระงับเหตุ เพื่อออกควบคุม ส่วนใหญ่เป็นการรอตั้งรับที่หน่วยบริการ “อยากให้ทีมที่จะออกควบคุมเหตุฉุกเฉินค่ะ หรืออุปกรณ์ ป้องกัน” (He104)

2.3 การจัดสวัสดิการ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ทุรกายได้รับ สวัสดิการด้านเบี้ยยังชีพ การดูแลด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน จากการพุดคุยในประเด็นความต้องการ ความช่วยเหลือที่ได้รับ แต่ยังขาดการสร้างอาชีพ นอกจากนี้การอยู่ในสังคมเอง ผู้ป่วยจิตเภทก็ต้องการการยอมรับจากสังคมและมีบทบาท หน้าที่ต่างๆ ตามสมควร ซึ่งจากการศึกษาสามารถแบ่งตาม การได้รับการยอมรับจากสังคมได้ 3 กลุ่ม คือ 1) ได้รับการยอมรับ และเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนที่ไม่มีการแสดงท่าทีรังเกียจ ผู้ป่วยมีอาการสงบ ดูแลตนเองได้ ประกอบอาชีพได้ และ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ 2) ได้รับการยอมรับแต่ไม่เข้าร่วม กิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยชอบเก็บตัวอยู่ที่บ้าน จากการที่ ยังไม่สามารถประกอบอาชีพได้เอง 3) ไม่ได้รับการยอมรับ กลุ่มที่สังคมไม่ให้การยอมรับมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบอยู่ ทำให้ผู้คนในชุมชนยังมีความหวาดกลัว จึงไม่ยอมรับให้ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

3. ข้อเสนอประเด็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่ที่ศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่ผ่านมาจะเป็น การดูแลตามแนวทางเดิม ดูแลตามประสบการณ์ ตามการรับรู้ ที่เคยรับรู้มาก่อน โดยไม่ได้เกิดจากความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท

และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบทบาท หน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน ดังนั้นในพื้นที่ที่ศึกษา จึงมีประเด็น ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การพัฒนาทักษะอาชีพผู้ป่วยตามความถนัดและศักยภาพ เพื่อเพิ่มขีดความรู้ ความสามารถและทักษะในการประกอบอาชีพ ที่ผู้ป่วยสนใจ รวมทั้งมีรายได้ช่วยเหลือครอบครัวเพิ่มขึ้น

“อยากไปทำงานกรุงเทพฯ ค่ะ แต่ไม่รู้จะไปทำอะไร” (pt101)

“ผมก็ทำอะไรไม่ค่อยเป็น พี่ชายชวนไป แต่ช่วยอะไรได้ ไม่เยอะ เลยอยู่บ้าน” (pt103)

2) การจัดสวัสดิการทางสังคมระดับชุมชนอาจเป็น กลุ่มกองทุน เช่น จัดตั้งเป็นกลุ่มสนับสนุนการประกอบอาชีพ แก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว กองทุนสำหรับให้กู้ยืมเพื่อลงทุน หากผู้ป่วยจิตเภทหรือครอบครัวมีแผนการทำธุรกิจ ในอนาคตโดย อบต. ทำเป็นธนาคารผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

“อยากได้พวกพันธุ์ผักมาปลูกครับ ได้มาฟรีคงลดต้นทุน ได้เยอะ” (pt108)

“มีแหล่งเงินทุนมาช่วยก็ดีค่ะ เขาว่าเราไม่ค่อยมีเครดิต ไปกู้ใครขอใครก็ผ่านยาก” (cg106)

3) การจัดบริการสุขภาพ แนวทางการดูแลที่ยังไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับโรคจิตเภท จึงควรพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุมถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย เพื่อให้เห็นภาพชัดเจน และปฏิบัติได้ดีขึ้น ซึ่งต้องแยกเป็นการดูแล ในกรณีภาวะปกติ เช่น มี flow chart การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลในกรณีฉุกเฉิน เช่น ทีมระงับเหตุ สายด่วนฉุกเฉิน เป็นต้น “มีสายด่วนเรียกรถฉุกเฉินก็ดี นะคะ” (He104)

4) พัฒนาศักยภาพผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อสม. รวมถึงทีมงานใน อบต. ประกอบด้วย กู้ชีพ อปพร. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง เพราะส่วนใหญ่อยู่ว่าความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการจัดการในกรณีฉุกเฉิน และอาจดึงกลุ่มที่



อาจมีส่วนเกี่ยวข้องอื่นมาพัฒนาศักยภาพด้วย เช่น ดำรงบทบาทในพื้นที่ เพื่อตั้งทีมระงับเหตุฉุกเฉิน และฝึกฝนการเข้าควบคุมสถานการณ์ด้วย นอกจากนี้ควรเพิ่มการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวและชุมชน ก่อนการคืนผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้าสู่ชุมชนด้วย

การอภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของตำบลแห่งนี้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อโรคจิตเภทหรือต่อผู้ป่วยก่อน¹¹⁻¹² เช่นเดียวกับการศึกษาของธงรบ เทียนสันต์¹³ ที่ว่าการเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิตในภาวะปกติพบว่าสามารถแบ่งผู้ป่วยออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ดูแลตัวเองได้และทำงานได้ 2) ดูแลตัวเองได้บ้างแต่ทำงานไม่ได้ 3) ต้องการการพึ่งพา ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่สามารถจัดการดูแลตนเองได้ ซึ่งการจะให้การดูแลช่วยเหลือบทบาทของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายต้องจัดการให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร⁵ นอกจากนี้การดูแลในภาวะฉุกเฉินยังพบว่า ผู้ดูแลบางรายที่ไม่สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม หากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการของตนเองได้ จะช่วยให้ลดอาการกำเริบได้ดี ตามการศึกษาของ นิษฐกานต์ ธิญญพิบูลพงศ์¹⁴ และกนกวรรณ บุญเสริม¹⁵

2. การจัดบริการด้านสุขภาพ จากการศึกษา มีการจัดการดูแลที่ดี แต่อาจยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน เพียงแค่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งการจัดระบบบริการด้านสุขภาพนี้

อาจนำ chronic care model¹⁶ มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ผลดีมากขึ้น แต่ยังคงขาดอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลจัดการ จำนวนอัตราากำลังการจัดตั้งทีมในการดูแลยังไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุม ควรมีการวิจัยอื่นๆ เช่น กระบวนการ AIC มาใช้เพื่อให้มีรูปแบบแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเกิดความร่วมมือและได้ผลดี

ดังการศึกษาของ กาญจนา เหมะรัต, วิภาวี เผ่ากันทรการ และสุชาดา หุณทสาร¹⁷ พบว่าหากมีการกำหนดรูปแบบบริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน จะช่วยให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทได้ผลดี และในกรณีฉุกเฉินรวมทั้งยังขาดความรู้ เครื่องมือ และบุคลากรที่เพียงพอด้วย

3. การจัดสวัสดิการ กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ยังพบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท บางรายมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท ไม่อยากเกี่ยวข้องอยากอยู่ห่างๆ ไม่อยากให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร⁵ ที่ว่า ระบบวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดการให้ความหมาย สาเหตุ และวิธีบำบัดรักษาหากได้รับการสนับสนุนที่ดี โดยเฉพาะการเข้าถึงการรักษา จะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาจิตเภทได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุตา บุญทศ, อมรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล¹⁸ ผู้ป่วยจิตเภทบางรายรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เพราะคิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ เป็นภาระครอบครัว สังคมไม่ยอมรับ จากการไม่มีอาชีพ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา สนับสนุนว่าการมีอาชีพช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความมั่นใจ รับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น¹⁹

จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังกล่าวที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ บางกลุ่มยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ด้านการจัดบริการสุขภาพยังขาดการวางแผน ขาดแนวทางที่ชัดเจน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ยังมีอัตราอาการกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 53.3



สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยนี้ช่วยให้พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เข้าใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และสามารถนำใช้ข้อมูลชุดนี้ในการออกแบบ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน โดยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำชุมชน อบต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชน ในชุมชนนั้นเอง เพื่อให้เกิดเป็นแนวทางหรือรูปแบบที่ชัดเจน แต่ละฝ่ายมีบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยเฉพาะในระดับ นโยบาย กำหนดบทบาทในแต่ละพื้นที่ แต่ละตำบล แต่ละอำเภอ จนเกิดเป็น บทบาทการดูแลระดับประเทศ เพื่อให้เกิดเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

References

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Situation and trend of mental illness in Thai people 2015-2016 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2017 [cited 2018 Nov 21]. Available from: www.dmh.moph.go.th/trend.asp. (in Thai).
2. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi essential psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Swicharn Press; 2012. 640 p. (in Thai).
3. Helman CG. Culture health and illness. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2000. 328 p.
4. Nuntaboot K. Community health systems the collaboration of 3 major systems in the community. Nonthaburi: The Graphic Go Systems; 2010. 106 p. (in Thai).
5. Juntapim S, Nuntaboot K. Care of schizophrenia patients by the community. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(2):68-76. (in Thai).
6. Chetchaovalit T, Suttharangsee W, Piboonrunroj P, Sangdee S, Suwaluk Y. Family's caring for psychiatric patients based on Buddhist's lifeways. Songklanagarind Journal of Nursing. 2016;36(1):115-26. (in Thai).
7. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003. 200 p.
8. Oumtanee A. Qualitative research in nursing. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. 320 p. (in Thai).
9. Chantavanich S. Qualitative research methods. 15th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2007. 233 p. (in Thai).
10. Jirawatkul S. Qualitative study in nursing. 2nd ed. Bangkok: S.Asia Press; 2010. 320 p. (in Thai).
11. Ngurnchoom K, Wangrat J, Boonchieng W. Shared decision making of family caregivers of patients with psychosis. College of Asian Scholar Journal. 2018;8 Special:216-29. (in Thai).
12. Thongsai S. Care for schizophrenic patients in the context of sustainable Thai society. Journal of Nursing Division. 2015;42(3):159-68. (in Thai).



13. Thiensan T. Psychiatric and mental health nurses with the roles of family preparedness of schizophrenic patients care in the community. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2018;30(2):1-15. (in Thai).
14. Tanyapiboolpong N. Assessment of early warning signs of relapse in patients with schizophrenia: evidence-based nursing [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2012. 178 p. (in Thai).
15. Bunserm K. Factors associated with readmission of schizophrenia patients: patient's perspectives. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2016;30(1):123-38. (in Thai).
16. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
17. Hemarat K, Phaokuntarakorn W, Hoonthasarn S. The development of public health center nurses network to care for schizophrenic patients at home. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2012;26(2):1-15. (in Thai).
18. Boontoch K, Sricamsuk SA, Arunpongpaisal S. Social support in patients with schizophrenia. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2013;58(1):89-100. (in Thai).
19. Venkatesh BT, Andrews T, Parsekar SS, Singh MM, Menon N. Stigma and mental health-caregivers' perspective: a qualitative analysis. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2016;4(1):23-7. doi: 10.1016/j.cegh.2015.06.003.



The Effects of Perceived Personal Risk for Developing Cardiovascular Diseases Enhancement Program among Older Adults with Hypertension*

Junjira Seesawang, RN, PhD¹, Pulawit Thongtaeng, RN, PhD², Sirirat Vichitragoonthavon, RN, PhD³,
Sujitra Chaiwuth, RN, PhD³

Abstract

Purpose: To study the effects of a perceived personal risk for developing cardiovascular diseases enhancement program among older adults with hypertension.

Design: Quasi-experimental research design.

Methods: Seventy older adults with hypertension were divided into the experimental and control groups with 35 each who received service at the health promoting hospital. The experimental group received perceived personal risk for developing cardiovascular diseases enhancement program for 12 weeks which comprised cardiovascular risk assessment, hypertension-related complications education, risk management education, and motivation interviewing during the home and telephone visits. Data regarding blood pressure, perceived risks of cardiovascular diseases, and preventive behavior for cardiovascular diseases were collected before and after the program. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Main findings: The results revealed that the experimental group had significantly higher scores of perceived risks for developing cardiovascular diseases and preventive behavior for cardiovascular disease at post program than that at pre-program ($p < .001$) and that in the control group ($p < .001$). The experimental group had significantly lower blood pressure at post program than that at pre-program ($p < .001$) and that in the control group ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: An appropriate perceived personal risk for developing cardiovascular diseases helps hypertensive older adults to manage their risk and perform preventive behavior. Thus, the nurses could play an important role in giving information and promoting an appropriate perception of personal risk among hypertensive older adults.

Keywords: cardiovascular diseases, hypertension, perceived risk

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):42-59

Corresponding Author: Lecturer Pulawit Thongtaeng, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, 50180 Thailand; e-mail: pulawit@yahoo.com

* This research project is supported by Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

¹ Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi, Thailand

² Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Thailand

³ Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand

Received: 19 July 2021 / Revised: 27 September 2021 / Accepted: 1 November 2021



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง*

จันทร์จิรา สีสว่าง, PhD¹ ปุลวิช ทองแดง, ประ.ด.² ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, ประ.ด.³ สุธิตรา ชัยวุฒิ, ประ.ด.³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 ราย และกลุ่มทดลอง 35 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การจัดการความเสี่ยง และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจระหว่างการติดตามเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยการวัดความดันโลหิต ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปและข้อเสนอแนะ: การรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการความเสี่ยงและมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง ดังนั้นพยาบาลควรเป็นส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลและส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถูกต้องเหมาะสมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง การรับรู้ความเสี่ยง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):42-59

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์ปุลวิช ทองแดง, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50180, e-mail: pulawit@yahoo.com

* โครงการวิจัยได้รับทุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

¹ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ: 19 กรกฎาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ : 27 กันยายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง จากผลการสำรวจสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก พบอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดในผู้สูงอายุร้อยละ 70 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 40-59 ปี พบเพียงร้อยละ 32¹ ทั้งนี้ในจำนวน 1,000 ล้านคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผู้สูงอายุจำนวน 7.1 ล้านคนต่อปีที่ตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น คือ ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-64 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41.4 ในช่วงอายุ 65-69 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41.6 ในช่วงอายุ 70-74 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.2 และผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.6 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้สูงอายุไทยเสียชีวิตปีละมากกว่า 70,000 คน² สำหรับอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ จากรายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุในตำบลบ้านสหกรณ์และตำบลออนเหนือ อำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 290 คน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 1,027 คน คิดเป็นร้อยละ 28.2 และส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของโรค³ ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรค

ความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตลดลง รวมถึงเป็นภาระต่อทั้งครอบครัวและสังคมอย่างเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต และตา เป็นต้น⁴ ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษายังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ เช่น ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 42.5⁵ ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ⁴ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงส่งผลให้ในปัจจุบันประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุไม่รับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุอาจไม่มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงเป็นความรู้สึกหรือความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโอกาสที่ตนเองจะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากโรคความดันโลหิตสูง การเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงจึงเป็นแรงผลักดันของการเกิดพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง⁶

การรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงหรือการจัดการความเสี่ยง กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงนั้น ผู้สูงอายุต้องมีการรับรู้ว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือตนเองเป็นบุคคลที่มีโอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องและเหมาะสม⁶⁻⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง⁸ เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว หรือเฝ้าสังเกตอาการเตือน มีความระมัดระวังต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น และให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญ โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค ขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁹ ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีการจัดการกับสภาพปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ เพื่อควบคุมความดันโลหิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีขึ้น และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ความพิการ และอัตราการเสียชีวิตได้¹⁰ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การส่งเสริมให้บุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเอง การสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อให้ข้อมูลแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละวิธีในการลดความเสี่ยง และการประเมินมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และทางเลือกในการลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องการ เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเสี่ยงของตนเองที่เหมาะสมตามความเป็นจริง ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงที่ถูกต้องส่งผลต่อความเชื่อ ทศนคติ และการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการลดความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด¹¹

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการจัดการตนเองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีเพียงการศึกษาที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรค ซึ่งเป็นวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุ 35-60 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ผลกระทบ และมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง¹¹⁻¹² แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึงการส่งเสริมการรับรู้หรือการประเมินโอกาสเสี่ยงของตนเองในผู้ป่วยแต่ละรายต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง และยังไม่มีการวัดผลของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโปรแกรมที่ผ่านมาเน้นเฉพาะการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพียงอย่างเดียว และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ หรือระดับปานกลาง

ดังนั้น การศึกษานี้จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)¹³ ทฤษฎีการเปรียบเทียบเชิงสังคม (social comparison theory)¹⁴ และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing)¹⁵ ในการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อหรือรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นแนวทางในการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดอัตราการเกิดภาวะพิการและการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรม กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีรูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) จากผู้รับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือน ธันวาคม 2563 โดยมีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี 2) ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูงขึ้นไป และ 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะผิดปกติทางจิต 2) มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม โดยคัดกรองด้วยแบบทดสอบ

สมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย TMSE 3) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไตและไตวายระยะสุดท้าย และ 4) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria) คือ 1) มีการย้ายที่อยู่หรือปฏิเสธเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากเข้าร่วมโครงการไประยะหนึ่ง 2) เสียชีวิตขณะอยู่ในระหว่างการทดลอง และ 3) มีภาวะวิกฤติที่ต้องรับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น = .05, power of test = .90 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้¹⁶ และ effect size = .80 การวิจัยครั้งนี้กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากการคำนวณค่าอิทธิพลของวิจัยที่ใกล้เคียง¹¹ ได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .73 ร่วมกับการพิจารณาตามข้อเสนอแนะของ Cohen¹⁷ โดยเลือกขนาดอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ คือ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยขณะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน รวมเป็น 70 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมินความเสี่ยง Thai CV risk score เป็นแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า¹⁸ ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นจากการติดตามศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย ภายใต้โครงการศึกษาพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เป็นระยะเวลายาวนานกว่า 20 ปี แบบประเมินความเสี่ยงนี้จึงควรใช้เฉพาะในคนไทยที่มีอายุ 35-70 ปี ที่ยังไม่มี

โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ ค่าระดับความดันโลหิตตัวบน โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ในวันที่คัดเลือกร่วมตัวอย่าง รอบเอวเป็นนิ้ว ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร และค่าระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดที่ตรวจภายใน 3 เดือน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมค่าลงในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณคะแนนจากแอปพลิเคชันใน iOS และ Android บนโทรศัพท์มือถือ ซึ่งโปรแกรมจะคำนวณคะแนนให้ หลังจากผู้วิจัยกรอกข้อมูล โดยคำนวณคะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ และแปลผลโอกาสเสี่ยงเป็น 5 ระดับ คือ ต่ำ ($\leq 10\%$) ปานกลาง ($10 - < 20\%$) สูง ($20 - < 30\%$) สูงมาก ($30 - < 40\%$) และสูงอันตราย ($> 40\%$)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 9 ข้อ สำหรับสอบถามผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัวอื่นๆ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Lipkus และคณะ¹⁹ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงสมบูรณ์ 1 ข้อ และการรับรู้ความเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการให้ระบุความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่าง 0-100 แปลผลการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็น 5 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก และสูงอันตราย

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ จีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และรัตนศิริ ทาโต²⁰ และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก และไปตรวจตามนัด จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 19 ข้อ และเชิงลบ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ซึ่งคะแนนโดยรวมยิ่งสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับยิ่งดีมากขึ้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹³ ทฤษฎีการเปรียบเทียบเชิงสังคม¹⁴ และแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ¹⁵ ใช้ระยะเวลาการดำเนินการของโปรแกรม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) แจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ซึ่งผู้วิจัยได้ประเมินไว้ในขั้นตอนของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง Thai CV risk score¹⁸ 2) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกวางแผนการจัดการความเสี่ยง โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนต้องวางแผนว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรในการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแต่ละคนลงมือปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเองตามแผนที่ได้วางไว้ เช่น การออกกำลังกาย และ 4) ผู้วิจัยมีการกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยงเป็นรายบุคคล โดยการโทรศัพท์

สอบถามเป็นรายบุคคล ร่วมกับการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

3.2 คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผ่านการตรวจสอบเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3 ท่าน ประกอบด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมกิจกรรม 7 ประเด็น ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก และไปตรวจตามนัด

3.3 เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน ชนิดปรอทแบบตั้งโต๊ะและหูฟัง ซึ่งทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้อย่างเที่ยงตรง โดยตรวจสอบให้หลอดแก้วที่ใส่ปรอทตั้งตรงและมีปรอทอยู่ที่ระดับ 0 ปรอทสะอาด ไม่แตกเป็นช่วงๆ ลูกยางไม่รั่ว วาล์วสามารถเปิด-ปิดได้ เลือก cuff ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย และทดสอบการวัดความดันโลหิตก่อนจะนำไปใช้งานจริง ซึ่งในการวัดความดันโลหิตแต่ละครั้งผู้วิจัยจะเป็นคนวัดความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะวัดความดันโลหิตในเวลาเดิมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

3.4 วิดีทัศน์เรื่อง ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย สมองขาดเลือด จอตาแตก สมองโป่งพอง ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หัวใจล้มเหลว และความจำเสื่อม มีความยาว 15 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความถูกต้องและความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจ

และหลอดเลือด ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง 2 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ .89 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ .90 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการตรวจสอบ และแก้ไขตามข้อเสนอแนะมาตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha's coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ .87 และของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ .90

สำหรับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และวีดิทัศน์เรื่องภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89, .87 และ .84 ตามลำดับ และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อดูความชัดเจนของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขอำเภอให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเชิญอาสาสมัครโครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยอีกครั้งโดยละเอียด แจกเอกสารชี้แจง และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับบอกกล่าวและเต็มใจให้กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับบอกกล่าวและเต็มใจ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล เมื่อครบแล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม

1. กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ก่อนเริ่มกิจกรรมของโครงการวิจัย 1 สัปดาห์
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสำรวจข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้วิจัยวัดความดันโลหิตกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 ของโปรแกรม หลังจากนั้นให้การดูแลด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 2

1. ผู้วิจัยแจ้งผลการคำนวณความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยคำนวณได้จากแอปพลิเคชันใน iOS และ Android บนโทรศัพท์มือถือให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบเป็นรายบุคคล และผลการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กลุ่มตัวอย่างประเมินความเสี่ยงของตนเอง

2. ให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายการรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง บอกความเสี่ยงและผลกระทบของโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีการแลกเปลี่ยนและรับฟังสมาชิกคนอื่น ใช้เวลา 30 นาที

3. ผู้วิจัยบรรยายปัจจัย/สาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายระดับของความเสี่ยงโดยใช้ตารางสีเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึงระดับความเสี่ยงของตนเอง ใช้เวลา 20 นาที

4. ผู้วิจัยให้ความรู้ที่ถูกต้องเน้นผลกระทบของโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยใช้วิดีโอผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกิด ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสื่อกระตุ้น ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการสะท้อนคิด และเปรียบเทียบความเสี่ยง ของตนเองกับเรื่องราวของผู้ป่วยในวิดีโอและสมาชิกกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที

5. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการจัดการความเสี่ยง โดยให้ กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับวิธีการของตนเอง ในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้ จะแบ่งกลุ่มควบคุมออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 7 คน โดยผู้วิจัยจัดให้ ในแต่ละกลุ่มมีกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งความเสี่ยงในระดับสูง สูงมาก และสูงอันตรายในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน และมีทีมผู้วิจัย อำนวยความสะดวกในแต่ละกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 3-5

กลุ่มตัวอย่างดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยตนเองตามที่ได้วางแผนไว้ และในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างทุกราย ใช้เวลา 10-15 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างไม่รับสาย ผู้วิจัยจะโทรติดต่อซ้ำ โดยในการติดตามเยี่ยมผู้วิจัยสอบถามถึงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง สิ่งที่ได้ทำ ปัญหาหรืออุปสรรค หรือสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงทบทวนเกี่ยวกับการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อลดความเสี่ยง เปิดโอกาสให้ซักถามและมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติม ในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยกระบวนการ motivational interviewing

สัปดาห์ที่ 6

กิจกรรมเพื่อการกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง ผู้วิจัยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้า เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน รายบุคคล ใช้เวลา 20 นาที/ราย โดยผู้วิจัยมีการประเมินปัญหา ของกลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ส่งเสริม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถาม และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 7-11

กลุ่มตัวอย่างใช้กระบวนการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง และในสัปดาห์ที่ 9, 11 ผู้วิจัย ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างทุกราย ใช้เวลา 10-15 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างไม่รับสาย ผู้วิจัยจะโทรติดต่อซ้ำ เพื่อสื่อสารและทบทวนเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง เปิดโอกาส ให้ซักถาม และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 12

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบประเมิน พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้วิจัยวัดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ซึ่งในการวัดความดันโลหิตในกลุ่มทดลองแต่ละรายนั้น ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตในเวลาเดียวกับการวัดความดัน โลหิตในสัปดาห์ที่ 1 และให้ทุกคนนั่งพัก 10 นาทีก่อนวัด ความดันโลหิต

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square และ Fisher' exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยสถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ หมายเลขโครงการ C03/2564 รหัสจริยธรรมการวิจัย คือ BCNCT07/2564 (รับรองตั้งแต่ 10 ธันวาคม 2563 - 9 ธันวาคม 2564) ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนอาสาสมัครเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด โดยผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ ความเสี่ยง สิทธิในการถอนตัว การตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การรักษาความลับ รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองพบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 อายุต่ำสุดคือ 60 ปี และสูงสุด คือ 72 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 64.43 ปี (SD = 3.10) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 82.9 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.6 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่ำสุด คือ 3 ปี สูงสุดคือ 12 ปี โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 8.17 ปี (SD = 2.77) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 62.9 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 60 และไม่มีโรคไต โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 57.1

กลุ่มควบคุมมีข้อมูลคล้ายกับกลุ่มทดลอง คือ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.1 อายุต่ำสุดคือ 60 ปี และสูงสุดคือ 75 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 64.40 ปี (SD = 3.36) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.2 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.6 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่ำสุดคือ 2 ปี สูงสุดคือ 14 ปี โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 8.14 ปี (SD = 3.27) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 57.1 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 57.1 และไม่มีโรคไต โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 71.4 เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ chi-square และ Fisher's exact test พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 70)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.806 ¹
ชาย	14	40	15	42.86	
หญิง	21	60	20	57.14	
อายุ	$(\bar{X} = 64.43, SD = 3.10)$		$(\bar{X} = 8.14, SD = 3.27)$		.810 ²
60-69	33	94.29	32	91.43	
70-79	2	5.71	3	8.57	
สถานภาพสมรส					.811 ²
คู่	29	82.86	27	77.15	
หม้าย	5	14.29	6	17.14	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	2.85	2	5.71	
ระดับการศึกษา					1.000 ²
ไม่ได้เรียน	2	5.71	3	8.57	
ประถมศึกษา	31	88.58	31	88.58	
มัธยมศึกษา	2	5.71	1	2.85	
อาชีพ					.743 ¹
ไม่ได้ทำงาน	6	17.14	5	14.29	
ประกอบอาชีพ	29	82.86	30	85.71	
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	$(\bar{X} = 8.17, SD = 2.77)$		$(\bar{X} = 64.43, SD = 3.10)$		.891 ¹
1-5 ปี	8	22.86	7	20	
6-10 ปี	17	48.57	19	54.29	
11-15 ปี	10	28.57	9	25.71	
การสูบบุหรี่					.870 ²
ไม่สูบ	22	62.86	20	57.14	
สูบ	2	5.71	3	8.57	
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	11	31.43	12	34.29	
การใช้เครื่องตีแมลงกอล					.770 ²
ไม่ตีแมลงกอล	21	60	20	57.14	
ตีแมลงกอล	2	5.71	4	11.43	
เคยตีแมลงกอลแต่เลิกแล้ว	12	34.29	11	31.43	
การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ					.808 ¹
ไม่มี	20	57.14	25	71.43	
มี	15	42.86	10	28.57	

¹ chi-square test, ² Fisher's exact test

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 62.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ chi-square พบว่าความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

ด้วยสถิติ paired t-test พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.51$, $df = 34$, $p < .001$ และ $t = -13.85$, $df = 34$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.73$, $df = 34$, $p < .001$ และ $t = 4.89$, $df = 34$, $p < .001$ ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มตัวอย่าง (N = 70)

ความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับความเสี่ยง					1.000 ¹
สูง	21	60.0	22	62.9	
สูงมาก	10	28.6	10	28.6	
สูงอันตราย	4	11.4	3	8.6	

¹ Fisher's exact test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n = 35)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t^1	p-value
คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ก่อนการทดลอง	40.00	5.94	-7.51	< .001
หลังการทดลอง	51.71	8.57		
คะแนนพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง				
ก่อนการทดลอง	61.34	1.45	-13.85	< .001
หลังการทดลอง	70.29	3.82		
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว				
ก่อนการทดลอง	153	8.60	8.73	< .001
หลังการทดลอง	143	6.84		
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว				
ก่อนการทดลอง	92	6.33	4.89	< .001
หลังการทดลอง	87	4.82		

¹ paired t-test

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test พบว่าก่อนการทดลอง คะแนนของทุกตัวแปรระหว่างสองกลุ่มที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง

สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.75$, $df = 68$, $p < .001$ และ $t = 11.68$, $df = 68$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.47$, $df = 68$, $p < .001$ และ $t = -2.66$, $df = 68$, $p < .05$ ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		t ¹	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง	40.00	5.94	39.14	5.07	.65	.518
หลังการทดลอง	51.71	8.57	40.57	4.82	10.75	< .001
คะแนนพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง	61.34	1.45	62.06	1.64	-1.93	.058
หลังการทดลอง	70.29	3.82	62.17	1.50	11.68	< .001
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว						
ก่อนการทดลอง	153	8.60	155	6.11	.91	.364
หลังการทดลอง	143	6.84	154	6.46	-6.47	< .001
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว						
ก่อนการทดลอง	92	6.33	90	3.82	1.37	.175
หลังการทดลอง	87	4.82	89	4.16	-2.66	.010

¹ independent t-test

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงของตนเองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้น

ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)¹⁵ ที่มีความเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรค ซึ่งในโปรแกรมนี้ได้จัดกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ และมีการแจ้งข้อมูล ความเสี่ยงที่ถูกต้องให้ผู้สูงอายุแต่ละรายทราบ เพื่อลดอคติ เข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ที่ทำให้ผู้สูงอายุมองว่า ตนเองปลอดภัยกว่าคนอื่น (underestimate) ความเชื่อว่า ตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จนทำให้ไม่ใส่ใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง กิจกรรมดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริม ให้บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้บุคคลมีการจัดการความเสี่ยงของตนเอง โดยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของตนเอง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ภายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการให้ความรู้ เกี่ยวกับปัจจัย/สาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด และให้ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองแต่ละราย เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด สำหรับในสัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรม ผู้วิจัยมีการแจ้งผลการคำนวณ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้จาก แอปพลิเคชันใน iOS และ Android บนโทรศัพท์มือถือ ให้กับผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทราบเป็นรายบุคคล และผลการประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองประเมินความเสี่ยงของตนเอง โดยผู้วิจัย อธิบายให้กลุ่มทดลองแต่ละรายทราบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ที่กลุ่มทดลองรับรู้ นั้น มีความสอดคล้องกับโอกาสเสี่ยงที่แท้จริง หรือไม่ หลังจากนั้นจึงอธิบายให้กลุ่มทดลองเข้าใจถึงระดับ โอกาสเสี่ยงของตนเอง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง

เข้าใจถึงระดับความเสี่ยงของตนเอง และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น เนื่องจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพปัจจุบันของตนเอง และเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทราบว่าจะระดับความดันโลหิตของตนเอง อยู่ในระดับความเสี่ยงใด ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ เข้าใจอาการเตือน และโอกาสเสี่ยงของตนเองที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น²¹

ผลของโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ได้สะท้อนคิดและเปรียบเทียบความเสี่ยงของตนเอง กับเรื่องราวหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยรายอื่น สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเปรียบเทียบเชิงสังคม (social comparison theory)¹⁶ อธิบายว่า บุคคลมีการประเมินและรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยการเปรียบเทียบความเสี่ยงของตนเองกับบุคคลอื่น หรือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบ (comparative risk perception) ซึ่งการเปรียบเทียบจะทำให้เกิดแรงผลักดัน หรือความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือจัดการ กับความเสี่ยงเพื่อป้องกันโรค ส่งผลให้ลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ กิจกรรมของโปรแกรมยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับวิธีการของตนเองในการลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนมีการกำหนดเป้าหมาย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการกำหนดเป้าหมาย ที่เป็นไปได้ และสามารถบรรลุได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ โดยผู้วิจัยได้มีการอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยละเอียด รวมทั้งเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือให้ข้อมูลย้อนกลับ

แก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ซึ่งในการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ในแต่ละพฤติกรรมนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการวางแผนเพื่อลดการดื่มสุรา หากมีการเข้าสังคมหรืองานสังสรรค์ มีผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 5 รายที่ดื่มกาแฟทุกวัน วันละ 1 แก้ว ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 3 รายที่สูบบุหรี่ แต่ไม่ได้สูบบุหรี่ทุกวัน จำนวน 2-3 มวน/ครั้ง และผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 4 รายรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ตั้งเป้าหมายในการลดปริมาณการดื่มสุราและกาแฟ ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารรสเค็ม รวมถึงการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้นี้จะช่วยให้คุณเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดและภาวะแทรกซ้อนของโรคให้สำเร็จตามเป้าหมาย²²

หลังจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้มีการกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้แล้ว กลุ่มทดลองได้ลงมือปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยผู้วิจัยจะใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ช่วยค้นหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการให้ข้อมูล คำแนะนำ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้การเสริมแรงทางบวกจะเป็นตัวช่วยที่สำคัญในการผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นไปตามแนวคิดของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing)¹⁷ ที่เน้นการค้นหาปัญหาและแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยได้ยินเสียงตัวเองซ้ำๆ เป็นเสียงที่เกิดจากความคิดและความรู้สึก จนเกิดการรู้คิดและตระหนักถึงปัญหาของตน ทำให้เกิดแรงจูงใจและมีการตั้งเป้าหมายและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ในการติดตามเยี่ยม

เพื่อประเมินการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาแรงจูงใจซึ่งแรงจูงใจที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ต้องการอยู่กับลูกหลานไปนานๆ ซึ่งแรงจูงใจจะส่งเสริมให้เกิดปัจจัยชักนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสร้างแรงจูงใจช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม²³ นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการแนะนำทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หรือการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงการดูแลตนเองมากขึ้น²⁴

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เน้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเป็นศูนย์กลางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เนื่องจากได้รับคำแนะนำที่ตรงกับความต้องการและสภาพปัญหา รวมถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพจนสามารถอยู่กับโรคได้อย่างผาสุก²⁵ อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้รับบางครั้งไม่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาหรืออุปสรรคของผู้สูงอายุแต่ละราย ทำให้ไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมไม่มีการวางแผนเป้าหมาย

และขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สังเกตได้จากการพูดคุยซักถามผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมักจะบอกว่าตนเองไม่ได้มีเป้าหมายว่าต้องมี พฤติกรรมสุขภาพอย่างไร และยังไม่มีพยายามปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจัง สอดคล้องกับการศึกษาอื่น²⁵ ที่พบว่าการขาดแรงจูงใจเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมี การเสริมแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่นัยสำคัญ .05 และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่า ก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่นัยสำคัญ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้ ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น และกลุ่มผู้รับบริการอื่นๆ โดยในการนำไปใช้นั้น การเยี่ยมบ้าน หรือการเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยตามความจริง เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ส่งเสริมการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไปใช้ และกระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความแตกต่างกัน เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงของผู้ป่วย ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และให้ญาติมีส่วนร่วม มากขึ้นตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการ วัดผลลัพธ์ที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง ที่นอกเหนือ จากการวัดความดันโลหิต ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลง จากปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ง่าย

References

1. Buford TW. Hypertension and aging. Ageing Res Rev. 2016;26:96-111. doi: 10.1016/j.arr.2016.01.007.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2016. Nakhon Pathom: Printery Company Limited; 2019. 132 p. (in Thai).
3. Mae On District Public Health Office. Annual report 2020. Chiang Mai: Public Health Office; 2020. 280 p. (in Thai).
4. Fuchs FD, Whelton PK. High blood pressure and cardiovascular disease. Hypertension. 2019;75(2): 285-92. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14240.
5. Anantasarn D. Effects of health care promoting program on self-care behavior and blood pressure level among older adults with uncontrolled hypertension in Langsuan Municipality, Chumporn Province. Region 11 Medical Journal. 2016;30(4): 299-311. (in Thai).



6. Mohd Azahar NMZ, Krishnapillai ADS, Zaini NH, Yusoff K. Risk perception of cardiovascular diseases among individuals with hypertension in rural Malaysia. *Heart Asia*. 2016;9(2):e010864. doi: 10.1136/heartasia-2016-010864.
7. Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemp Nurse*. 2017;53(6):607-21. doi: 10.1080/10376178.2017.1368401.
8. Rouyard T, Kent S, Baskerville R, Leal J, Gray A. Systematic review or meta-analysis perceptions of risks for diabetes-related complications in type 2 diabetes populations: a systematic review. *Diabet Med*. 2017;34(4):467-77. doi: 10.1111/dme.13285.
9. Mitra M, Wulandari W. Factor affecting uncontrolled blood pressure among elderly hypertensive patients in Pekanbaru city, Indonesia. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(7):1209-13. doi: 10.3889/oamjms.2019.255.
10. Sanprakhon P, Chusri O, Wongwisadkul S. The effects of health belief application program in older adults with risk of coronary artery disease in a community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2018;28(3):87-100. (in Thai).
11. Singco T, Changmai S, Toskulkao T. The effects of promoting perception of health beliefs program on stroke prevention behaviors and perceived benefit of sustained behaviors in elderly at risk. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*. 2020;16(2):42-60. (in Thai).
12. Tiparat W, Suwanweala S, Sumrit W. The effects of self-awareness development program on stroke prevention behaviors among hypertension patients in Muang District, Trang province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017;4(2): 94-107. (in Thai).
13. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4): 328-35. doi: 10.1177/109019817400200403.
14. Festinger L. A theory of social comparison processes. *Hum Relat*. 1954;7(2):117-40. doi: 10.1177/001872675400700202.
15. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002. 449 p.
16. Polit FD, Hungler PB. Nursing Research: principle and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999. 757 p.
17. Cohen J. Quantitative methods in psychology: a power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1): 155-9.
18. Kongprasert J, Watcharasin S, Punmung N. Cardiovascular risk assessment in diabetes and hypertensive patients [Internet]. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing Press; 2015 [cited 2021 Jun 9]. Available from: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/diabetes/knowledge/5.pdf. (in Thai).



19. Lipkus IM, Kuchibhatla M, McBride CM, Bosworth HB, Pollak KI, Siegler IC, et al. Relationships among breast cancer perceived absolute risk, comparative risk, and worries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2000;9(9): 973-5.
20. Sutthipatthanangkoon C, Thato R. Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2017;28(2):111-25. (in Thai).
21. Pragodpol P, Intana J. The effect of the stroke warning signs program on stroke's awareness, knowledge, and practice to decrease the stroke risk in hypertensive patients. *Journal of Phrapokklao Nursing College.* 2019;30(2): 88-100. (in Thai).
22. Likhitluecha N, Atthachaiwat A, Wongsuvansiri S, Sathira-angkura T, Leelawong S. Development of care management model for patients with uncontrolled diabetes. *Journal of Nursing Division.* 2017;44(2):141-58. (in Thai).
23. Chaipet N, Kaewklum U, Sonrat S, Wittayapun Y. Non Communicable Diseases (NCD's) high risk patients: effectiveness of a health behaviors changing programs on health behavior in Suratthani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.* 2017;4(2): 45-62. (in Thai).
24. Plaiyod J, Panpakdee O, Taikerd C. Effects of a promoting self-care participation program on perceived self-care ability, body weight, and blood pressure control in persons with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2012;18(2):223-36. (in Thai).
25. Thongtang P, Seesawang J. Lived experience among hypertensive older people. *Nursing Journal.* 2014;41 Suppl:1-10. (in Thai).



Factors Predicting Adherence to Dual Antiplatelet Medications among Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention*

Chakariya Boonkua, RN, MNS¹, Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS¹, Sarinrut Sriprasong, RN, PhD¹, Chatkanok Dumavibhat, MD²

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the predictive power of perceived severity of disease, barriers to receive treatment, complexity of medication regimen and medication knowledge on the adherence to dual antiplatelet medications among patients with acute coronary syndrome at post percutaneous coronary intervention.

Design: Correlational predictive research design.

Methods: The sample consisted of 134 patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention at least one month, and having a treatment plan of using dual antiplatelet for at least one year. Data were collected at the heart and medicine clinics of a tertiary hospital in Bangkok using demographic characteristics questionnaire, Hill-Bone Medication Adherence Korean scale, Perceived Severity of Disease Questionnaire, Barriers to Receive Treatment Questionnaire, The Medication Regimen Complexity Index, and Dual Antiplatelet Knowledge Questionnaire. Descriptive statistics and logistic regression analysis were used for the analysis.

Main findings: The finding revealed that 77.6% of the participants were male with mean age of 60.9 years (SD = 12.8). Taking aspirin with brilinta/ticagrelor 56.7%, aspirin with apolets/plavix/clopidogrel 43.3%. Seventy-four point six percent of the sample had high level of dual antiplatelet medications adherence. Perceived severity of disease, barriers to receive treatment, complexity of medication regimen and medication knowledge could together predict the adherence to dual antiplatelet medications among patients with ACS after the intervention by 13.1%. Finally, high level of perceived severity of disease and good level of medication knowledge could significantly predict the adherence to dual antiplatelet medications (OR = .37, 95%CI [.15, .92], $p = .034$; OR = 3.82, 95%CI [1.07, 13.58], $p = .038$, respectively).

Conclusion and recommendations: High level of perceived severity of disease and good level of medication knowledge affects the adherence to dual antiplatelet medications. Nurses should give advice about the severity of ACS and knowledge on dual antiplatelet medications to improve the adherence.

Keywords: acute coronary syndrome, dual antiplatelet, medication adherence, medication knowledge

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):60-75

Corresponding Author: Associate Professor Doungrut Wattanakitkrileart, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 3 June 2021 / Revised: 6 August 2021 / Accepted: 1 November 2021



ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน หลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ*

ชาคริญาณ์ บุญเกื้อ, พย.ม.¹ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด.¹ ศรีรัตน์ ศรีประสงค์, พร.ด.¹ ฉัตรกนก ทุมวิภาต, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ มาอย่างน้อย 1 เดือน มีแผนการรักษาใช้ยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 134 ราย เก็บข้อมูล ณ หน่วยตรวจโรคหัวใจและโรคอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามอุปสรรคในการรับการรักษา แบบประเมินความซับซ้อนของการใช้ยา และแบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 77.6 อายุเฉลี่ย 60.9 ปี (SD = 12.8) รับประทานยาแอสไพริน ร่วมกับ บิลินต้าหรือทิกาไกลอ ร้อยละ 56.7 และยาแอสไพรินร่วมกับอะโพลีหรือพลาวิกหรือโคลพิโดเกรล ร้อยละ 43.3 มีความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมาก ร้อยละ 74.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 13.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก และความรู้ด้านการรับประทานยาระดับดี สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = .37, 95%CI [.15, .92], p = .034; OR = 3.82, 95%CI [1.07, 13.58], p = .038 ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมากและความรู้ด้านการรับประทานยาระดับดี มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และให้ความรู้ด้านการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด ความร่วมมือในการรับประทานยา ความรู้ด้านการรับประทานยา

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):60-75

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 3 มิถุนายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 6 สิงหาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome, ACS) เป็นกลุ่มอาการของโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน จำแนกเป็น ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) และ Unstable Angina (UA) โดยปี พ.ศ. 2563 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วย ACS มากกว่า 780,000 รายต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย รายงานสถิติผู้ป่วย ACS จาก 13 เขตสุขภาพ ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีผู้ป่วย ACS จำนวน 14,566 ราย 16,787 ราย และ 16,879 ราย ตามลำดับ โดยปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 40.8 NSTEMI ร้อยละ 46.9 และ UA ร้อยละ 9.8 และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 8.8 และ NSTEMI ร้อยละ 6.1² ดังนั้น จะเห็นได้ว่าภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วย ACS จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง ภาวะช็อกจากหัวใจ การรักษาที่สำคัญ คือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และลดความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่จะรักษาโดยการทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) และการให้ยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกันสองชนิด ได้แก่ ยาแอสไพริน และยากลุ่ม P2Y12 inhibitors เช่น โคลพิโดเกรล (clopidogrel) ทิกาเกลล (ticagrelor) และพาสูเกรล (prasugrel) เป็นต้น เพื่อป้องกันการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกันสองชนิดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 12 เดือน หลังได้รับการทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งชนิดไม่เคลือบยา (bare metal stent) หรือชนิดเคลือบยา (drug eluting stent)³ การศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute MI) หลังทำ PCI จำนวน 175 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้าน

สองชนิดในช่วง 1 เดือนแรก ร้อยละ 90.2 และพบว่าช่วงเดือนที่ 2-6, 7-12 และหลังจาก 1 ปี มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดลดลงเป็นร้อยละ 88, 75.4 และ 46.2 ตามลำดับ⁴ กรณีผู้ป่วยรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 16 ในระยะเวลา 1 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 24 ในระยะเวลา 5 ปี ทำให้ต้องรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจซ้ำ หรือทำให้เสียชีวิตได้⁵

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของความร่วมมือ (adherence) ว่าเป็นขอบเขตของพฤติกรรมที่บุคคลใช้ยา รับประทานอาหาร และหรือเปลี่ยนการดำเนินชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และได้เสนอกรอบแนวคิด Multidimensional Adherence Model (MAM)⁶ เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการป่วย ปัจจัยด้านทัศนสุขภาพและระบบสุขภาพ ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านอาการป่วย เป็นความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และการคาดคะเนของผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เมื่อเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อลดการเกิดภาวะรุนแรงของโรค การศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จำนวน 27 เรื่อง ในผู้ป่วย HIV ไตวายระยะสุดท้าย มะเร็ง และโรคหัวใจ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมถึงการใช้ยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁷ และการศึกษาในผู้ป่วย STEMI หลังทำ PCI

จำนวน 154 ราย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = .18, p = .020$) แต่ไม่ทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ($p = .957$)⁸ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ที่เน้นเฉพาะเจาะจงเรื่องยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด และครอบคลุมในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

อุปสรรคในการรับการรักษา ประกอบด้วย อุปสรรคด้านเวลา ด้านการเดินทาง ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความเชื่อ เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านทิวทัศน์และระบบสุขภาพ เป็นสิ่งที่ขัดขวางในการมารับการรักษาและการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI การศึกษาของ Luu และคณะ⁴ ในผู้ป่วย acute MI หลังทำ PCI พบว่าระยะทางจากบ้านห่างจากโรงพยาบาลน้อยกว่า 50 กิโลเมตร มีความสัมพันธ์ต่อการมาตรวจติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด เป็น 2.48 เท่า ($OR = 2.48, 95\%CI [1.12, 5.52], p < .05$) สอดคล้องกับ Alrabiah และคณะ⁹ ศึกษาในผู้ป่วย ACS จำนวน 192 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 57.8 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท รายละ 500 บาท และสิทธิประกันสุขภาพของรัฐ มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดไม่ต่อเนื่อง ($p = .017, p = .012$ ตามลำดับ) และการศึกษาในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI จำนวน 160 รายพบว่าผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่ายาที่คาบเกี่ยว ที่นอกเหนือจากสิทธิประกันสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง¹⁰ ซึ่งพบว่าการศึกษาปัจจัยอุปสรรคในการรับการรักษายังไม่ครอบคลุมในด้านเวลา ด้านการเดินทาง ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความเชื่อต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

ความซับซ้อนของการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านการรักษา เป็นความยุ่งยากสับสนในภาพรวมที่เกิดจากรูปแบบ

ของยาที่ใช้ ความถี่ของการบริหารยาต่อวัน และวิธีการใช้ยาพิเศษที่มีความหลากหลายซ้ำซ้อนของยาทุกชนิดที่ได้รับในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI Castellano และคณะ¹¹ ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 2,118 ราย พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาจำนวนเม็ดยามากกว่าหรือเท่ากับ 4-9 เม็ด ร้อยละ 55.7 และจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 36.2 รับประทานยาจำนวนเม็ดยาทั้งหมดเฉลี่ย 7.25 เม็ดต่อวัน และพบว่าความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษา มีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เมื่อจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวันลดลง จะเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .049$) แตกต่างจากการศึกษาของ ปันทิศา เพ็ญพิณ และคณะ¹² ในผู้ป่วย ACS จำนวน 120 ราย ประเมินจำนวนเม็ดยาที่รับประทานทั้งหมดต่อวัน พบว่าผู้ป่วยรับประทานยา 4 มื้อต่อวัน ร้อยละ 37.5 รองลงมา มากกว่า 4 มื้อต่อวัน ร้อยละ 26.7 ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรับประทานยาที่รับประทานต่อวันมากเกินไป ร้อยละ 28 ซึ่งพบว่าความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษาไม่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($OR = .99, 95\%CI [1.07, 1.07], p = .958$) จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการศึกษาความซับซ้อนของการใช้ยาที่ประเมินจากการนับจำนวนเม็ดยา ยังไม่ครอบคลุมมิติอื่นๆ ของความซับซ้อนของการใช้ยา บางงานวิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาเฉพาะกลุ่มยาโรคหัวใจ ไม่ครอบคลุมยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมด และประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความร่วมมือในการรับประทานยา

ความรู้ด้านการรับประทานยา เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Czamy และคณะ¹³ จำนวน 11 เรื่อง ในผู้ป่วยหลังทำ PCI พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด

ในระดับสูงในช่วงระยะเวลา 1 เดือน และลดลงในระยะเวลา 12 เดือน และการขาดความรู้เรื่องยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดมีผลต่อการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในกลุ่มโรคอื่นของ Custodis และคณะ¹⁴ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าความรู้ด้านการรับประทานยาโรคหัวใจโดยรวมของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 37 เหลือร้อยละ 18 ในระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่าย แม้ว่าจะได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยความรู้ด้านการรับประทานยาที่เฉพาะเจาะจงเรื่องยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด และครอบคลุมในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจโดยรวม การศึกษาเรื่องการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกันสองชนิดยังพบน้อย ในประเทศไทย การศึกษาประเด็นนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วย STEMI หลังทำ PCI ในปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนอง ความเจ็บป่วยทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ¹⁵ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ผลการวิจัยของปัจจัยดังกล่าวข้างต้นยังมีความขัดแย้งและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศที่ระบบสาธารณสุขต่างจากประเทศไทย และยังไม่ครอบคลุม ในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคหัวใจและโรคอายุรศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำ PCI มาอย่างน้อย 1 เดือน มีแผนการรักษาใช้ยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด คือ ยาแอสไพริน และยาในกลุ่ม P2Y12 inhibitors อย่างน้อย 1 ปี บริหารยาด้วยตนเอง พุด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีการรู้คิดปกติ ไม่เป็นโรคทางจิตเวช ไม่เป็นโรคไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรคเมื่แรงทุกระยะ และโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร¹⁶

$$n = \frac{10k}{p} = \frac{10(4)}{0.299} = 134$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k คือ จำนวนของตัวแปรอิสระ p คือ ค่าสัดส่วนที่น้อยที่สุดจากผลการวิจัยของตัวแปรตาม ค่า p นำมาจากผลการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ร้อยละ 29.9 แปลงเป็นสัดส่วน มีค่าเท่ากับ 0.299¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย เก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบประเมินความบกพร่องด้านการรู้คิดมินิค็อก (mini-cognitive assessment instrument, or mini-cog) แปลเป็นภาษาไทยโดย Trongsakul และคณะ¹⁷ ใช้ประเมินด้านการรู้คิด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ บันทึกความจำ วาดรูปนาฬิกา และระลึกความจำ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน 0-2 หมายถึง การรู้คิดบกพร่อง และคะแนน 3-5 หมายถึง การรู้คิดปกติ

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาค่าใช้จ่าย ผู้ดูแล ปัญหาในการรับประทานยา แหล่งที่ได้รับ ข้อมูลเรื่องการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด และการปรับเปลี่ยน การดำเนินชีวิต ข้อมูลสุขภาพและการรับประทานยา จากการ สัมภาษณ์และเวชระเบียนจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย อาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปี หลังทำ PCI ยาที่ใช้นอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค โรคร่วม การประเมิน New York Heart Association (NYHA) functional classification การประเมิน Canadian Cardiovascular Society (CCS) classification ผลการประเมิน ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ผลการฉีดสียสวนหัวใจ ชนิดการทำ PCI ประวัติการทำ PCI และยาที่ผู้ป่วยได้รับ

3. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (hill-bone medication adherence Korean scale) พัฒนาโดย Song และคณะ¹⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารณี หนูแก้ว และคณะ¹⁹ ผ่านการแปลย้อนกลับ ผู้วิจัยดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่ศึกษา จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับคะแนน = 1 หมายถึง ไม่เคยเลย คะแนน = 2 หมายถึง บางเวลา คะแนน = 3 หมายถึง เป็นส่วนใหญ่ และคะแนน = 4 หมายถึง ตลอดเวลา คะแนนอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 หมายถึง ความร่วมมือในการ รับประทานยาระดับน้อย และคะแนนน้อยกว่า 12 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับมาก

4. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity of disease questionnaire) พัฒนาโดย Nau และคณะ²⁰ แบ่งระดับของความรุนแรงของโรคเป็น 5 ระดับ จำนวน 1 ข้อ มีคะแนน 0 ถึง 100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของโรคเลย คะแนน 25 หมายถึง ความรุนแรง ของโรคน้อย คะแนน 50 หมายถึง ความรุนแรงของโรคปานกลาง คะแนน 75 หมายถึง ความรุนแรงของโรคมก และคะแนน 100 หมายถึง มีความรุนแรงของโรคมกที่สุด ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย เส้นตรงแนวตั้ง 1 เส้น ลงบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค แปลผลโดยใช้สูตรภาคพื้นแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรง ของโรค เป็น 3 ระดับ เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โลจิสติก คะแนน 0-33.4 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรง ของโรคน้อย คะแนน 33.5-66.9 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรง ของโรคปานกลาง และคะแนน 67.0-100 หมายถึง การรับรู้ ความรุนแรงของโรคมก

5. แบบสอบถามอุปสรรคในการรับการรักษา (barriers to receive treatment questionnaire) พัฒนาโดย ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ²¹ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ 4 ด้าน

ได้แก่ ด้านเวลา ด้านการรักษา ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความเชื่อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน 12-28 หมายถึง มีอุปสรรคน้อย คะแนน 29-44 หมายถึง มีอุปสรรคปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 45 หมายถึง มีอุปสรรคมาก

6. แบบประเมินความซับซ้อนของการใช้ยา (the medication regimen complexity index)²² ประเมินจากเวชระเบียน จำนวน 65 ข้อ ส่วนที่ 1 (A) รูปแบบยาที่ใช้ 32 ข้อ กำหนดว่ารูปแบบยาเม็ดหรือแคปซูล เป็นรูปแบบที่ใช้สะดวกที่สุด จึงให้คะแนนความซับซ้อนเท่ากับ 1 ส่วนรูปแบบอื่นจะให้คะแนนความซับซ้อนแตกต่างกันตามความยาก-ง่าย ในการบริหารยา ส่วนที่ 2 (B) ความถี่ในการใช้ยาต่อวัน 23 ข้อ กำหนดให้การบริหารยา “วันละครั้ง” มีคะแนนความซับซ้อนเท่ากับ 1 และให้คะแนนความซับซ้อนเพิ่มตามความถี่ในการบริหารยา และส่วนที่ 3 (C) วิธีการใช้ยาพิเศษ 10 ข้อ ให้คะแนนความซับซ้อนตามความยาก-ง่าย ในการบริหารยา นำทั้ง 3 ส่วนบวกกัน เพื่อหาความซับซ้อนของการใช้ยา คะแนน 10.0-24.9 หมายถึง ความซับซ้อนของการใช้ยาดำ คะแนน 25.0-39.9 หมายถึง ความซับซ้อนของการใช้ยาปานกลาง คะแนน 40.0-53.0 หมายถึง ความซับซ้อนของการใช้ยามาก

7. แบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (dual antiplatelet knowledge questionnaire) ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ เลือกตอบ “ถูก” “ผิด” หรือ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5.9) หมายถึง ความรู้ด้านการรับประทานยาระดับต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (6.0-7.9) หมายถึง ความรู้ด้านการรับประทานยาระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (8.0-10) หมายถึง ความรู้ด้านการรับประทานยาระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาตัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ศึกษา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามอุปสรรคในการมารับการรักษา ไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ แบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม นำแบบสอบถามดังกล่าวตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) = .88, 1.00, 1.00, .90 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาและแบบสอบถามอุปสรรคในการมารับการรักษาไปใช้กับผู้ป่วย ACS จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .80, .81 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .82, .77 ตามลำดับ แบบประเมินความซับซ้อนของการใช้ยาไปใช้กับผู้ป่วย ACS จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยผู้วิจัย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ประเมิน แบบประเมินความซับซ้อนของการใช้ยา (inter-rater reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของเครื่องมือทั้งฉบับ (Intraclass Correlation Coefficient, ICC) = .99 ส่วนที่ 1 (A), 2 (B) และ 3 (C) ได้ค่า ICC = 1.00, .99, .99 ตามลำดับ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดใช้กับผู้ป่วย ACS จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์ ได้ค่า ICC = .88, .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย 2 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร (COA no. Si 008/2021 วันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2564 และ COA No. 011/2021 วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2563) ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูล สิทธิผู้ป่วยในการตอบรับหรือปฏิเสธ การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และอนุมัติเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจและอายุรศาสตร์ในการแนะนำโครงการวิจัย ผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผ่านเกณฑ์จึงรับเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนแบบสอบถามให้ผู้ผู้ป่วยตอบเอง ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หลังการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล ความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรค

ในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ดังนี้ 1) ตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม 2) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง เพื่อไม่ให้เกิด multicollinearity โดยมีค่า tolerance มากกว่า 0.2 VIF น้อยกว่า 5 และ condition index น้อยกว่า 30 การวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายา ได้ค่า tolerance เท่ากับ .96, .91, .96, .92 ตามลำดับ ได้ค่า VIF เท่ากับ 1.04, 1.09, 1.03, 1.07 ตามลำดับ และได้ค่า condition index เท่ากับ 5.47, 9.40, 6.46, 21.46 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น 3) ตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วย Hosmer and Lemeshow test พิจารณาค่าไคสแควร์ต้องไม่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การวิจัยครั้งนี้ได้ค่า $p = .935$ แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสม จากนั้นทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอนเดียว กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.6) อายุเฉลี่ย 60.9 ปี ($SD = 12.8$, $min = 32.0$, $max = 88.0$) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.8) อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป รองลงมาอายุ 30-59 ปี (ร้อยละ 46.2) เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.3) นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.4) จบปริญญาตรี (ร้อยละ 31.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 26.1) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 65.6) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

และมีหนี้สิน (ร้อยละ 52.2) มีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านส่วนเกินจากสิทธิการรักษา (ร้อยละ 49.3) ผู้ดูแลเป็นบุตร (ร้อยละ 48.5) มียาหลากหลายชนิดทำให้การบริหารยาเกิดความซับซ้อน (ร้อยละ 94.2) จำนวนเม็ดยาหลายเม็ดทำให้เกิดการใช้ยาเกินหรือขาดจากความสับสนในการบริหารยา (ร้อยละ 82.7) ได้รับข้อมูลการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร (ร้อยละ 98.5) หลังทำ PCI ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.3) ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต โดยงดอาหารรสเค็มและไขมันสูงมากที่สุด (ร้อยละ 46.3)

2. ข้อมูลสุขภาพและการรับประทายา กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 68.6) ไม่มีอาการผิดปกติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาการผิดปกติ 2 อันดับแรก ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 15.7) และอาการเจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 8.3) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.5) ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปี หลังทำ PCI ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.1) ไม่มีการใช้ยานอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.5) ได้รับการวินิจฉัย NSTEMI รองลงมา STEMI (ร้อยละ 38.1) และ UA (ร้อยละ 4.5) มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 94.8) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.1) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 48.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 47) NYHA functional class I (ร้อยละ 54.5) CCS class I (ร้อยละ 73.8) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 (ร้อยละ 64.2) จำนวนเส้นเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น และ 3 เส้นเท่ากัน (ร้อยละ 35.8) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.8) ทำ primary PCI และทำ PCI เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 73.9) ใช้ยาจำนวน 5-10 ชนิด (ร้อยละ 78.4) ใช้ยาแอสไพรินร่วมกับบิลินดำหรือทิกากิโล (ร้อยละ 56.7) ใช้ยาโรคหัวใจกลุ่ม calcium channel blockers มากที่สุด (ร้อยละ 97.8) และรับประทายาต้านเกล็ดเลือด 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 56.7)

3. ผลการศึกษา ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมาก (ร้อยละ 74.6) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก (ร้อยละ 54.5) มีอุปสรรคในการรับการรักษาระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.7) มีความซับซ้อนของการใช้ยาระดับต่ำ (ร้อยละ 69.4) แต่น้อยกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับดี (ร้อยละ 44.8) เมื่อพิจารณาคะแนนความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดจำแนกตามรายชื่อย่อจำนวน 8 ข้อ คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก คะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย การลิ้มรับประทายาต้านเกล็ดเลือดพบมากที่สุด กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.59 (SD = 0.49) กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 2.00 (SD = 0.00) รองลงมา คือ ไม่ได้รับประทายาต้านเกล็ดเลือดโดยไม่ได้ตั้งใจ กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.43 (SD = 0.50) กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.97 (SD = 0.30) หยุดรับประทายาต้านเกล็ดเลือดก่อนไปพบแพทย์พบน้อยที่สุด โดยกลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.02 (SD = 0.14) กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ย 1.53 (SD = 0.51)

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความรู้ด้านการรับประทายามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ($p = .010$ และ $p = .031$ ตามลำดับ) อุปสรรคในการรับการรักษาและความซับซ้อนของการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ($p = .868$, $p = .597$ ตามลำดับ) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายากับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (N = 134)

ตัวแปร	ความร่วมมือมาก	ความร่วมมือน้อย	รวม	χ^2	p-value
	(n = 100) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 34) จำนวน (ร้อยละ)			
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค				6.668	.010
ระดับปานกลาง	52 (85.2)	9 (14.8)	61 (100)		
ระดับมาก	48 (65.8)	25 (34.2)	73 (100)		
2. อุปสรรคในการรับการรักษา				-	.868 ¹
ระดับน้อย	34 (72.3)	13 (27.7)	47 (100)		
ระดับปานกลาง	57 (75.0)	19 (25.0)	76 (100)		
ระดับมาก	9 (81.8)	2 (18.2)	11 (100)		
3. ความซับซ้อนของการใช้ยา				-	.597 ¹
ระดับต่ำ	67 (72.0)	26 (28.0)	93 (100)		
ระดับปานกลาง	26 (81.3)	6 (18.7)	32 (100)		
ระดับมาก	7 (77.8)	2 (22.2)	9 (100)		
4. ความรู้ด้านการรับประทายา				6.976	.031
ระดับน้อย	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100)		
ระดับปานกลาง	46 (78.0)	13 (22.0)	59 (100)		
ระดับดี	47 (78.3)	13 (21.7)	60 (100)		

¹ Fisher's exact test

5. ผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดลดลงร้อยละ 63 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = .37, 95%CI [.15, .92], p = .034) และผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่มีความรู้ด้านการรับประทายาระดับดี มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทายา 3.82 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านการรับประทายาระดับน้อย (OR = 3.82, 95%CI [1.07, 13.58], p = .038) แต่ผู้ป่วยที่

ที่มีความรู้ด้านการรับประทายาระดับปานกลางไม่สามารถทำนายต่อความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (OR = 2.96, 95%CI [.834, 10.514], p = .093)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายาสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ได้ร้อยละ 13.1 (Nagelkerke R^2 = .131) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกของการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายยา ต่อความร่วมมือในการรับประทายยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (N = 134)

ตัวแปร	B	SE	Walds	df	p-value	OR	95%CI
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค							
ระดับปานกลาง ^{Ref}							
ระดับมาก	-.98	.46	4.48	1	.034*	.37	.15, .92
2. อุปสรรคในการรับการรักษา							
ระดับน้อย ^{Ref}			.66	2	.718		
ระดับปานกลาง	.28	.45	.39	1	.529	1.33	.54, 3.26
ระดับมาก	.64	.92	.49	1	.483	1.91	.31, 11.74
3. ความซับซ้อนของการใช้ยา							
ระดับต่ำ ^{Ref}			.56	2	.754		
ระดับปานกลาง	.37	.53	.49	1	.482	1.46	.50, 4.19
ระดับมาก	-.13	.88	.02	1	.881	.87	.15, 4.99
4. ความรู้ด้านการรับประทายยา							
ระดับน้อย ^{Ref}			4.34	2	.114		
ระดับปานกลาง	1.08	.64	2.81	1	.093	2.96	.83, 10.51
ระดับดี	1.34	.64	4.28	1	.038*	3.82	1.07, 13.58

Ref = Reference group, predictive correct = 78.4%, Hosmer and Lemeshow test = .94, Cox & Snell

R² = .09, Nagelkerke R² = .13

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทายยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมาก (ร้อยละ 74.6) อาจเนื่องจากหลังจำหน่ายผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและข้อมูลที่เป็นในการดูแลตนเอง โดยได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เรื่องการรับประทายยาต้านเกล็ดเลือดอย่างถูกต้อง เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายยาต้านเกล็ดเลือดรายข้อ พบว่าผู้ป่วยสืมรับประทายยาต้านเกล็ดเลือดมากที่สุด กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.59 (SD = 0.49)

กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 2.00 (SD = 0.00) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.8) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อายุที่เพิ่มมากขึ้นอาจมีโอกาสน้อยรับประทายยาได้มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากความจำที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Roth และคณะ²³ ในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 25 จะมีความร่วมมือในการรับประทายยาน้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป รับประทายยาโคลพิโดเกรลไม่สม่ำเสมอภายใน 7 วันหลังทำ PCI

การหยุดรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดก่อนพบแพทย์ พบน้อยที่สุด โดยกลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.02 (SD = 0.14) กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.53 (SD = 0.51) ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วย STEMI จำนวน 177 ราย ใช้แบบสอบถาม Medication Adherence Rating Scale (MARS-5) พบว่าผู้ป่วยไม่เคยหยุดรับประทานยาบางมื้อ ($\bar{X} = 4.85$, SD = 0.13) และไม่เคยหยุดรับประทานยาชั่วคราว ($\bar{X} = 4.81$, SD = 0.80)¹⁶ อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรก และติดตามทุก 3 เดือน จึงทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นของการไม่หยุดรับประทานยา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.5) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก ($\bar{X} = 65.8$, SD = 16.1) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่า LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 (ร้อยละ 64.2) NYHA class I (ร้อยละ 54.5) CCS class I (ร้อยละ 73.8) ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยและเจ็บแน่นหน้าอก อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการทำ PCI ครั้งแรก (ร้อยละ 73.9) และอยู่ในช่วงระยะเวลา 12 เดือนของการเกิดอาการ ทำให้รู้สึกว่าเป็นอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต รู้สึกกำลังเผชิญปัญหา และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ($p = .010$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมากสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = .37, 95%CI [.15, .92], $p = .034$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดลดลงร้อยละ 63 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอยู่

สามารถเกิดภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ร่วมกับเกิดความกลัวและวิตกกังวลสูงเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยจดจำคำแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตามคำแนะนำไม่ถูกต้อง ซึ่งแตกต่างกับแนวคิดของ Becker²⁴ ที่กล่าวว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยต่างๆ สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ เมื่อโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

อุปสรรคในการรับการรักษา กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.7) มีอุปสรรคในการรับการรักษาระดับปานกลาง ($\bar{X} = 33.2$, SD = 9.3) อุปสรรคในการรับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ($p = .597$) คะแนนเฉลี่ยอุปสรรคในการรับการรักษารายข้อมากที่สุด คือ ใช้เวลาในการรอพบแพทย์นาน ($\bar{X} = 4.4$, SD = 0.8) อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามอาการมีจำนวนเฉลี่ย 150-170 รายต่อวัน ใช้เวลารอตรวจนาน บางรายมีโรคร่วมจะต้องพบแพทย์อย่างน้อย 2 ระบบ ผู้ป่วยใช้เวลาในการมาตรวจเฉลี่ยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อครั้ง รองลงมาคือ ไม่สามารถเดินทางด้วยตนเองได้ ($\bar{X} = 3.9$, SD = 1.4) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.8) บางรายมีปัญหาการทรงตัวและปัญหาด้านสายตา จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือพามาตรวจติดตามอาการทุกครั้ง คะแนนเฉลี่ยอุปสรรคในการรับการรักษาตามรายข้อน้อยที่สุด คือ ไม่มีเงินเพียงพอในการเดินทางมาพบแพทย์แต่ละครั้ง ($\bar{X} = 1.8$, SD = 1.1) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องจ่ายค่าส่วนเกินจากสิทธิการรักษา (ร้อยละ 49.3) อย่างไรก็ตามการรับการรักษาสามารถใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 65.6) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมองว่าอุปสรรคในการรับรักษาค่อนข้างต่ำ และส่วนหนึ่งมีคู่สมรส บุตร หรือน้องสาว ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลช่วยพาผู้ป่วยมารับยาตามนัด ช่วยสังเกตอาการข้างเคียงของยา จากการที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่คอยช่วยเหลือ

อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสมบัติในการรับการรักษาไม่มากเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนอุปสรรคในการรับการรักษาอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 56.7, 35.1 ตามลำดับ)

อุปสรรคในการรับการรักษาในระดับปานกลางและระดับมากไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (OR = 1.33, 95%CI [.54, 3.26], p = .529; OR = 1.91, 95%CI [.31, 11.74], p = .483 ตามลำดับ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด MAM ในปัจจัยด้านการรักษา ที่กล่าวว่าอุปสรรคในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา⁶ สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคในการรับการรักษา ประกอบด้วย อุปสรรคด้านเวลา ด้านการรักษา ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความเชื่อ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาสุดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าอุปสรรคในการรับการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ร่วมมือในการใช้ยา และไม่ร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน และอุปสรรคในการรับการรักษาไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ (OR = 1.14, 95%CI [.10, 12.55], p = .91; OR = 3.50, 95%CI [.39, 31.86], p = .27 ตามลำดับ)²¹ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการรับการรักษา ระดับปานกลางและระดับน้อย ซึ่งอาจทำให้ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด

ความซับซ้อนของการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.4) มีความซับซ้อนของการใช้ยาระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 23.0, SD = 7.9) ความซับซ้อนของการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (p = .597) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วย ACS จำนวน 120 ราย ประเมินจากจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน พบว่าความซับซ้อนของการใช้ยาไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยา อาจเนื่องจากผู้ป่วยเกิดความเคยชินต่อการรับประทายา เป็นกิจวัตรประจำวันอยู่เดิม ผลการวิจัยพบว่าความซับซ้อน

ของการใช้ยาระดับปานกลางและระดับมากไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (OR = 1.46, 95%CI [.50, 4.19], p = .482; OR = .87, 95%CI [.15, 4.99], p = .881 ตามลำดับ)¹² อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมอย่างน้อย 3 โรค (ร้อยละ 46.9) มีความคุ้นชินต่อการรับประทายาจำนวนมากว่า 6 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 40.6) มีผู้ดูแลช่วยเหลือในการจัดยา (ร้อยละ 91) และเข้าใจถึงความจำเป็นต่อการรับประทายา เพื่อควบคุมอาการ ดังนั้นจำนวนเม็ดยาจึงไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทายา

ความรู้ด้านการรับประทายา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.8 มีความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดระดับดี ($\bar{X}$ = 7.3, SD = 1.1) ความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (p = .031) คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดตามรายชื่อที่ผู้ป่วยตอบถูกมากที่สุด คือ รับประทายาต้านเกล็ดเลือดร่วมกันสองชนิดหลังอาหารตรงเวลา ($\bar{X}$ = .99, SD = 0.10) คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดตามรายชื่อที่ผู้ป่วยตอบถูกน้อยที่สุด คือ หลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดควรรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดเป็นเวลา 12 เดือนตามที่แพทย์กำหนด ($\bar{X}$ = .55, SD = 0.50) อาจเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทายาต้านเกล็ดเลือด อาการข้างเคียงเล็กน้อยที่ต้องเฝ้าระวัง อาการข้างเคียงรุนแรงของยาต้านเกล็ดเลือดที่ต้องไปตรวจทันที อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลการรับประทายาทำโดยการให้คำแนะนำเพียงวิธีเดียว ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและความกังวลหลังการเจ็บป่วยและการทำ PCI ซึ่งอาจมีผลต่อความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินถึงอาการข้างเคียงของยาต้านเกล็ดเลือดได้อย่างแน่ชัด

อาจจะทำให้เข้าใจคลาดเคลื่อนว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้น เป็นเรื่องเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ทันที

ความรู้ด้านการรับประทานครบระดับดีทำนายความร่วมมือ ในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (OR = 3.82, 95%CI [1.07, 13.58], p = .038) อธิบายได้ว่าผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่มีความรู้ด้านการ รับประทานครบระดับดี จะเพิ่มโอกาสความร่วมมือในการ รับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดเป็น 3.82 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านการรับประทานครบระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีณ ผลสุข, ยุพิน อังสุโรจน์ และสุริพร ธนศิลป์²⁵ ในผู้ป่วย STEMI พบว่าความรู้เรื่องโรคหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงการรับประทานครบ มีอิทธิพลทางตรง ด้านบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานครบ (p < .05) อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้จากแพทย์และพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับดี ส่งผลทำให้เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและให้ความร่วมมือ ต่อการรับประทานครบมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิด MAM ในปัจจัยด้านผู้ป่วย ที่กล่าวว่าหากมีความรู้ด้านการรับประทานครบ จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานครบเพิ่มขึ้น⁶

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการ รับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมากร้อยละ 74.6 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมากและความรู้ด้าน การรับประทานครบระดับดี สามารถทำนายความร่วมมือ ในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ กรอบแนวคิด multidimensional adherence model ขององค์การอนามัยโลกบางส่วน ผลจากการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยารับประทานยา ด้านเกล็ดเลือดสองชนิดที่พบมากที่สุด คือ ลืมรับประทาน ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านเกล็ดเลือดหมดก่อนกำหนดวันนัด พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งโปรแกรมเตือนรับประทานยา โดยใช้โทรศัพท์เพื่อลดการลืมรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วย รับประทานยาสม่ำเสมอ และหาสาเหตุของยาต้านเกล็ดเลือดหมด ก่อนกำหนดวันนัด เพื่อจะได้แก้ไขให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาต้าน เกล็ดเลือดสองชนิดในระดับน้อย ทำให้ขาดการตระหนักถึง การเฝ้าระวัง รองลงมาคือผู้ป่วยไม่ทราบว่าต้องได้รับยา ไปนานเท่าใด พยาบาลจึงควรให้ความรู้เรื่องผลข้างเคียง ของยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดและให้หลากหลายวิธี

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไข ที่สนับสนุน และอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานครบ ด้านเกล็ดเลือดสองชนิด
2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการ รับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิด เน้นให้ความรู้เรื่องความสำคัญ ของการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือด อาการข้างเคียง ผลกระทบต่อโรคหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพื่อเพิ่ม ความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิด
3. การวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และ ความรู้ด้านการรับประทานครบสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือ ในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ได้เพียงร้อยละ 13.1 จึงควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจทำนาย ความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI เช่น การสนับสนุนของครอบครัว ประสิทธิภาพ ของการใช้ยาด้านเกล็ดเลือด และการกลับเป็นซ้ำของโรค เป็นต้น



References

1. Basit H, Malik A, Huecker MR. Non ST segment elevation myocardial infarction [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; [updated 2019 Jan; cited 2020 Aug 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513228/?%20report=reader>.
2. Ministry of Public Health. Thai ACS registry 2019 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019 [cited 2020 Aug 20]. Available from: http://122.155.134.12/document/ACS_2019.pdf. (in Thai).
3. Levine GN, Bates ER, Bittl JA, Brindis RG, Fihn SD, Feisher LA, et al. 2016 ACC/AHA Guideline focused update on duration of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease : a report of the American College of Cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines: an update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention, 2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery, 2012 ACC/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease, 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction, 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes, and 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery. *Circulation*. 2016;134(10):e123-55. doi: 10.1161/CIR.0000000000000404.
4. Luu NM, Dinh AT, Nguyen TTH, Nguyen VH. Adherence to antiplatelet therapy after coronary intervention among patients with myocardial infarction attending Vietnam national heart institute. *BioMed Res Int*. 2019;2019:6585040. doi: 10.1155/2019/6585040.
5. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, Collet J-P, Costa F, Jeppsson A, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: the task force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2018;39(3):213-60. doi: 10.1093/eurheartj/ehx419.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003. 196 p.
7. DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care*. 2007;45(6):521-8. doi: 10.1097/MLR.0b013e318032937e.
8. Surasrisakul I, Ua-Kit N. Predicting factors of medication adherence among myocardial infarction patients after underwent percutaneous coronary intervention. *Journal of The Police Nurses*. 2012;4(2):60-70. (in Thai).
9. Alrabiah Z, Wajid S, Alsulaimi I, Alghadeer S, Alhossan A, Babelghaith SD, et al. Adherence to prophylactic dual antiplatelet therapy in patients with acute coronary syndrome- A study conducted at a Saudi university hospital. *Saudi Pharm J*. 2020;28(3):369-73. doi: 10.1016/j.jsps.2020.01.018.
10. Shemisa K, Hatt A, Cheeran D, Clark C, Alvarez K, Vigen R, et al. Premature discontinuation of ticagrelor among patients who underwent PCI for ACS in a large urban safety net hospital. *E-Cronicon Cardiology*. 2018;5(5):266-72.
11. Castellano JM, Sanz G, Penalvo JL, Bansilal S, Fernandez-Ortiz A, Alvarez L, et al. A polypill strategy to improve adherence. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(20):2071-82. doi: 10.1016/j.jacc.2014.08.021.



12. Penpimol P, Charoenkitkarn V, Wattanakitkrileart D, Dumavibhat C. The influence of perceived medication necessity, medication concern, patient-healthcare provider communication, and complexity of medical regimens on medication adherence in patients with acute coronary syndrome after hospitalization. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(3):149-57. (in Thai).
13. Czamy MJ, Nathan AS, Yeh RW, Mauri L. Adherence to dual antiplatelet therapy after coronary stenting: a systematic review. *Clin Cardiol*. 2014;37(8):505-13. doi: 10.1002/clc.22289.
14. Custodis F, Rohlehr F, Wachter A, Bohm M, Schulz M, Laufs U. Medication knowledge of patients hospitalized for heart failure at admission and after discharge. *Patient Preference Adherence*. 2016;10:2333-9. doi: 10.2147/PPA.S113912.
15. Sriphet K, Seneha C, Sriprasong S, Kanokslip A. Factors influencing antiplatelet adherence among patients with acute ST- elevation myocardial infarction in post percutaneous coronary intervention. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2019;30(2):111-25. (in Thai).
16. Vele L. Analysis of binary dependent variables using linear probability model and logistic regression: a replication study [master's thesis]. Uppsala, Sweden: Uppsala University; 2019 [cited 2020 Aug 29]. Available from: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1324943/FULLTEXT01.pdf>.
17. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of mini-cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5):594-600. doi: 10.1111/ggi.12318.
18. Song Y, Han H-R, Song H-J, Nam S, Nguyen T, Kim MT. Psychometric evaluation of hill-bone medication adherence subscale. *Asian Nurs Res*. 2011;5(3):183-8. doi: 10.1016/j.anr.2011.09.007.
19. Tanukaew D, Wattanakitkrileart D, Sriyuktasuth A, Chattranukulchai P. Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2021. 178 p. (in Thai).
20. Nau DP, Ellis JJ, Kline-Rogers EM, Mallya U, Eagle KA, Erickson S. Gender and perceived severity of cardiac disease: evidence that women are "tougher". *Am J Med*. 2005;118(11):1256-61. doi: 10.1016/j.amjmed.2005.08.006.
21. Wattanakitkrileart D, Khongton W, Sumonviwat T, Dejsomritrutai W. The influence of inhaler technique, exacerbation, age, and barrier to receiving care on adherence to inhaled medications in patients with COPD. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2020;38(2):74-87. (in Thai).
22. George J, Phun Y-T, Bailey MJ, Kong DCM, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother*. 2004;38(9):1369-76. doi: 10.1345/aph.1D479.
23. Roth GA, Morden NE, Zhou W, Malenka DJ, Skinner J. Clopidogrel use and early outcomes among older patients receiving a drug-eluting coronary artery stent. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012;5(1):103-12. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.111.962704.
24. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):324-508. doi: 10.1177/109019817400200407.
25. Polsook R, Aungsuroch Y, Thanasilp S. Medication adherence among persons with post-acute myocardial infarction. *Songklanakarin Journal of Science Technology*. 2016;38(6):611-20.



Factors Predicting Activities of Daily Living among Patients with Stroke*

Nuntabhorn Tongtem, RN, MNS¹, Wimolrat Puwarawuttiapanit, RN, PhD¹, Sarunya Koositamongkol, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To study the predicting factors including rehabilitation service models, self-management support, income and nutritional status on activities of daily living performance in stroke patients.

Design: Predictive research.

Methods: The participants consisted of 126 ischemic stroke patients who came for follow-up after hospital discharge at neurology clinics, outpatient departments of two hospitals. Data were collected using a demographic questionnaire, the Barthel Index for Activities of Daily Living, Self-management Support Questionnaire and Nutritional Status Form. Multiple linear regression was applied to the data analysis.

Main findings: The results revealed that activity daily living of the participants was at high level ($\bar{X} = 81.59$, $SD = 21.81$) After being discharged from a stroke unit, the rehabilitation service model that the participants had most was out-patient rehabilitation service (38.1%). Overall, self-management support was at moderate level ($\bar{X} = 3.13$, $SD = 0.73$); and nutrition status was indicated as moderate malnutrition ($\bar{X} = 9.24$, $SD = 3.30$). All study factors could together explain 64% of the variance in the activity daily living ($R^2 = .64$); however, only 3 factors including the rehabilitation service model, self-management support, and nutritional status were significant predictors.

Conclusion and recommendations: Healthcare team should promote continuous rehabilitation of each service model until patients with stroke return home. In addition, self-management should be supported by focusing on the patients' involvement in treatment with health team. Their nutritional status should also be assessed and monitored to enable patients with stroke to increase their performance on activity daily living.

Keywords: activities of daily living, nutritional status, rehabilitation, self-management, stroke

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):76-89

Corresponding Author: Associate Professor Wimolrat Puwarawuttiapanit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University; and this research is partially supported by the Faculty of Graduate Studies and Graduate Studies of Mahidol University Alumni Association

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 3 February 2021 / Revised: 24 April 2021 / Accepted: 17 May 2021



ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

นันทพร ทองเต็ม, พย.ม.¹ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ประ.ด.¹ ศรัณยา โฆสิตะมงคล, ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันที่มารับการติดตามการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสองแห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองและแบบประเมินภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับมาก ($\bar{X} = 81.59$, $SD = 21.81$) ภายหลังได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบบริการการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยนอกมากที่สุด (ร้อยละ 38.1) ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$, $SD = 0.73$) และมีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ($\bar{X} = 9.24$, $SD = 3.30$) ปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวร่วมอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 64 ($R^2 = .64$) โดยปัจจัยด้านรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเองและภาวะโภชนาการ เป็นปัจจัยทำนายอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปและข้อเสนอแนะ: รูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเองและภาวะโภชนาการสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรูปแบบบริการการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งกลับบ้าน รวมทั้งให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษากับทีมสุขภาพ และส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยตั้งแต่รับการรักษาและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสภาพ การจัดการตนเอง โรคหลอดเลือดสมอง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):76-89

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจาก บัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่า บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 3 กุมภาพันธ์ 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 24 เมษายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 17 พฤษภาคม 2564



ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease/stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการในระยะยาวกับผู้ป่วยทั่วโลก¹ ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน และในจำนวนนี้รอดชีวิตแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่มากถึง 50 ล้านคน² โดยพบเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) มากที่สุดถึงร้อยละ 80-87 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด³ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1 เสียชีวิตจำนวน 50,000 รายต่อปี และมีความพิการหลงเหลืออยู่ 250,000 รายต่อปี⁴ โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตันมากที่สุดถึงร้อยละ 65.7⁵ ทั้งนี้ความพิการที่หลงเหลืออยู่จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยในประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยรวม 530,770,877.00 บาทต่อปี⁶

เป้าหมายหลักที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูทั่วโลกคือ การเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living, ADL) โดยเร็วจะช่วยทำให้การทำงานของสมองในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อฟื้นฟูกลับสภาพได้ดีขึ้น¹ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ระดับปานกลางจนถึงรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลสูงถึงร้อยละ 68-74 ทั้งนี้ความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ลดลง⁷ สอดคล้องกับประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมี

ความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันน้อยกว่า 50 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย คิดเป็นร้อยละ 83.8⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย ทั้งด้านระบบบริการสุขภาพและตัวผู้ป่วย เช่น รูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการ^{6,9-10} การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมกรการใช้บริการสุขภาพของ Andersen¹¹ ซึ่งแนวคิดพฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเองและรายได้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านสนับสนุน และภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยด้านความต้องการทางสุขภาพที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ด้านรูปแบบบริการการฟื้นฟู พบว่ามีแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันคือ ให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูด้านร่างกายโดยเร็วเพื่อการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยมีรูปแบบบริการการฟื้นฟู 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบบริการการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยใน แบบผู้ป่วยนอก และแบบเยี่ยมบ้าน^{6,12} การศึกษาที่ผ่านมา เน้นการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคที่เกิดจากสมองและไขสันหลังทำงานผิดปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาล 24 แห่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูทั้ง 3 รูปแบบมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ แต่อย่างไรก็ตามเป็นการศึกษาภาพรวมของผู้ป่วย



4 กลุ่มโรค แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่จะประเมินว่ารูปแบบบริการการฟื้นฟูใด สามารถเพิ่มในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีที่สุด

นอกจากนี้ การวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน¹⁰⁻¹¹ สำหรับประเทศไทยพบว่ยังไม่มีการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้านรายได้ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ และสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน¹⁰ ด้านภาวะโภชนาการพบว่า ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁰ และเป็นปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่าภาวะทุพโภชนาการทำให้ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น¹⁰ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของรายได้และภาวะโภชนาการต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย รูปแบบบริการ การฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ ภายใต้การคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยที่เป็นปัจเจกบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยด้านรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมุติฐานการวิจัย

รูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมารับการติดตามการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธบาท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันครั้งแรกมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 2) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปไม่มีความบกพร่องทางารรู้คิด มีการคัดกรองด้านความรู้ความเข้าใจในการจำแนกความบกพร่องการทำหน้าที่ของสมอง โดยมีค่า mini-cog TMPS version อยู่ในระดับ 3-5 คะแนน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.4 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance)



ที่ระดับ .05 การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ใช้ค่าสหสัมพันธ์ขนาดปานกลาง $r = .30$ มาคำนวณค่า $R^2 = .09$ ตามข้อเสนอแนะของ Polit และ Beck¹³ และนำไปคำนวณขนาดอิทธิพลค่า $f^2 = .10$ กำหนดจำนวนตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 126 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาศึกษาในคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธรักษา โรงพยาบาลละ 63 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมด 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองด้านความรู้ความเข้าใจในการจำแนกความบกพร่องการทำหน้าที่ของสมอง และอาการสมองเสื่อมในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบประเมินจำนวน 4 ชุด รวมทั้งหมดจำนวน 57 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (mini-cog) พัฒนาเพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทวนซ้ำคำ 3 คำ และการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. โดยมีรวมตั้งแต่ 0-5 คะแนน แปลผลโดยรวมคะแนนทั้ง 2 ส่วน คือ คะแนน 0-2 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด และคะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดยผู้วิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 13 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบรายการตรวจสอบและแบบบันทึก ประกอบด้วย 1) อายุ 2) เพศ 3) คะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จากเวชระเบียน) 4) คะแนนระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(จากเวชระเบียน) 5) ระดับการศึกษา 6) สถานภาพสมรส 7) โรคประจำตัว 8) ลักษณะการอยู่อาศัย 9) สิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล 10) รายได้ 11) แหล่งที่มาของรายได้ 12) ความพอเพียงของรายได้ 13) รูปแบบบริการการฟื้นฟู และ 14) ระยะเวลา (เป็นจำนวนวัน) จาก admission ถึงวันเก็บข้อมูล

2. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พัฒนาโดย Mahoney และ Barthel¹⁴ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา¹⁵ เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและประสิทธิภาพด้านการเคลื่อนไหว หลังจากได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหวนั่งยืนเดิน 7) การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การถ่ายอุจจาระ และ 10) การปัสสาวะ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรมแต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 0-15 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็น 5 ระดับ คะแนนช่วงคะแนนต่ำสุดคือ 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย และคะแนนสูงสุด 100 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเองทั้งหมด

3. แบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบประเมินการดูแลของโรคเรื้อรัง The Patient Assessment of Chronic Illness Care, PACIC+¹⁶ พัฒนาโดยมีแนวคิดมาจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง¹⁶ เป็นเครื่องมือที่ประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเองจากการรับรู้ของผู้ป่วย แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Zeugfang และคณะ¹⁶ ผู้วิจัยขออนุญาต

ใช้เครื่องมือจากผู้แปล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ด้าน รวม 26 ข้อ โดยมีรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้ 1) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา [ข้อ 1-3] 2) การออกแบบระบบบริการและสนับสนุนการตัดสินใจ [ข้อ 4-6] ข้อ 3) การวางแผนร่วมกัน [ข้อ 7-11] 4) การแก้ปัญหาสุขภาพ [ข้อ 12-15] และ 5) การติดตามผลการรักษาและการประสานงาน [ข้อ 16-20] 6) การประเมิน [ข้อ 1, 15, 20, 21] 7) การให้ข้อมูลคำแนะนำ [ข้อ 4, 6, 9, 19, 24] 8) การตกลงร่วมกัน [ข้อ 2, 3, 7, 8, 25] 9) การให้ความช่วยเหลือ [ข้อ 10, 12, 13, 14, 26] และ 10) การติดตาม [ข้อ 16, 17, 18, 22, 23] มีคะแนนเฉลี่ยรวมทั้งหมด 5 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ช่วงคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1.00-2.33 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.67-5.00 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองระดับมาก

4. แบบประเมินภาวะโภชนาการ (nutrition alert form) พัฒนาโดย สุรัตน์ โคมินทร์, ธัญวรินทร์ ตั้งเสริมวงศ์ และพลสุข เจนพานิชย์¹⁷ ดัดแปลงจากแบบประเมิน subjective global assessment มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ แบบประเมินนี้ใช้ข้อมูลพื้นฐานของคนไทย เพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย แบบประเมินนี้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พบภาวะทุพโภชนาการปานกลาง และมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) นำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินภาวะโภชนาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านพิจารณาทุกแบบสอบถาม ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92, .83 ตามลำดับ และแบบประเมินภาวะโภชนาการใช้ค่าความเชื่อมั่น ระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เท่ากับ .99

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No. IRB-NS2020/537.0701 ลงวันที่ 7 มกราคม 2563 และโรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธบาท เลขที่หนังสือรับรอง IRB No. EC003/2563 ลงวันที่ 29 มกราคม 2563 เมื่อโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธบาท เพื่อขอความอนุเคราะห์พยาบาลประจำหน่วย ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการ พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท จะแนะนำผู้ป่วยให้พบผู้วิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธบาทด้วยตนเองในช่วงเวลา 8.00-12.00 น. โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 60 นาที และบันทึกจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC โดยมีรายละเอียดดังนี้



1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนการจัดการตนเอง และภาวะโภชนาการ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และวิเคราะห์ตัวแปรรูปแบบบริการการฟื้นฟูกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สถิติ one way ANOVA

3) วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา คือ วิเคราะห์อำนาจการทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตัวแปรรูปแบบบริการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ ภาวะโภชนาการต่อความสามารถในการทำกิจวัตร โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (multiple linear regression analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.6 อายุเฉลี่ย 57.66 ปี (SD = 11.74) โดยช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 41-60 ปี ร้อยละ 49.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.2 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 74.6 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 90.5 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 69 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดร้อยละ 39.7 รองลงมาคือมีรายได้ 1,000-5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 36.5 และมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 23.8 โดยแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 57.9 ประกอบอาชีพด้วยตนเองร้อยละ 27 โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนเองมีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บมากที่สุดร้อยละ 28.6 กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคประจำตัวอื่นๆ รวมด้วย ร้อยละ 100

โรครวม 5 อันดับแรกที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง และหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 84.9, 61.1, 32.5, 8.7 และ 7.9 ตามลำดับ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 62.94$, SD = 23.59) โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากร้อยละ 42.1 รองลงมาคือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลางร้อยละ 40.5 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีระดับความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อย (0-2 คะแนน) ร้อยละ 100

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมในวันที่เก็บข้อมูล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 81.59$, SD = 21.81) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากร้อยละ 42.8 รองลงมาคือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 33.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

รูปแบบบริการการฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแบบผู้ป่วยนอกมากที่สุดร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ รูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบเยี่ยมบ้านร้อยละ 31.7 และรูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในร้อยละ 30.2 ดังแสดงในตารางที่ 1

การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$, SD = 0.73) เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับการสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 57.1 การสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับมากร้อยละ 24.6 และการสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 18.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับทุพโภชนาการปานกลาง ($\bar{X} = 9.24$, SD = 3.30) โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพโภชนาการปานกลางร้อยละ 73 และมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงร้อยละ 27 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติพรรณนาของปัจจัยทำนายที่ศึกษา (N = 126)

	พิสัย	Min-Max	$\bar{X}$ (SD)	n (%)
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน			81.59 (21.81)	
- ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	0-20	0-20		4 (3.2)
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	25-45	25-45		7 (5.6)
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	50-70	50-70		19 (15.1)
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก	75-95	75-95		54 (42.8)
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด	100	100		42 (33.3)
รูปแบบบริการการฟื้นฟู				
- แบบผู้ป่วยใน				38 (30.2)
- แบบผู้ป่วยนอก				48 (38.1)
- แบบเยี่ยมบ้าน				40 (31.7)
การสนับสนุนการจัดการตนเอง			3.13 (0.73)	
- ระดับน้อย	1.00-2.33	1.50-2.31		23 (18.3)
- ระดับปานกลาง	2.34-3.66	2.35-3.65		72 (57.1)
- ระดับมาก	3.67-5.00	3.67-5.00		31 (24.6)
ระดับของภาวะโภชนาการ			9.24 (3.30)	
- ทุพโภชนาการปานกลาง	6-10	6-9		92 (73.0)
- ทุพโภชนาการรุนแรง	≥ 11	11-19		34 (27.0)

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .55, p < .01$) ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = -.65, p < .01$) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างรายได้และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ ภาวะโภชนาการและ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง (N = 126)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การสนับสนุนการจัดการตนเอง	1			
2. รายได้ ¹	.27***	1		
3. ภาวะโภชนาการ	-.41***	-.28***	1	
4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	.55***	.41***	-.65***	1

¹ Spearman, *** $p < .01$, ** $p < .05$



ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร รูปแบบบริการการฟื้นฟูกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ one way ANOVA พบว่ารูปแบบบริการการฟื้นฟูมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2,123)} = 48.12, p < .01$) และรูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ($\bar{X} = 96.46, SD = 5.36$) สูงกว่าแบบผู้ป่วยใน ($\bar{X} = 83.42, SD = 14.57$) และแบบเยี่ยมบ้าน ($\bar{X} = 62.00, SD = 24.88$) โดยพบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของรูปแบบบริการการฟื้นฟูทั้ง 3 รูปแบบ ในแต่ละคู่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญ .05 ดังนั้น รูปแบบบริการการฟื้นฟู

แบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน ($p < .01$) รูปแบบบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกกับแบบเยี่ยมบ้าน ($p < .01$) รูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในกับแบบเยี่ยมบ้าน ($p < .01$)

ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณ โดยวิธีนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสมการถดถอยพร้อมกัน พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 64 ($R^2 = .64$) โดยพบว่า รูปแบบบริการการฟื้นฟู (รูปแบบบริการผู้ป่วยนอก) ภาวะโภชนาการ รูปแบบบริการ (รูปแบบบริการผู้ป่วยใน) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ($\beta = .49, -.43, .27, .14, p < .01$) ตามลำดับ เป็นตัวแปรทำนาย ยกเว้นรายได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการ ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 126$)

ตัวแปร	b	SE(b)	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่	80.81	8.20		9.86	.001	64.57, 97.05
รูปแบบบริการการฟื้นฟู						
เยี่ยมบ้าน	Reference					
ผู้ป่วยนอก	21.89	3.66	.49	5.99	.001	14.64, 29.13
ผู้ป่วยใน	12.88	3.36	.27	3.83	.001	6.22, 19.53
การสนับสนุนการจัดการตนเอง	.16	.08	.14	2.02	.046	.003, .32
รายได้						
รายได้ 1,000-5,000 บาท	Reference					
รายได้น้อยกว่า 1,000 บาท	2.17	3.38	.04	.64	.523	-4.53, 8.86
รายได้มากกว่า 5,000 บาท	3.55	2.83	.08	1.25	.212	-2.05, 9.15
ภาวะโภชนาการ	-2.85	.41	-.43	-6.90	.001	-3.66, -2.03

$R^2 = .64, \text{adjust } R^2 = .62$



การอภิปรายผล

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของวันที่เก็บข้อมูล มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 81.59$, $SD = 21.81$) ทั้งนี้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากสมองมีการฟื้นตัวตามธรรมชาติหลังจากที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม สมองยุบวมลง ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง¹⁸ ร่วมกับการฟื้นตัวของสมอง ที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการฟื้นฟูในรูปแบบบริการ การฟื้นฟูต่างๆ จากทีมสุขภาพตั้งแต่ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและต่อเนื่อง จนกระทั่งกลับบ้าน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับรูปแบบบริการ การฟื้นฟูในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่วันที่รับการรักษา ในโรงพยาบาลจนถึงวันที่เก็บข้อมูลพบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย เท่ากับ 108.13 วัน $SD = 54.07$ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การฟื้นตัวของสมองจากการได้รับการฟื้นฟูจะได้ผลดีที่สุด จะเกิดในช่วงระยะ 3 เดือนแรกหลังเกิดโรค และจะฟื้นตัวลดลง หลังจาก 6 เดือนไปแล้ว ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูในช่วงนี้ จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้¹⁸

รูปแบบบริการการฟื้นฟู จากผลการวิจัยนี้พบว่า รูปแบบบริการการฟื้นฟูทั้ง 3 รูปแบบมีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสามารถร่วมทำนายความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ จะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า ทุกรูปแบบบริการการฟื้นฟู ทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการเยี่ยมบ้านนั้น ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)^{12,19-20} ในขณะเดียวกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า รูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก สามารถร่วมทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุด รองลงมาคือ รูปแบบการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยใน เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 รูปแบบ เปรียบเทียบกัน กับรูปแบบการฟื้นฟูแบบเยี่ยมบ้านสอดคล้องกับการศึกษา ของ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ⁶ ที่พบว่ารูปแบบบริการ การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกส่งผลให้คะแนนความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากที่สุด แต่ขัดแย้งกับการศึกษา ของ López-Liria และคณะ²¹ ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง รูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกกับแบบเยี่ยมบ้านพบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้ง 2 รูปแบบ ไม่แตกต่างกัน ($p = .21$) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ การฟื้นฟูทั้ง 2 รูปแบบได้รับการฟื้นฟูจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ ที่ใกล้เคียงกันคือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่า แนวทางหรือความถี่ในการฟื้นฟูของแต่ละรูปแบบบริการ การฟื้นฟูที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท อาจส่งผลต่อระดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มารับ รูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ร้อยละ 64.6 ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน และแบบเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ปานกลาง ร้อยละ 50 กับ 42.5 ตามลำดับ จึงส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกฟื้นตัวได้เร็วขึ้น กว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการรูปแบบอื่น จากผลการศึกษา ในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับการบริการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยตนเองทั้งหมดสูงถึงร้อยละ 60.4 สอดคล้องกับการศึกษา



ที่พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ประเมินครั้งแรก สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 9.67, 95\%CI = 1.58, 59.34$)⁸

การสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .55, p < .05$) และสามารถร่วมทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .14, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (โดยรวม) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แต่ละด้านมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยในด้านของการฟื้นฟูสภาพ ข้อที่มีระดับคะแนนรายข้อสูง คือ การได้รับการฟื้นฟูจากบุคลากรเฉพาะทางด้านอื่นๆ นอกจากแพทย์ เช่น นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ทีมฟื้นฟูมาช่วยดูแลรักษาสุขภาพ การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด โภชนาการ มีคะแนนอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผลลัพธ์ที่ดีในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพเป็นมิติที่ประสบความสำเร็จที่สุด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายในการรักษาด้วยตนเองส่งผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 4.56; 95\%CI = 2.73, 7.64, p < .05$)²² จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกัน

และมีการวางแผนการในรักษาร่วมกับทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น แต่ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินการได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการช่วยเหลือและการวางแผนเป้าหมายร่วมกันมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 และ 2.99 ($SD = 0.70, SD = 0.78$) ตามลำดับ ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพควรเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองในด้านการช่วยเหลือและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ($p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ในผลการศึกษาครั้งนี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาของ Pei และคณะ¹⁰ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับรายได้ในมิติของความพอเพียงของรายได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้พอเพียงมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษารายได้ในมิติที่เป็นตัวเงินของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบริบทที่อาจมีความแตกต่าง จะเห็นได้ว่าสิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 69 ทำให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยและอาจได้รับการเข้าถึงบริการระบบสุขภาพมากขึ้น รวมถึงสังคมไทยเป็นสังคมขยาย ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่มีคุณค่าเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และได้รับการดูแลจากบุตรหลาน ดังนั้นรายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอาจพึ่งพารายได้จากครอบครัว จะเห็นว่า ถึงแม้ตนเองจะมีรายได้น้อยแต่ก็ยังมีการครอบครัวช่วยเหลือเกื้อกูลอำนวยความสะดวกทำให้รายได้ที่มีน้อยพอเพียง²³

ภาวะโภชนาการ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.65, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.43, p < .05$) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับทุพโภชนาการปานกลางร้อยละ 73 ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะทุพโภชนาการจะทำให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า และส่งผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบ และสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁰ และการศึกษาของตรีธัญ ศรีวิเชียร²⁵ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพโภชนาการกับสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังพบว่าภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง และภาวะโภชนาการสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูในรูปแบบบริการการฟื้นฟูต่างๆ และควรปรับการจัดบริการสุขภาพของรูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบเยี่ยมบ้าน ให้มีกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพิ่มขึ้น และส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

2) ควรให้การสนับสนุนการจัดการตนเองทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดภาวะพึ่งพาอาศัย โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา การวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ระหว่างทีมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน

3) ควรส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ตั้งแต่รับการรักษา และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

ด้านการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดรูปแบบบริการการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบว่ามีความเหมาะสมกับบริบท และลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงรูปแบบบริการที่เหมาะสม และส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

2) ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาวที่ระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินอำนาจการทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

References

1. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, Nichols E, Alam T, Abate D, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 201(5):439-58. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30034-1.
2. World Stroke Organization. Up again after stroke [Internet]. Geneva: World stroke Organization; 2018



- [cited 2019 May 4]. Available from: <http://worldstrokeorganization.blogspot.com/2018/09/up-again-after-stroke.html>.
3. Barthels D, Das H. Current advances in ischemic stroke research and therapies. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis.* 2020;1866(4):165260. doi: 10.1016/j.bbadis.2018.09.012.
 4. The Royal College of Physicians of Thailand. The Royal College of Physicians has revealed that stroke is the first leading cause of death among Thais [Internet]. Bangkok: The Royal College of Physicians of Thailand; 2019 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://www.registration-master.net/rcpt-people/content/4>. (in Thai).
 5. Yingkijsthavorn A, Harnphadungkit K. Quality of life in stroke patients at outpatient rehabilitation clinic, Siriraj Hospital. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine.* 2020;30(3):123-8.
 6. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Zungsontiporn C. Rehabilitation service development for sub-acute and non-acute patients under universal coverage scheme in Thailand. *Journal of Health Science.* 2015;24(3): 493-509. (in Thai).
 7. Hesamzadeh A, Dalvandi A, Maddah SB, Khoshknab MF, Ahmadi F, Arfa NM. Family caregivers' experience of activities of daily living handling in older adult with stroke: a qualitative research in the Iranian context. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(3):515-26. doi: 10.1111/scs.12365.
 8. Tuida K, Kerdmongkol P, Amnatsatsue K, Rawiworrakul T. Factors predicting activities of daily living among stroke patients in Bangkok metropolitan. *Journal of Public Health Nursing.* 2017;31 Special:10-6. (in Thai).
 9. Parke HL, Epiphaniou E, Pearce G, Taylor SJC, Sheikh A, Griffiths CJ, et al. Self-management support interventions for stroke survivors: a systematic meta-review. *PLoS One.* 2015;10(7): e0131448. doi: 10.1371/journal.pone.0131448.
 10. Pei L, Zang X-Y, Wang Y, Chai Q-W, Wang J-Y, Sun C-Y, et al. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *Int J Afr Nurs Sci.* 2016;3(1): 29-34. doi: 10.1016/j.ijnss.2016.01.002.
 11. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1)1-10.
 12. Rasmussen RS, Ostergaard A, Kjaer P, Skeris A, Skou C, Christoffersen J, et al. Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: a randomised controlled trial. *Clin Rehabil.* 2016;30(3):225-36. doi: 10.1177/0269215515575165.
 13. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017. 814 p.



14. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
15. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. Bangkok: Department of Medical Services; 2007. 76 p. (in Thai).
16. Zeugfang D, Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Aramrattana A, Wensing M, Szecsenyi J, et al. Translation and validation of the PACIC+ questionnaire: the Thai version. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):123. doi: 10.1186/s12875-018-0801-y.
17. Komindr S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2013;22(4):516-21. doi: 10.6133/apjcn.2013.22.4.06.
18. Cramer SC. Treatments to promote neural repair after stroke. *J Stroke*. 2018;20(1):57-70. doi: 10.5853/jos.2017.02796.
19. Pattanasuwanna P. Outcomes of intermediate phase post-stroke inpatient rehabilitation in community hospital. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*. 2019;29(1):8-13. (in Thai).
20. Rice D, Janzen S, McIntyre A, Vermeer J, Britt E, Teasell R. Comprehensive outpatient rehabilitation program: hospital-based stroke outpatient rehabilitation. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016; 25(5): 1158-64. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis. 2016.02.007.
21. López-Liria R, Vega-Ramírez FA, Rocamora-Pérez P, Aguilar-Parra JM, Padilla-Góngora D. Comparison of two post-stroke rehabilitation programs: a follow-up study among primary versus specialized health care. *PLoS One*. 2016;11(11): e0166242. doi: 10.1371/journal.pone.0166242.
22. Fryer CE, Luker JA, McDonnell MN, Hillier SL. Self-management programmes for quality of life in people with stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 2016(8): CD010442. doi: 10.1002/14651858.CD010442.pub2.
23. Ubonwan K, Pongkaew A, Sanghuachang W, Kunpinit K. Factors predicting the happiness of community-dwelling older adults with chronic diseases. *Journal of Public Health*. 2018;48(2):244-55. (in Thai).
24. Leszczak J, Czenczek-Lewandowska E, Przysada G, Wyszynska J, Weres A, Baran J, et al. Diet after stroke and its impact on the components of body mass and functional fitness-a 4-month observation. *Nutrients*. 2019;11(6):1227. doi: 10.3390/nu11061227.
25. Sriwichian T. A study of the nutritional status and the factors relating to malnutrition status of the elderly receiving health service from Pompet community medical center. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2016;6(2):119-30. (in Thai).



Factors Predicting Depressive Symptoms among Caregivers of Dependent Elderly*

Maneerat Chawbol, RN, MNS¹, Virapun Wirojratana, RN, PhD¹, Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS¹

Abstract

Purpose: To investigate predicting factors of caregivers' preparedness, caregiver role strain, and rewards of caregiving on depressive symptoms among caregivers of dependent elderly.

Design: Correlational predictive design.

Methods: Participants were 116 primary caregivers who had been taking care of dependent elderly receiving treatment at a tertiary hospital, Bangkok. Data were collected by using questionnaires including demographic data, caregivers' preparedness, caregiver role strain, rewards of caregiving, and Center for Epidemiologic Studies-Depression scale. Descriptive statistics, Spearman rank correlation, and multiple regression analysis were employed to analyze data.

Main findings: The study findings revealed that most caregivers were female with an average age of 51.72 years and 75% were adult children of the dependent elderly. Depressive symptoms were found 18.1% in caregivers. The study factors including preparedness for family care, caregiver role strain, and reward of caregiving could together explain 45% of the variance of depressive symptoms among the caregivers (adjusted $R^2 = .45$). The factors predicting depressive symptoms with statistical significance were role strain from economic burden ($\beta = .31$, $t = 3.63$, $p < .001$) and caregivers' preparedness ($\beta = -.30$, $t = -3.18$, $p = .002$).

Conclusion and recommendations: The results suggest that nurses should assess caregivers' preparedness and economic burden in caring for the dependent elderly. An intervention should be provided to reduce caregivers' depressive symptoms so that they would be competent to care for the dependent elderly effectively.

Keywords: caregivers, depressive symptoms, elderly, functional dependence

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):90-104

Corresponding Author: Associate Professor Virapun Wirojratana, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 18 October 2021 / Revised: 6 December 2021 / Accepted: 21 February 2022



ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่*

มณีนรัตน์ ขาวบล, พย.ม.¹ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, PhD¹ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างความพร้อมของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และรางวัลจากการดูแลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่ จำนวน 116 ราย มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแล แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของผู้ดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 51.72 ปี ร้อยละ 75 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.1 โดยพบว่าปัจจัยที่ทำการศึกษามีได้แก่ ความพร้อมของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และรางวัลจากการดูแล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่ได้ร้อยละ 45 ($\text{adjusted } R^2 = .45$) ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากภาระด้านเศรษฐกิจ ($\beta = .31, t = 3.63, p < .001$) กับความพร้อมของผู้ดูแล ($\beta = -.30, t = -3.18, p = .002$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากผลการวิจัย พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลอย่างครอบคลุม ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งประเมินภาระของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่ ควรจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ภาวะผิ่ผิ่

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):90-104

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 18 ตุลาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 6 ธันวาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 21 กุมภาพันธ์ 2565



ความสำคัญของปัญหา

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพัฒนาการทางการแพทย์และนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จากอัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรรวม 66.5 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด¹ จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบอบาติวิทยาของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสูงวัยตามความเสื่อม นำมาซึ่งการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุจากการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมในระยะยาว ซึ่งคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายถึง ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือมีปัญหาในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ผู้สูงอายุดังกล่าวต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน อาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การพยาบาล บริการด้านสังคม และการจัดสวัสดิการ มีความต้องการการตอบสนองในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ และคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุกลุ่มนี้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต²

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทหน้าที่สำคัญ โดยทำหน้าที่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำ เช่น การรับประทานอาหาร

การดูแลสุขภาพ การขับถ่าย รวมไปถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล^{3,4} นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน อาจเกิดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแล เช่น อาการเหนื่อย เมื่อยล้า ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โอกาสพบปะเพื่อนน้อยลง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เหนื่อยล้า และท้อแท้ ส่งผลต่อเนื่องต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และหากเกิดเรื้อรังก็จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลลดลง⁶

ในต่างประเทศมีการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทุพพลภาพ ร้อยละ 37 ถึง 61.1⁷⁻⁸ สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง แต่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง พบตั้งแต่ร้อยละ 8 ถึง 27⁹⁻¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าความพร้อมของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเองในการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมที่ดี จะช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล¹² จากการศึกษาของ บุขรา ธีรญาโรจน์ และคณะ¹⁰ พบว่าความพร้อมในการดูแลมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้ามลดลง นอกจากนี้ ในการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ทำให้ต้องใช้เวลามากอยู่กับผู้สูงอายุ เกิดความยุ่งยากลำบาก ขาดอิสระ อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแล และรู้สึกเป็นภาระ จึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้านลบจากการดูแลหรือความตึงเครียดในบทบาทการดูแลขึ้น¹³ จากการศึกษาของ Lotus Shyu และคณะ¹⁴



พบว่าความตึงเครียดในบทบาทการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีทัศนคติในการดูแลด้านลบ ก็จะมีรู้สึว่าการดูแลนั้นเป็นภาระส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้รางวัลสำหรับการดูแล เป็นมุมมองด้านบวกของผู้ดูแล เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลที่รับรู้ถึงประโยชน์หรือประสบการณ์ที่ดีที่เกิดขึ้นจากการทำบทบาทการดูแล และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁵ จากการศึกษาของ Quinn และ Toms¹⁶ พบว่ารางวัลจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและภาระที่ลดลงของผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่าความพร้อมในการดูแลที่ดี และรางวัลจากการดูแล สามารถลดความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีของผู้ดูแล ผลการศึกษาของตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศไทยการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีน้อย อีกทั้งการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลทั้งในและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ดูแลในกลุ่มโรคที่เฉพาะเจาะจง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคเมเร็งเนื้องอกในสมอง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น^{9-11,16-17} ซึ่งผู้ป่วยบางรายยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในบางกิจกรรม และสามารถฟื้นฟูร่างกายได้ แต่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะรวมโรคที่เจ็บป่วยในหลากหลายระบบ และมีคุณลักษณะเฉพาะที่แตกต่างในด้านของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล อีกทั้งสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลงตลอดเวลา ร่วมกับการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (functional decline) มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพมากขึ้น และการดำเนินของโรคต่างๆ ก็จะมีผลรุนแรง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงที่จะเกิดความพิการหรือมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงตระหนักถึง

ความสำคัญของผู้ดูแลกลุ่มนี้ และการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (the family care model) ของ Archbold และคณะ¹⁵ ที่กล่าวถึงปรากฏการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของคนไทย เริ่มจากปัจจัยกระทบที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา 2) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล และ 3) ความพร้อมของผู้ดูแล ปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย 1) ปริมาณกิจกรรมในการดูแล 2) ปริมาณการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 3) ความสามารถในการทำนุบำรุงการดูแล ทำให้ผู้ดูแลตอบสนองต่อบทบาทการดูแลทั้งในด้านบวกคือ รางวัลสำหรับการดูแล และด้านลบ คือ ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล ทั้งหมดนี้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์จากการดูแล คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยกระทบที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแล คือ ความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยนี้มีผลต่อการตอบสนองในบทบาทของผู้ดูแลทั้งทางด้านบวกและด้านลบ คือ รางวัลจากการดูแล และความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยจะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์จากการดูแล คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดนี้ ผลของการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ด้านเป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงปัญหาและหาทางช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล รวมทั้งนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดี และมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างความพร้อมของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และรางวัลจากการดูแล ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สมมติฐานการวิจัย

ความพร้อมของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และรางวัลจากการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคุณสมบัติมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์เป็นญาติสายตรงหรือเครือญาติ ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด และไม่ได้รับค่าจ้างประจำเดือนในการดูแล ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน และไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน 2) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีอาการคงที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่าคะแนน Barthel ADL index ที่ประเมินได้อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน 3) สามารถเข้าใจและใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะต้องไม่มีการรู้คิดบกพร่อง

(จากการคัดกรองด้วย mini-cog ฉบับภาษาไทย โดยได้คะแนน 3-5 คะแนน ถือว่ามีการรู้คิดปกติ)

เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ดูแลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรุนแรง ได้แก่ โรคเมเรียมะเร็งระยะลุกลาม โรคไตวาย หัวใจล้มเหลว ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 1 คนในบ้านเดียวกัน และเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล และ/หรือภาวะเครียดที่กำลังได้รับการรักษา

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G *power สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษา 5 ตัวแปร กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ค่า $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ (power) = .90 กำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับกลาง (medium effect size) เท่ากับ .15¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภาสสินี กมลรัตนกุล และ Ebrahim¹⁹ มีข้อคำถามจำนวน 10 กิจกรรม ค่าคะแนนอยู่ 0-11 คะแนน หมายถึงมีภาวะพึ่งพิง (จากคะแนนรวม 20 คะแนน) และแบ่งระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุดังนี้ คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึงมีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงสูง 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง 2) แบบวัดความบกพร่องในการรู้คิดแบบสั้น (mini-cog) สำหรับคัดกรองและประเมินความบกพร่องในการรู้คิด ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เครื่องมือนี้พัฒนาโดย Borson และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพร ตรงสกุล และคณะ²⁰ โดยผู้ที่ได้คะแนน 3-5 คะแนน ถือว่ามีการรู้คิดปกติ



ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล เวลาที่ใช้ในการดูแล กิจกรรมที่ให้การดูแล ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล หน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุอื่นในครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว แหล่งประโยชน์อื่นๆ และความช่วยเหลือที่ได้รับ รวมทั้ง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว และโรคร่วม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

2) แบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold และคณะ¹³ ฉบับภาษาไทยแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยโดย วิราพรธรณ์ วิโรจน์รัตน์¹² จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-32 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง แปลผลโดยใช้การแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น ค่าคะแนน 0-10 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนน 11-21 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนน 22-32 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง

3) แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold และคณะ¹³ แปลดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยโดย วิราพรธรณ์ วิโรจน์รัตน์¹² ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ การศึกษาในครั้งนี้เลือกมาศึกษา 3 องค์ประกอบ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากการดูแลโดยตรง

ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ และความเครียดโดยรวม เป็นปรากฏการณ์การตอบสนองของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยตรงทั้งหมด ทำให้เกิดความรู้สึกยากลำบาก เหนื่อยล้า และรู้สึกมีภาระ ร่วมกับในแต่ละวันผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่ใช้ระยะเวลายาวนานและเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จึงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาที่สูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ ผู้ดูแลต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และอาจต้องออกจากงานมาเพื่อให้การดูแล ทำให้ขาดรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงิน และมีภาระด้านเศรษฐกิจ และเกิดความเครียดที่เกิดจากความกดดัน จากความรับผิดชอบในการดูแลในเรื่องโดยรวมต่างๆ ไปได้^{3,4,12,15}

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 99 ข้อ แบ่งออกเป็น

- แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง มีข้อคำถามทั้งหมด 91 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ ถ้าเลือกตอบว่า “ไม่” จะไม่นับคะแนนในข้อนั้น แต่ถ้าตอบว่า “ใช่” ต้องตอบในส่วนที่ 2 ต่อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน

- แบบสอบถามความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน

- แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยรวม มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-16 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน

แปลผลคะแนนด้วยสถิติความเบ้ (skewness) ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านต่ำ



4) แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold และคณะ¹⁵ ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) และดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยโดย วิจารณ์รัตน์¹² ประกอบคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนน ตั้งแต่ 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-104 คะแนน ใช้สถิติความเบ้ (skewness) ในการแปลผลคะแนน ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความรู้สึกดีที่ได้รับการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความรู้สึกดีที่ได้รับการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านต่ำ

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression scale, CES-D) พัฒนาโดย Radloff ฉบับภาษาไทยแปลโดย วิไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน²¹ จำนวน 20 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามากจากนั้น วิไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน²¹ ได้แบบประเมินนำมาใช้เป็นแบบทดสอบวัดภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศิริราช และผู้ป่วยซึมเศร้าจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าค่ามาตรฐานที่เหมาะสมเพื่อบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าในคนไทย มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ความไว (sensitivity) เท่ากับ 93.33 และความไวจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 94.20 ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้ คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ได้รับการพัฒนาเป็นที่ยอมรับ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว และมีการนำไปใช้

อย่างแพร่หลายในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงหาคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแล แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง แบบสอบถามความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยรวม แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของผู้ดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำคะแนนมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .97, .83, .81, .91 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2021/586.0501) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (COA No. 226/2021) ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น จะทำการทำลายข้อมูลภายในระยะเวลา 5 ปี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำผู้ดูแลที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยต่อผู้วิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่าง

ยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยคัดกรองภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน และผู้ดูแลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะต้องไม่มีการรู้คิดบกพร่องจากการคัดกรองด้วยแบบวัด mini-cog ฉบับภาษาไทย โดยได้คะแนน 3-5 คะแนน ถือว่ามีการรู้คิดปกติ หากคัดกรองผ่าน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแล ที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด จำนวนรวมทั้งสิ้น 177 ชุด ใช้ระยะเวลาประมาณ 60-80 นาที โดยแบ่งเวลา ให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30-35 นาที พัก 10 นาที และตอบแบบสอบถามต่อจนครบ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาล ในการส่งต่อให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตดูแลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และตัวแปรที่ศึกษ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปร วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็น โค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยจึงใช้สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และวิเคราะห์อำนาจการทำนาย ของตัวแปรต้นต่อตัวแปรตามด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) แบบใส่ข้อมูลพร้อมกัน ในขั้นตอนเดียว (enter method) กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า ตัวแปรต้นและตัวแปรตามอยู่ในมาตรวัด interval ขึ้นไป มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ตัวแปรตามและตัวแปรต้น มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง

ค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับศูนย์ และค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.5) อายุเฉลี่ย 51.72 ปี (SD = 12.51) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.6) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 56.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.4) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 28.5) เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 43.1) มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 71.6) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 75) จำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 15.79 ชั่วโมง/วัน อยู่ในช่วง 17-24 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 44.8) และส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 48.3) กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ได้แก่ การเตรียมอาหาร (ร้อยละ 92.2) รองลงมาคือการรับประทานยา (ร้อยละ 88.8) และการ รับประทานอาหาร (ร้อยละ 78.4) ผู้ดูแลทั้งหมดพักอยู่กับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุอื่น (ร้อยละ 83.6) แต่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่น ในครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครชุมชน (ร้อยละ 81.9) โดยส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้อง (ร้อยละ 81.1) ให้การช่วยเหลือโดยร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ/ ผลัดเปลี่ยนกัน (ร้อยละ 57.9)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.7) อายุเฉลี่ย 79.58 ปี (SD = 9.41) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 48.3) เกือบทั้งหมดนับถือ ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94) ครึ่งหนึ่งมีสิทธิการรักษาข้าราชการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจมากที่สุด (ร้อยละ 39.7) รองลงมาคืออัมพาตหลอดเลือดสมองและปัญหาเกี่ยวกับความจำ

(ร้อยละ 31) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.82 ปี (SD = 8.69) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคอื่น ๆ (ร้อยละ 84.5) โรคที่พบบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง, เบาหวานและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 82.7, 50 และ 48 ตามลำดับ และผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL index) เฉลี่ย 5.46 คะแนน (SD = 4.69) ถือว่ามีภาวะพึ่งพิงในระดับสูงและผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.7) มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด โดยมี Barthel ADL index อยู่ในระดับน้อยกว่า 4 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 20.39,

SD = 5.04) ระดับความเครียดจากการดูแลโดยตรงค่อนข้างต่ำ ($\bar{X}$ = 59.59, SD = 33.54, skewness = .40) ระดับความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ ($\bar{X}$ = 5.86, SD = 3.65, skewness = .35) ระดับความเครียดโดยรวมค่อนข้างต่ำ ($\bar{X}$ = 5.91, SD = 3.16, skewness = .18) ระดับความรู้สึกดีที่ได้รับจากการดูแลหรือรางวัลจากการดูแลส่วนใหญ่ค่อนข้างต่ำ ($\bar{X}$ = 78.77, SD = 9.52, skewness = .46) คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 12.24 คะแนน (SD = 5.93) และมีผู้ดูแลที่มีคะแนนจากการประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ของตัวแปรที่ศึกษา (N = 116)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)	Skewness ¹	การแปลผล
ความพร้อมของผู้ดูแล	0-32	10-32	20.39 (5.04)	.24	ระดับปานกลาง
ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	0-364	0-161	59.59 (33.54)	.40	ค่อนข้างต่ำ
ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ	0-17	0-17	5.86 (3.65)	.35	ค่อนข้างต่ำ
ความเครียดโดยรวม	0-16	0-14	5.91 (3.16)	.18	ค่อนข้างต่ำ
รางวัลจากการดูแล	0-104	62-104	78.77 (9.52)	.46	ค่อนข้างต่ำ

¹standard error = .23

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนน ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 116)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	$\bar{X}$	SD
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล			0-60	0-25	12.24	5.93
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	95	81.9	0-18	0-18	10.06	3.98
- มีภาวะซึมเศร้า	21	18.1	19-60	19-25	22.09	1.92

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า ความพร้อมของผู้ดูแลและรางวัลจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.52, p < .01, r = -.41, p < .01 ตามลำดับ) และความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากภาระ

ด้านเศรษฐกิจ และความเครียดโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .39, p < .01, r = .55, p < .01 และ r = .46, p < .01 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม (N = 116)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1. ความพร้อมของผู้ดูแล	1					
2. ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	-.44*	1				
3. ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ	-.40*	.33*	1			
4. ความเครียดโดยรวม	-.54*	.46*	.53*	1		
5. รางวัลจากการดูแล	.55*	-.28*	-.36*	-.49*	1	
6. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	-.52*	.39*	.55*	.46*	-.41*	1

*p < .01 (2-tailed)

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ ($\beta = .31$, $p < .05$) และความพร้อมของผู้ดูแล ($\beta = -.30$, $p < .05$) โดยตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้า

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 45 ($R^2 = .48$, adjusted $R^2 = .45$) สำหรับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากการดูแลโดยตรง ความเครียดโดยรวมและรางวัลจากการดูแลไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($p = .123$, $p = .791$, $p = .171$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression) ระหว่างปัจจัยทำนายกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 116)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE _B	β	t	p-value	95%CI	VIF
Constant	20.79	4.50		4.62	< .001	11.87, 29.71	
ความพร้อมของผู้ดูแล	-.36	.11	-.30	-3.18	.002	-.58, -.14	1.91
ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	.02	.02	.13	1.56	.123	-.01, .05	1.47
ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ	.51	.14	.31	3.63	< .001	.23, .79	1.56
ความเครียดโดยรวม	.05	.18	.03	.27	.791	-.31, .41	1.93
รางวัลจากการดูแล	-.08	.05	-.12	-1.38	.171	-.18, .03	1.58

R = .69, $R^2 = .48$, adjusted $R^2 = .45$, F = 19.92, $p < .001$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะซึมเศร้า 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าต่ำกว่า

การศึกษาในต่างประเทศ⁷⁻⁸ อาจเนื่องจากการในศึกษาของต่างประเทศนั้น ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดร้อยละ 77.8 ผู้มีความบกพร่องทางร่างกายร้อยละ 60 ซึ่งทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้เกิด



การแยกตัวจากสังคม และมีเวลาส่วนตัวน้อย นอกจากนี้ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียม การแสดงออกทางด้านความคิดและความรู้สึก และโครงสร้างทางสังคมที่ต่างกัน โดยอิทธิพลของวัฒนธรรมตะวันตกเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งทำให้ชีวิตของคนมีความไม่มั่นคงมากขึ้น ส่วนในสังคมไทยเป็นครอบครัวใหญ่และอยู่กันอย่างใกล้ชิด มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกัน ทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้มีญาติพี่น้องมาช่วยดูแลและผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบมากกว่าครึ่งผู้ดูแลจึงรู้สึกไม่มีภาระในการดูแลเพียงลำพัง และมีที่พึ่งเมื่อเกิดปัญหา นอกจากนี้ในด้านความแตกต่างทางศาสนา ชาวไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องบุญกรรม การทำความดี และมีค่านิยมวัฒนธรรมที่ว่า การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นสิ่งที่บุตรหลานพึงกระทำ เปรียบเสมือนหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูต่อบุคคลที่ต่อผู้มีพระคุณ ได้ทดแทนบุญคุณ ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามี/ภรรยา หรือเป็นลูกหลาน และเป็นการตอบแทนคุณความดี อีกทั้งส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ดีขึ้นอีกด้วย³

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีระดับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ และความเครียดโดยรวมค่อนข้างไปทางด้านต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้ระยะเวลาเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 7.82 ปี ซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนาทักษะและสามารถวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์การดูแลร่วมกับผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.3) มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 81.9 ไม่ว่าจะเป็นการร่วมดูแลหรือผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้สูงอายุ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายด้านการเงิน บริการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ หรือได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นการช่วยเหลือ

แบ่งเบาภาระต่างๆ ในการดูแล จากปัจจัยดังกล่าวจึงทำให้ผู้ดูแลมีระดับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ และความเครียดโดยรวมต่ำ

ส่วนระดับรางวัลจากการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านต่ำ อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาททางสังคมน้อยกว่าบุคคลอื่นในครอบครัว โดยเป็นบุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.4) จึงได้รับมอบหมายในการเป็นผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถปฏิเสธและจำยอมในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ดูแลร้อยละ 83.6 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลอยู่ในช่วง 17-24 ชั่วโมงต่อวันถึงร้อยละ 44.8 ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวน้อย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง อีกทั้งผลการศึกษาพบว่า คะแนนรางวัลจากการดูแลจะช่วยฐานะการเงินของผู้ดูแลในอนาคตอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.44$, $SD = 1.01$) ถึงแม้สิทธิการรักษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสิทธิข้าราชการ และประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งค่าอาหาร และวัสดุสิ้นเปลืองต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกพึงพอใจกับการดูแลผู้สูงอายุลดลง ทำให้รางวัลจากการดูแลอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้การศึกษาของภาวดี เหมทานนท์²² ที่พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ($r = -.13$, $p < .05$) ซึ่งผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 51.72 ปี ($SD = 12.51$) เป็นช่วงอายุวัยกลางคน ทำให้ร่างกายขาดพลังและมีความสมบูรณ์ของร่างกายลดลง จึงอาจมีผลต่อการมีความรู้สึกได้รับรางวัลจากการดูแลที่ลดลงได้ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกนึกคิดที่รับรู้ถึงประโยชน์หรือเกิดประสบการณ์ที่ดีที่เกิดขึ้นจากการทำบทบาทการดูแลค่อนข้างไปทางด้านต่ำ

ความพร้อมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52$, $p < .01$) และมีอิทธิพลในการทำนาย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\beta = -.30, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น จะมีภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัวของ Archbold และคณะ¹⁵ ที่ว่าความพร้อมในการดูแล ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Lotus Shyu และคณะ¹⁴ ที่พบว่าความพร้อมของผู้ดูแล มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .20, p < .05$) และการศึกษาของ บุชรา หิรัญสาโรจน์ และคณะ¹⁰ ที่พบว่าความพร้อมในการดูแลมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.42, p < .001$) อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 20.39, SD = 5.04$) และส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมานานกว่า 1-5 ปี ทำให้มีความเข้าใจในการดูแล และปัจจุบันมีระบบการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล มีการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีศูนย์ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เปิดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงวัย รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมบ้านของทางโรงพยาบาล อีกทั้งความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ ทางอินเทอร์เน็ต ไม่ว่าจะเป็นสื่อออนไลน์ และแอปพลิเคชันต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้โดยง่าย และมีการติดต่อสื่อสารและติดตามพูดคุยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและให้กำลังใจผู้ดูแลจากทีมสุขภาพ จึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความรู้ในการดูแล มีแรงจูงใจและมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ และเกิดการปรับตัวตอบสนองบทบาทที่ได้รับ สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีในระหว่างที่ต้องรับบทบาท ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าลดลง ผลการศึกษาจึงพบว่า

ความพร้อมของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลพบว่า ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจและความเครียดโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .01, r = .55, p < .01$ และ $r = .46, p < .01$ ตามลำดับ) และความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ มีอิทธิพลทางบวกในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\beta = .31, p < .05$) อธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาท และมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวเพิ่มขึ้น เช่น เป็นสามีหรือภรรยา เป็นบิดามารดา จึงต้องรับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบอื่นๆ ในครอบครัวของตนร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายโดยการจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า เป็นต้น ย่อมมีค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือนนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหากไม่เพียงพอก็อาจเกิดการขัดสน เกิดหนี้สินได้ และอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัว ดังนั้น ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจจึงมีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กล่าวคือ หากผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลจากภาระด้านเศรษฐกิจ จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎี การดูแลครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ รรณรัตน์ ภาคภากร, บุรณี กาญจนถวัลย์ และนิจศรี ขาญณรงค์²³ ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.20 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ ($OR = 4.20, 95\%CI = 1.31, 3.39$) และการศึกษา



ของ Lee และ Kim²⁴ พบว่าเศรษฐกิจที่ต่ำ (low economic status) มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta = .11$, $t = 1.99$, $p = .047$) เช่นกัน ส่วนความเครียดจากการดูแลโดยตรง และความเครียดโดยรวม ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลมากกว่าครึ่งได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว โดยร่วมกันดูแล/ผลัดเปลี่ยนกัน ซึ่งการที่ญาติผู้ดูแลหลักมีผู้ให้การช่วยเหลือในการดูแลอาจช่วยแบ่งเบา และลดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล อีกทั้ง กิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างทำเหมือนเดิมในแต่ละวัน และกระทำต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลจึงสามารถวางแผนการทำงานได้ และมีความเคยชินกับกิจกรรมการดูแลที่ได้ทำ และมีการพัฒนาทักษะในการดูแล ทำให้ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากการดูแลโดยตรง และความเครียดโดยรวม ไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

รางวัลจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.41$, $p < .01$) แต่รางวัลจากการดูแลไม่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจมีสาเหตุจากตัวแปรต้นที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กันเองในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดจากภาระเศรษฐกิจและความพร้อมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($r = -.55$, $p < .01$, $r = -.52$, $p < .01$ ตามลำดับ) มากกว่ารางวัลจากการดูแล ($r = -.41$, $p < .01$) เมื่อนำตัวแปรต้นทั้งหมดเข้าสมการถดถอย จึงทำให้อิทธิพลของรางวัลจากการดูแลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลลดลง ดังนั้นรางวัลจากการดูแล จึงไม่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล แม้จะมีความสัมพันธ์ก็ตาม

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบว่า ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ และความพร้อมของผู้ดูแล สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรมีการประเมินภาระของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระยะ เพื่อช่วยในการวางแผนช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ จัดหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครัวเรือน รวมทั้งควรประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลือ ในด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลทางด้านต่างๆ เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลในระดับสูง และความเครียดจากภาระทางด้านเศรษฐกิจน้อย จะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

ด้านการวิจัย

สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล หรือพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรม ที่ช่วยลดความเครียดจากภาระทางด้านเศรษฐกิจที่เหมาะสมกับผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เพื่อให้การดูแลเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2020 [Internet]. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2021 [cited 2021 Sep 25]. Available from: <http://thaitgri.org/?wpdmpo>. (in Thai).



2. National Health Security Office (NHSO). Manual management support long-term health care service system for the elderly with dependence on the national health insurance system. Bangkok: National Health Security Office; 2016. 86 p. (in Thai).
3. Sasat S. Gerontological nursing: common problems and caring guideline. 4th ed. Bangkok: CU Print; 2020. 332 p. (in Thai).
4. de Oliveira AMS, Pedreira LC. Being elderly with functional dependence and their family caregivers. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25 Special 1: 143-9. doi: 10.1590/S0103-21002012000800022.
5. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrung K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Bangkok: Health Systems Research and Development Institute, Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, Policy and Strategy Division, Ministry of Public Health; 2013. 198 p. (in Thai).
6. Kim D. Relationships between caregiving stress, depression, and self-esteem in family caregivers of adults with a disability. *Occup Ther Int*. 2017; 2017:1686143. doi: 10.1155/2017/1686143.
7. Arican B, Guney M, Akbal N, Demiral BH, Nadir A, Kokar IK, et al. Determining depression level of caregivers providing home healthcare services. *North Clin Istanb*. 2016;3(2):118-23. doi: 10.14744/nci.2016.65487.
8. Del-Pino-Casado R, Palomino-Moral PA, Pastor-Bravo MDM, Frías-Osuna A. Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: a path analysis. *BMC Geriatrics*. 2017;17(1):274. doi: 10.1186/s12877-017-0667-1.
9. Chayawatto C. Depression in the caregivers of stroke patients. *Region 4-5 Medical Journal*. 2016; 35(1):14-27. (in Thai).
10. Hiransaroj B, Wirojratana V, Vongsirimas N, Senanarong V. Factors influencing depressive symptoms in caregivers of older adults with dementia. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2020;35(2):85-98. (in Thai).
11. Lamliangpon P. Anxiety-depression and quality of life in dementia caregivers. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2015;23(2):112-24. (in Thai).
12. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory [dissertation]. Portland, OR: Oregon Health & Science University; 2002. 262 p.
13. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Res Nurs Health*. 1990;13(6):375-84. doi: 10.1002/nur.4770130605.
14. Lotus Shyu Y-I, Yang C-T, Huang C-C, Kuo H-C, Chen S-T, Hsu W-C. Influences of mutuality, preparedness, and balance on caregivers of patients with dementia. *J Nurs Res*. 2010;18(3): 155-63. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181ed5845.



15. Archbold PG, Stewart BJ, Harvath TA, Lucus SA. New measures of concepts central to and understanding of a caregiving [unpublished manuscript]. Portland, OR: Oregon Health & Sciences University; 1986. 35 p.
16. Quinn C, Toms G. Influence of positive aspects of dementia caregiving on caregivers' well-being: a systematic review. *Gerontologist*. 2019; 59(5):e584-e96. doi: 10.1093/geront/gny168.
17. Henriksson A, Arestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: a correlational, cross-sectional study. *Palliat Med*. 2013;27(7):639-46. doi: 10.1177/0269216313486954.
18. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2017. 814 p.
19. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing*. 1994;23(2):97-101. doi: 10.1093/ageing/23.2.97.
20. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5): 594-600. doi: 10.1111/ggi.12318.
21. Kuptniratsaikul V, Pekuman P. The study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) in Thai people. *Siriraj Med J*. 1997;49(5):442-8. (in Thai).
22. Hamtanon P. Factors related to positive aspects in caregiving patients with dementia: a study with family caregivers. *The Southern Collage Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019;6(2):163-75. (in Thai).
23. Pakpakorn R, Kanchanatawan B, Charnnarong N. Prevalence and associated factors of depression in caregivers of patients with stroke at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2015;59(4):457-69. (in Thai).
24. Lee HS, Kim C. Factors affecting family caregivers' burden and depression in home-based long-term care service under the long-term care insurance system. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2018; 29(4):530-8. doi: 10.12799/jkachn.2018.29.4.530.



The Effects of Flipped Classroom with Jeopardy Game-based Learning on Nursing Students' Learning and In-Class Behaviors in a Fundamental Nursing Course

Nantakarn Maneejak, RN, PhD¹, Saowaluck Sukkapathanasrikul, RN, PhD¹, Wanrudee Chaoayachai, RN, MNS¹, Patsamon Khumtaveeporn, RN, MSc¹

Abstract

Purpose: To compare in-class behaviors scores, post-test scores and individual assignment scores between nursing students participating in the flipped classroom with asking questions and the flipped classroom with Jeopardy game during studying the Fundamental Nursing Course.

Design: Descriptive comparative study design via secondary data analysis.

Methods: The students in academic year 2018 were taught using the flipped classroom with asking questions and those in academic year 2019 using the flipped classroom with Jeopardy game. Systematic random sampling was conducted to obtain data of 20 students per group, a total of 40 students. Comparison of in-class behaviors scores, post-test scores and individual assignment scores between two groups were analyzed using Mann - Whitney U test.

Main findings: The in-class behaviors scores of the flipped classroom with Jeopardy game group were higher than that of the flipped classroom with asking questions group ($p < .05$). The post-test scores and the individual assignment scores of two groups did not differ.

Conclusion and recommendations: The teaching and learning of nursing in the flipped classroom with Jeopardy game helps students to learn through activities and social interactions resulting in better in-class behaviors. Both teaching and learning methods are encouraged to use in class rather than using merely lecture method. For further study, the retention of students' knowledge should also be assessed.

Keywords: flipped classroom, games-based learning, jeopardy, nursing students

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):105-119

Corresponding Author: Lecturer Nantakarn Maneejak, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: nantakarn.maj@mahidol.edu

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University

Received: 8 April 2022 / Revised: 1 May 2022 / Accepted: 5 May 2022



ผลการเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย ต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและพฤติกรรม ในชั้นเรียนรายวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล

นันทกานต์ มณีจักร, ประ.ด.¹ เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล, ประ.ด.¹ วรรณฤดี เขาว้อยชัย, พย.ม.¹ พัสมณท์ คุ่มทวีพร, วท.ม.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในชั้นเรียน คะแนนแบบทดสอบหลังเรียน และคะแนนแบบประเมินงานเดี่ยวของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายกับกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถามในรายวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ผล

วิธีดำเนินการวิจัย: นักศึกษาปีการศึกษา 2561 ได้รับการสอนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม และนักศึกษาปีการศึกษา 2562 แบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย เลือกตัวอย่างจากแต่ละกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลจากนักศึกษาในกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในชั้นเรียนของนักศึกษาแบบทดสอบหลังเรียน และคะแนนงานเดี่ยวของนักศึกษาสองกลุ่มด้วยสถิติการทดสอบแมนวิทนี ยู

ผลการวิจัย: กลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายมีคะแนนพฤติกรรมในชั้นเรียนมากกว่ากลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนแบบทดสอบหลังเรียนและคะแนนงานเดี่ยว ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ: การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการใช้เกมเปิดแผ่นป้ายเป็นสื่อช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลให้พฤติกรรมในชั้นเรียนดีขึ้น ควรนำการเรียนการสอนทั้งสองรูปแบบมาใช้ในชั้นเรียนแทนการบรรยายอย่างเดียว และการศึกษาในครั้งต่อไป ควรมีการประเมินความคงอยู่ของความรู้ของนักศึกษาด้วย

คำสำคัญ: ห้องเรียนกลับทาง การเรียนรู้ผ่านเกม เกมเปิดแผ่นป้าย นักศึกษาพยาบาล

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):105-119

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์นันทกานต์ มณีจักร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nantakam.maj@mahidol.edu

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 8 เมษายน 2565 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 1 พฤษภาคม 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 5 พฤษภาคม 2565



ความสำคัญของปัญหา

ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านเกม หรือ games-based learning เป็นลักษณะการเรียนรู้ที่ใช้เกมเป็นสื่อ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเกมช่วยดึงดูดความสนใจของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดความสุขไปพร้อมกับการเรียนรู้¹ Granic, Lobel และ Engels ได้กล่าวถึงประโยชน์ในการเล่นเกมที่ว่าการเล่นเกม ช่วยส่งเสริมกระบวนการทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) กระบวนการรับรู้ (cognitive) 2) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (motivation) 3) กระบวนการทางอารมณ์ (emotional) และ 4) การเข้าสังคม (social) ซึ่งช่วยส่งเสริมให้นำเกมเข้ามาใช้ในกระบวนการเรียนรู้ทำให้ผู้เรียนเกิดแรงกระตุ้นในการเรียน มีสมาธิจดจ่อต่อกิจกรรมในชั้นเรียน ส่งเสริมอารมณ์ในเชิงบวกและช่วยทำให้เกิดกระบวนการในการเรียนรู้แบบกลุ่มได้เป็นอย่างดี² การศึกษาพยาบาลในปัจจุบันได้มีการนำทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านเกมเข้ามาประยุกต์ใช้ในการสอนการพยาบาลอย่างแพร่หลาย อาทิ การเรียนการสอนในเรื่องการตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage)³ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)⁴ และการบรรเทาอาการ⁵ เป็นต้น โดยอยู่ในรูปแบบเกมที่หลากหลาย ได้แก่ ซีเรียสเกม (serious game) หรือซิมูเลชันเกม (simulation game) เกมที่สร้างสถานการณ์ เหตุการณ์จำลอง โลกเสมือนจริงขึ้นมาเพื่อให้ผู้เรียนทดลองแก้ปัญหาในรูปแบบต่างๆ เกมกระดาน (board game) เกมที่มีการวางตัวหมากบนกระดาน เพื่อเคลื่อนที่โดยเน้นความสามารถเชิงกลยุทธ์ ควบคู่กับความรู้และดวงเป็นส่วนประกอบ เกมการ์ด (card game) เกมที่ใช้การ์ดเป็นอุปกรณ์หลักโดยมักแทรกเนื้อหาบนการ์ดเพื่อส่งเสริมการเรียนการสอน และ

เกมคำถาม (quiz game) เกมที่ใช้การถามคำถามเข้ามาเป็นส่วนประกอบในการเรียนรู้⁶

ห้องเรียนกลับทาง (flipped classroom) เป็นการเรียนรู้แนวใหม่ในศตวรรษที่ 21 โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเนื้อหาที่ผู้สอนได้เตรียมไว้ให้ก่อนเข้าชั้นเรียน โดยผู้เรียนสามารถสืบค้นและศึกษาได้ทุกที่ตลอดเวลาผ่าน การอ่านและการฟัง ซึ่งช่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนจากการบรรยายในชั้นเรียน มุ่งเน้นการให้ผู้เรียนทำกิจกรรมในชั้นเรียนเป็นหลักโดยมีผู้สอนเป็นผู้คอยให้คำแนะนำ⁷ ฐานิตา ลิ้มวงศ์ และยุพภรณ์ แสงฤทธิ์ ได้กล่าวถึงประโยชน์ของห้องเรียนกลับทางว่า ช่วยให้ผู้เรียนสามารถศึกษาและทบทวนเนื้อหาได้ตามที่ต้องการ โดยสามารถศึกษาได้ทุกที่ ทุกเวลา ช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนผ่านการทำกิจกรรมในชั้นเรียน นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม (learning and innovation skills) ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี (information media and technology skill) และทักษะชีวิตและอาชีพ (life and career skills)⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเรียนแบบห้องเรียนกลับทางได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อการเรียนการสอนในหลากหลายสาขา โดยเฉพาะในด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิศวกรรมศาสตร์ และคณิตศาสตร์⁸⁻⁹ ในสาขาการพยาบาลได้มีการนำรูปแบบห้องเรียนกลับทางมาใช้ในการเรียนการสอนในหัวข้อสุขภาพประชากร โดย Simpson และ Richard ได้จัดทำสื่อการสอนประกอบการบรรยาย วิดีทัศน์ และบทความวิชาการเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียนนอกห้องเรียน และเผยแพร่เนื้อหาในรูปแบบออนไลน์ จากนั้นจึงจัดกิจกรรมที่กระตุ้นการเรียนรู้ในชั้นเรียน ประกอบด้วย



การวิเคราะห์กรณีศึกษา อภิปรายกลุ่มร่วมกัน และนำเสนอผลการศึกษาในชั้นเรียน ซึ่งจากการจัดการเรียนรู้ดังกล่าวสามารถบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ได้ตามที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ผู้เรียนยังสะท้อนว่าการเรียนรู้ด้วยวิธีดังกล่าวมีความยืดหยุ่น ทำให้สามารถบริหารจัดการเวลาในการศึกษาได้บรรยากาศภายในห้องเรียนสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ช่วยให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ทางทฤษฎีกับกรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมายได้ และสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น¹⁰

เกมเปิดแผ่นป้าย Jeopardy เป็นเกมที่มีต้นแบบมาจากเกม Jeopardy ซึ่งเป็นเกมเปิดแผ่นป้ายที่ได้รับความนิยมในรายการทางโทรทัศน์ ด้วยเพราะรูปแบบของเกมจึงทำให้ได้รับความนิยมทางการศึกษาทั้งทางการแพทย์และการพยาบาลเนื่องจากมีความน่าสนใจมากกว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยการบรรยายและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน¹¹ O'Leary และคณะ ได้นำเกมเปิดแผ่นป้าย Jeopardy มาใช้ในการเรียนการสอนรายวิชาสถิติศาสตร์และนรีเวชวิทยาในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 และเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ระหว่างการเรียนรู้ด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายกับการเรียนรู้ด้วยการบรรยาย พบว่านักศึกษาทั้งสองกลุ่มมีพัฒนาการในการเรียนรู้เกี่ยวกับการตั้งครุภัณฑ์นอกทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มเกมเปิดแผ่นป้ายมีคะแนนมากกว่ากลุ่มบรรยายในด้านการกระตุ้นปฏิสัมพันธ์ของอาจารย์และนักศึกษา (stimulating faculty/student interaction) ด้านการคงอยู่ของข้อมูลในการเรียนรู้ (retain information) และด้านความเพลิดเพลิน (enjoyment) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้นักศึกษาในกลุ่มเกมเปิดแผ่นป้ายยังสะท้อนว่าเกimdังกล่าวช่วยกระตุ้นความสนใจในการเรียนทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบระหว่างอาจารย์และนักศึกษา ทั้งยังทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นใน

การเรียนรู้¹² Aljezawi และ Albashtawy ได้ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในรายวิชา จัดการทางการพยาบาลและจริยธรรมทางการพยาบาล โดยเปรียบเทียบการเรียนรู้ด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย Jeopardy กับการบรรยายพบว่า นักศึกษากลุ่มเรียนรู้ด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายมีคะแนนหลังเรียน และคะแนนคงอยู่ของเนื้อหา (retention) มากกว่ากลุ่มบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ Bayer-Hummel ได้นำเกมเปิดแผ่นป้าย Jeopardy ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนสอบสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 พบว่าร้อยละ 70 ของนักศึกษาคิดว่าเกมเปิดแผ่นป้ายช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม และร้อยละ 87 ของนักศึกษาคิดว่าการเรียนรู้ด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย มีความสนุกช่วยกระตุ้นความคิดแบบเร็ว และช่วยให้มีสมาธิจดจ่อในเนื้อหาการเรียนรู้¹⁴ สะท้อนให้เห็นว่าเกมเปิดแผ่นป้าย Jeopardy มีประสิทธิภาพที่จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาโดยเฉพาะการเรียนรู้เป็นทีม

การศึกษาพยาบาลในระดับชั้นพรีคลินิก เป็นการศึกษาเนื้อหาขั้นต้นทางการพยาบาล นับได้ว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับนักศึกษาในการเรียนรู้ แม้ว่าการใช้ห้องเรียนกลับทางเข้ามาประกอบในการเรียนรู้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถบริหารจัดการเวลาในการศึกษาเนื้อหาและทบทวนเนื้อหาได้บ่อยเท่าที่ต้องการ แต่เนื้อหาบางส่วนผู้เรียนอาจยังไม่เข้าใจ แม้ว่าจะนำคำถามคำถามเข้ามาประยุกต์ใช้ในระหว่างการบรรยาย แต่จากการจัดกิจกรรมดังกล่าวในห้องเรียนที่ผ่านมา พบว่ามีเพียงนักศึกษาส่วนหนึ่งทำหน้าที่ตอบคำถามในชั้นเรียน อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้หาคำตอบแต่ไม่ตอบคำถามในชั้นเรียน และบางส่วนที่ไม่ค้นหาคำตอบและไม่ตอบคำถามในชั้นเรียน สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นอาจไม่สามารถกระตุ้นการทำงานเป็นทีมได้เท่าที่ควร ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการเรียนรู้



และความรู้ ความเข้าใจของนักศึกษาในเนื้อหาของหลักสูตร นอกจากนี้การทํากิจกรรมในชั้นเรียนที่เคร่งเครียดเกินไป อาจส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกกดดันในการเรียน และไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาได้อย่างถูกต้องครบถ้วน การนำการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับทางควบคู่กับการเรียนรู้ด้วยรูปแบบเกมอาจสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนุกสนาน ควบคู่ไปกับการเรียนรู้เนื้อหาใหม่และกระตุ้นการเรียนรู้ร่วมกันแบบทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้รับผิดชอบวิชาพยคร 218 ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จึงได้เริ่มปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนจากแบบห้องเรียนกลับทาง ด้วยการถามคำถาม มาเป็นการเรียนแบบห้องเรียนกลับทาง ด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายแก่นักศึกษาในปีการศึกษา 2562 โดยเริ่มในหัวข้อหลักการและวิธีการประเมินสัญญาณชีพ งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างการเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายกับการเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม โดยได้นำข้อมูลทุติยภูมิมาทำการศึกษาพฤติกรรมในชั้นเรียนของผู้เรียน คะแนนแบบทดสอบหลังเรียน การประเมินงานเดี่ยว เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชา ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในชั้นเรียน คะแนนแบบทดสอบหลังเรียน และคะแนนแบบประเมินงานเดี่ยวของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มห้องเรียนกลับทาง ด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายกับกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถามในรายวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมในชั้นเรียนของนักศึกษาในกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายมากกว่ากลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม
2. คะแนนแบบทดสอบหลังเรียนของนักศึกษาในกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายมากกว่ากลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม
3. คะแนนแบบประเมินงานเดี่ยวของนักศึกษาในกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายมากกว่ากลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) โดยใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (descriptive comparative study design) ข้อมูลปฐมภูมิเป็นข้อมูลคะแนนรวมและคะแนนรายพฤติกรรมของแบบประเมินพฤติกรรมในชั้นเรียนกลับทาง ผลคะแนนรวมของแบบทดสอบหลังเรียน และผลคะแนนรวมของแบบประเมินงานเดี่ยว ที่ได้มีการบันทึกไว้ภายหลังการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล หัวข้อ หลักการและวิธีการประเมินสัญญาณชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้นปีที่ 2 ประจำปีการศึกษา 2561 จำนวน 344 คน และปีการศึกษา 2562 จำนวน 213 คน ที่ศึกษาในรายวิชา พยคร 218 ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล ในหัวข้อ หลักการและวิธีการประเมินสัญญาณชีพ กลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power



analysis) ของ Cohen จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการสอนด้วยเกม Jeopardy เปรียบเทียบกับการสอนด้วยการบรรยาย¹³ พบว่ามีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .86 กำหนดค่ากำลังทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 ใช้สถิติ independent t-test และการทดสอบสมมติฐานแบบมีทิศทาง (one-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 36 คน ซึ่งเพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง¹⁵ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุด คือ 40 คน แบ่งเป็นคะแนนจากกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม และกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายกลุ่มละ 20 คน โดยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (systematic random sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลคะแนนจากกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 20 คน และกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 20 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1) **แบบประเมินพฤติกรรมในชั้นเรียนกลับทาง** พัฒนาโดยคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้เพื่อประกอบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา พยคร 218 ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล คะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งเป็นการประเมินพฤติกรรมในชั้นเรียน 5 ลักษณะ คือ 1) มีความรับผิดชอบ ตรงต่อเวลา รู้จักกาลเทศะ 2) เตรียมตัวศึกษาหาความรู้มาเป็นอย่างดี 3) มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ขณะทำกิจกรรม 4) ยอมรับความคิดเห็นของสมาชิกภายในกลุ่ม และ 5) มีความตั้งใจและกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมและติดตามผลงานที่

ได้กระทำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (rubric score) แบบ 4 ระดับ คือ ระดับ 4 คะแนน หมายถึง แสดงพฤติกรรมในชั้นเรียนได้ถูกต้อง และครบถ้วน เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยไม่ต้องการคำแนะนำ หรือต้องการเพียงเล็กน้อย ระดับ 3 คะแนน หมายถึง แสดงพฤติกรรมในชั้นเรียนได้ถูกต้อง และครบถ้วน เหมาะสมกับสถานการณ์เป็นส่วนใหญ่ ต้องการคำแนะนำเป็นครั้งคราว ระดับ 2 คะแนน หมายถึง แสดงพฤติกรรมในชั้นเรียนได้ถูกต้อง และครบถ้วนน้อยครั้ง ต้องการคำแนะนำค่อนข้างบ่อยครั้ง เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และระดับ 1 คะแนน หมายถึง แสดงพฤติกรรมในชั้นเรียนไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่มีความสม่ำเสมอ ต้องการคำแนะนำและการดูแลอย่างใกล้ชิดทุกครั้ง

2) **แบบทดสอบหลังเรียน เรื่อง หลักการและวิธีการประเมินสัญญาณชีพ** พัฒนาโดยคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้เพื่อประเมินความรู้หลังเรียน หัวข้อ หลักการและวิธีการประเมินสัญญาณชีพ รายวิชา พยคร 218 ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล คะแนนเต็ม 5 คะแนน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ หากตอบถูกคิดเป็น 1 คะแนน หากผิด 0 คะแนน

3) **แบบประเมินงานเดี่ยว เรื่อง การประเมินสัญญาณชีพ** พัฒนาโดยคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของนักศึกษาในการบันทึกสัญญาณชีพลงในแบบประเมินสัญญาณชีพ รายวิชา พยคร 218 ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล คะแนนเต็ม 15 คะแนน ประกอบด้วย การประเมิน 5 ด้าน คือ 1. การบันทึกอุณหภูมิ 2. การบันทึกชีพจร 3. การบันทึกอัตราการหายใจ 4. การบันทึกค่าความดันโลหิต และ 5. การบันทึก

ระดับความปวด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (rubric score) แบบ 4 ระดับ คือ ระดับ 3 คะแนน บันทึกและใช้สัญลักษณ์ถูกต้อง 4 ครั้ง ระดับ 2 คะแนน บันทึกและใช้สัญลักษณ์ถูกต้อง 3 ครั้ง ระดับ 1 คะแนน บันทึกและใช้สัญลักษณ์ถูกต้อง 2 ครั้ง ระดับ 0 คะแนน บันทึกและใช้สัญลักษณ์ถูกต้อง 1 ครั้ง หรือไม่ถูกต้อง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์หัตถิยาภูมิ โดยนำข้อมูลจริงจากผ่านแบบประเมินต่างๆ ที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนมาวิเคราะห์ การวัดตัวแปรการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้มีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง อย่างไรก็ตาม เนื้อหาในแบบประเมินที่ใช้จริงในการจัดการเรียนการสอนได้ผ่านการระดมสมองจากคณาจารย์ที่สอนโดยคำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนและหัวข้อในการประเมิน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการยกเว้นการรับรอง (research with exemption from IRB review) รหัสโครงการ IRB-NS 2022/37.0804 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เนื่องจากการวิจัยโดยใช้ข้อมูลหัตถิยาภูมิ ซึ่งข้อมูลที่นำมาใช้นั้นไม่สามารถสืบค้นถึงตัวตนของเจ้าของข้อมูลได้ โดยมีการลบข้อมูลที่บ่งชี้ตัวตนได้ออกหรือเป็นการทำรหัส ที่ผู้วิจัยจะไม่สามารถเข้าถึงรหัสที่จะเชื่อมโยงข้อมูลส่วนบุคคลได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตคณาบดีคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อใช้ข้อมูลหัตถิยาภูมิในรายวิชา เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการขอการยกเว้นการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เมื่อได้รับการยกเว้นการรับรอง จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล โดยข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ คะแนนพฤติกรรมในชั้นเรียนของนักศึกษา แบบทดสอบหลังเรียน และคะแนนงานเดี่ยวของนักศึกษา ในหัวข้อ หลักการและ

วิธีการประเมินสัญญาณชีพ ของรายวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล ที่จัดสอนในปีการศึกษา 2561 และ 2562 โดยข้อมูลของกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม ใช้ข้อมูลจากปีการศึกษา 2561 และข้อมูลของกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย ใช้ข้อมูลจากปีการศึกษา 2562 นักศึกษาทั้งสองปีการศึกษาจะได้รับมอบหมายให้ศึกษาเนื้อหาที่อาจารย์จัดเตรียมไว้ให้ในระบบอีเลิร์นนิ่ง ประกอบด้วย เอกสารประกอบการเรียน สไลด์นำเสนอ และวิดีโอ ก่อนเข้าเรียนเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นนักศึกษาจะเข้าร่วมกิจกรรมในห้องเรียนจำนวน 2 ชั่วโมง โดยนักศึกษาแต่ละปีการศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมภายในห้องเรียนแตกต่างกัน โดยนักศึกษาปีการศึกษา 2561 ได้รับการสอนหัวข้อนี้แบบห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมนักศึกษาถูกแบ่งออกเป็นกลุ่ม เฉลี่ยกลุ่มละ 20 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในรูปแบบการตอบคำถาม โดยอาจารย์ถามคำถามเป็นระยะในระหว่างบรรยายและเปิดโอกาสให้ตัวแทนกลุ่มยกมือตอบคำถามตามความสนใจ ซึ่งในระหว่างจัดกิจกรรมจะมีการบันทึกการตอบคำถามของแต่ละกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้ทุกกลุ่มมีส่วนร่วมในชั้นเรียน ในขณะที่นักศึกษาปีการศึกษา 2562 ได้รับการสอนหัวข้อนี้แบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย นักศึกษาถูกแบ่งออกเป็นกลุ่ม เฉลี่ยกลุ่มละ 20 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในรูปแบบเล่นเกมเปิดแผ่นป้าย โดยมีการชี้แจงกติกาในการเล่นให้นักศึกษาทราบก่อนการเล่น และมีการยกตัวอย่างประกอบเพื่อความเข้าใจ นักศึกษาทุกกลุ่มจะมีโอกาสในการเปิดแผ่นป้ายเพื่อตอบคำถามเท่าๆ กัน ซึ่งลักษณะคำถามเป็นคำถามเดียวกับกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม โดยกลุ่มที่มีโอกาสเปิดแผ่นป้ายจะสามารถเลือกเงินรางวัลที่ต้องการได้รับเป็นอันดับแรกซึ่งจะเรียงลำดับจากเงินรางวัลน้อยไปมากขึ้นอยู่กับความยากง่ายของหัวข้อนั้นๆ ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



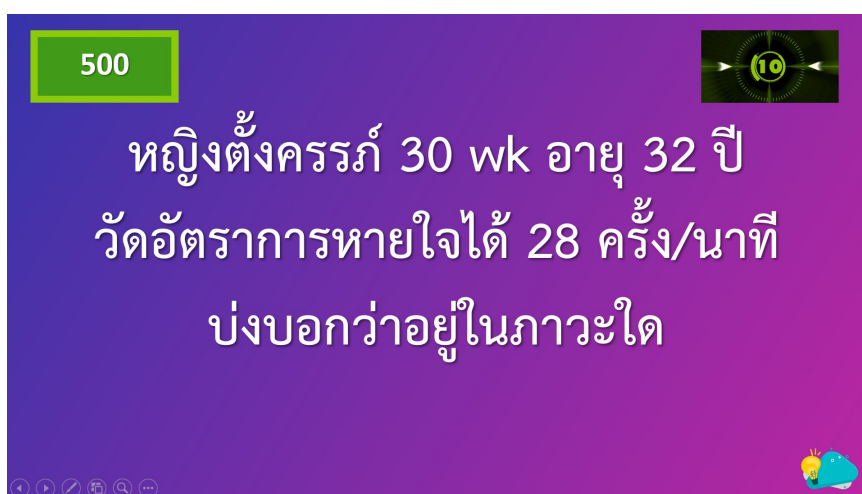
Temperature	Pulse	Respiration	Blood pressure	Pain score
100	100	100	100	100
200	200	200	200	200
300	300	300	300	300
400	400	400	400	400
500	500	500	500	500



รูปภาพที่ 1 เกมเปิดแผ่นป้าย (Jeopardy) แสดงหัวข้อและเงินรางวัล

หลังจากนั้นจึงเปิดข้อคำถามเพื่อให้นักศึกษาภายในกลุ่มช่วยกันตอบในระยะเวลา 10 วินาที ตามตัวอย่างในรูปภาพที่ 2 ในกรณีที่สามารถตอบได้นักศึกษาจะได้รับเงินรางวัลในรูปแบบฉบับตรปปลอมตามที่เลือกไว้ หากไม่สามารถตอบได้ในเวลาที่กำหนด

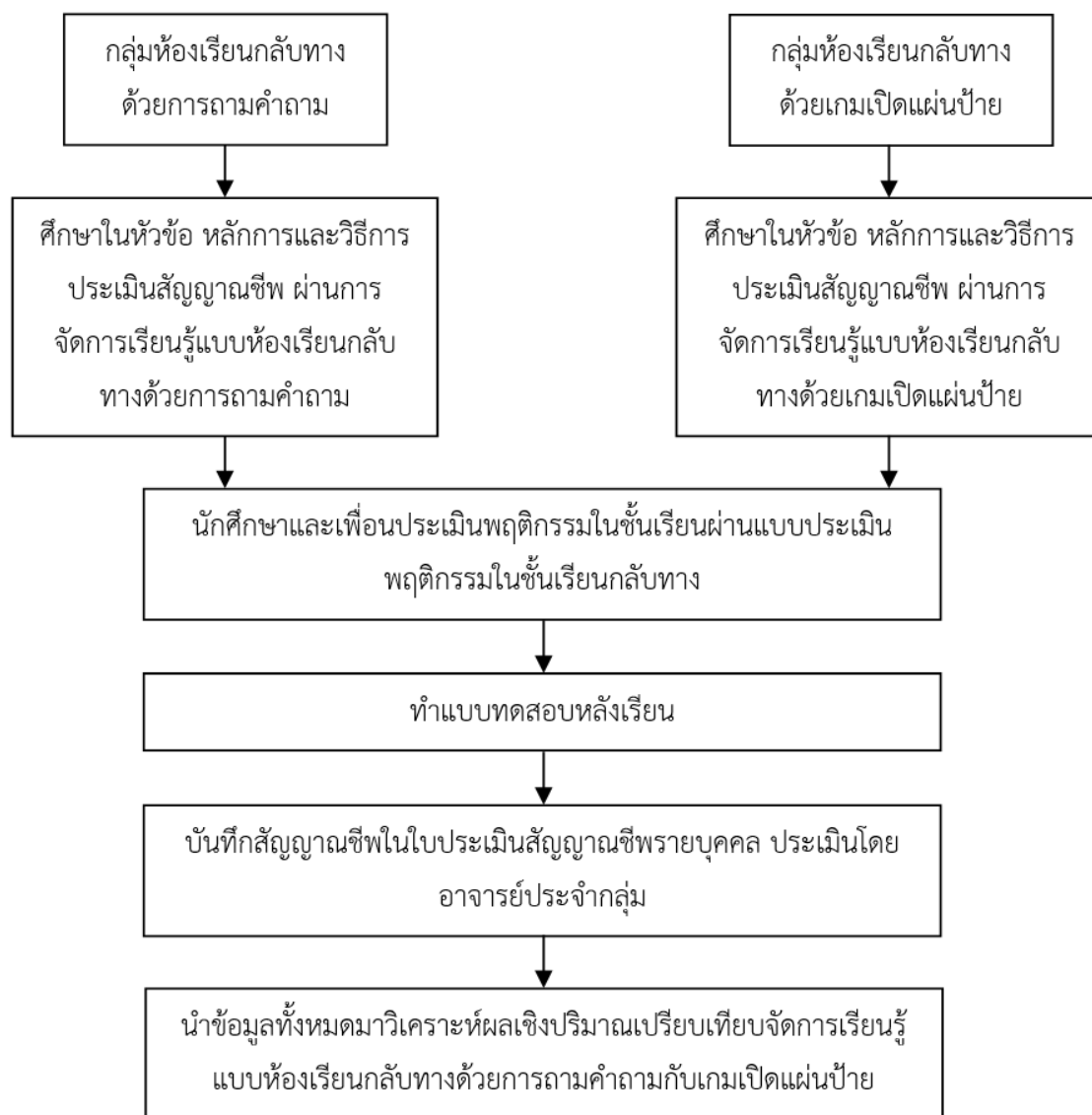
หรือตอบไม่ถูกต้อง นักศึกษาในกลุ่มอื่นมีสิทธิ์ในการชิงเงินรางวัลภายหลังการเล่นเกมนในแต่ละข้อ อาจารย์ผู้สอนจะอธิบายและให้ข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนเริ่มการเล่นเกมในรอบถัดไป



รูปภาพที่ 2 ตัวอย่างข้อคำถามในเกมเปิดแผ่นป้าย

เมื่อเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรม นักศึกษาทั้งสองกลุ่มจะต้องทำการประเมินพฤติกรรมในชั้นเรียน ทำแบบทดสอบและทำงานรายบุคคล ดังนี้ 1) ประเมินพฤติกรรมในชั้นเรียนกลับทางของนักศึกษาและเพื่อนทันทีหลังจบกิจกรรม ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวจะถูกประเมินโดยนักศึกษาและเพื่อนในกลุ่มเท่านั้น 2) ทำแบบทดสอบ

หลังเรียนในระบบออนไลน์รายบุคคลภายในเที่ยงคืนของวันที่ทำกิจกรรม และ 3) บันทึกสัญญาณชีพในใบประเมินสัญญาณชีพรายบุคคลและนำเสนออาจารย์ประจำกลุ่มภายในหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งนักศึกษาหนึ่งคนจะได้รับการประเมินจากอาจารย์ประจำกลุ่มเพียงคนเดียว ดังแสดงตามแผนผังที่ 1



แผนผังที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS (version 26) นำเสนอข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบ ค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ เมื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นข้อมูลจากนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561-2562 ศึกษาในรายวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาลจำนวน 40 คน โดยเป็นเพศหญิง 37 คน (ร้อยละ 92.5) และเพศชาย 3 คน (ร้อยละ 7.5)

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการเรียนในแต่ละกลุ่ม พบว่านักศึกษาในกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายมีคะแนนพฤติกรรมในชั้นเรียนมากกว่า



นักศึกษาในกลุ่มห้องเรียนแบบกลับทางด้วยการถามคำถาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 98, p < .01$) นั่นคือ สมมุติฐานข้อแรกได้รับการสนับสนุน

และจากการประเมินทำแบบทดสอบหลังเรียน พบว่า นักศึกษาในกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายและ กลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม มีคะแนน แบบทดสอบหลังเรียนไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($p > .05$) และเช่นเดียวกัน จากการประเมินงานเดี่ยว

พบว่านักศึกษาในกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย และกลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถาม มีคะแนนการ ประเมินงานเดี่ยวไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1 นั่นคือ สมมุติฐานข้อที่สอง และสามที่คาดว่ากลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการเปิดแผ่น ป้ายนั้นจะมีคะแนนแบบทดสอบหลังเรียนและแบบประเมิน งานเดี่ยวมากกว่ากลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วยการถาม คำถามนั้น ไม่ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการเรียนรู้ของนักศึกษาแบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย กับแบบห้องเรียนกลับ ทางด้วยการถามคำถาม ($N = 40$)

รายการ	กลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วย การถามคำถาม		กลุ่มห้องเรียนกลับทางด้วย เกมเปิดแผ่นป้าย		U	p-value
	Median (IQR)	Mean Rank	Median (IQR)	Mean Rank		
พฤติกรรมในชั้นเรียน	18.00 (1.00)	15.40	19.50 (1.00)	25.60	98	.002
แบบทดสอบหลังเรียน	4.00 (1.75)	18.15	4.50 (1.75)	22.85	153	.090
แบบประเมินงานเดี่ยว	9.00 (1.00)	18.05	9.33 (0.67)	22.95	151	.082

การอภิปรายผล

ทฤษฎีวัฒนธรรมทางสังคมของไวโกตสกี (Vygotsky's sociocultural theory) เชื่อว่า การเรียนรู้ ของมนุษย์เป็นกระบวนการทางสังคม อันเป็นจุดเริ่มต้น ของเชาวน์ปัญญาของมนุษย์ โดยแบ่งการพัฒนาเชาวน์ ปัญญาออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) เชาวน์ปัญญาขั้นต้น (elementary mental process) เป็นการพัฒนาเชาวน์ ปัญญาในระดับบุคคล เกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง เปรียบเสมือนการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับทางที่นักศึกษา เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเนื้อหาที่อาจารย์มีไว้ให้ในรูปแบบ ออนไลน์ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ เอกสารประกอบการเรียน สไลด์นำเสนอ และวิดีโอเพื่อการศึกษาค้นคว้าต่างๆ หลังจากนั้นจึงเข้าห้องเรียนเพื่อทำกิจกรรมการเรียนรู้

ในระดับถัดไป คือ ระดับที่ 2) เชาวน์ปัญญาขั้นสูง (higher mental process) ซึ่งเป็นการพัฒนาเชาวน์ปัญญาอันเกิด จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ทั้งในระหว่าง นักศึกษากับเพื่อนนักศึกษา หรือนักศึกษากับอาจารย์ เพื่อช่วยให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ¹⁶ ที่ในงานวิจัยนี้ได้จัดกิจกรรมแบบกลุ่ม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Foldnes ซึ่งได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพในการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับทาง เปรียบเทียบกับห้องเรียนบรรยาย พบว่า ประสิทธิภาพในการ เรียนรู้ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อนำรูปแบบ จัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) มาใช้ ร่วมกับการจัดห้องเรียนแบบกลับทาง พบว่า นักศึกษา มีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ดีกว่าแบบห้องเรียนบรรยาย



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ ซึ่งให้เห็นว่าการเรียนแบบห้องเรียนกลับทางจำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้แบบร่วมมือเข้ามาประกอบในการจัดกิจกรรมจึงจะทำให้เกิดประสิทธิผลในการเรียนรู้ เช่นเดียวกับความคิดเห็นของ Long, Cummins และ Waugh¹⁸ และความคิดเห็นของ Spector และ Leard¹⁹ ที่กล่าวว่า ควรใช้การเรียนแบบร่วมมือ (cooperative learning) ในห้องเรียนกลับทางเพื่อให้นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม เกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการตอบคำถาม และการแข่งขันด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย

จากผลการศึกษาพบว่า ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ การเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายมีผล การเรียนรู้ดีกว่าการเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยแบบ ประเมินที่ใช้ในการวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ในชั้นเรียนในการวิจัยครั้งนี้ ได้ประเมินพฤติกรรมในชั้นเรียนของ นักศึกษาครอบคลุม 5 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) มีความ รับผิดชอบ ตรงต่อเวลา รู้จักกาลเทศะ 2) เตรียมตัวศึกษา หาความรู้มาเป็นอย่างดี 3) มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ขณะทำกิจกรรม 4) ยอมรับความคิดเห็นของสมาชิกภายในกลุ่ม และ 5) มีความตั้งใจและ กระตือรือร้นในการทำกิจกรรมและติดตามผลงานที่ได้กระทำ สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนแบบ ห้องเรียนกลับทางควบคู่กับการจัดกิจกรรมในชั้นเรียน รูปแบบทีมด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายนั้นช่วยให้พฤติกรรม การเรียนรู้ในชั้นเรียนของนักศึกษามีประสิทธิผลมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nouri ที่นักศึกษาหลายคนรับรู้ ว่าต้องรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้นในการเรียนแบบ ห้องเรียนกลับทาง เนื่องจากต้องอ่านเนื้อหาและเตรียม ความพร้อมก่อนการทำกิจกรรมในชั้นเรียน²⁰ งานวิจัยของ

Jo, Jun และ Lim ที่นำเกมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการเรียน ห้องเรียนกลับทางและการเรียนแบบร่วมมือ พบว่า เกมที่มี การจัดอันดับจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการ แข่งขันและความสนใจของนักเรียนได้อย่างชัดเจน²¹ ซึ่งให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนห้องเรียนกลับทางด้วย เกมเปิดแผ่นป้ายกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการแข่งขันระหว่าง กลุ่มในการเปิดแผ่นป้ายเพื่อตอบคำถาม การจัดอันดับ ระหว่างกลุ่มที่มีรายได้เงินรางวัลจากการตอบคำถามสูงสุด และการแข่งขันระหว่างกลุ่มสำรองที่ต้องการชิงเงินรางวัล ในการตอบคำถามนั้น ช่วยทำให้นักศึกษาเกิดความสนใจ ในการเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ขณะ ทำกิจกรรมมากขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยของ Stelzer และ Coll-Reilly พบว่า การทำกิจกรรมแบบทีมมีประสิทธิผล ดีกว่าการทำกิจกรรมแบบรายบุคคล เนื่องจากการทำ กิจกรรมแบบรายบุคคล นักศึกษาทุกคนจะต้องสามารถ ทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมด แต่หากนำกิจกรรมแบบ ทีมมาใช้ก็จะช่วยให้บุคคลที่มีความไม่เชี่ยวชาญในเนื้อหา บางเรื่องได้รับประโยชน์มากกว่า²² เช่นเดียวกับ งานวิจัย ของ ชนิดาภา ขอสุข, สุภาพักตร์ หาญกล้า และวรนุช ไชยวาน ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบร่วมมือโดยใช้วิธีการ แข่งขันทีมเกมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาความรู้ รวบรวมยอดทางการพยาบาลมารดาและทารกของนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 4 พบว่า การจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ โดยใช้วิธีการแข่งขันทีมเกมทำให้สมาชิกในทีมทุกคนมี ความกระตือรือร้นในการเรียนรู้มากขึ้นและแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ทีมตนเองสามารถทำคะแนน ได้ไม่น้อยกว่าทีมอื่นๆ²³

ผลการศึกษาในส่วนของการคะแนนแบบทดสอบหลัง เรียน พบว่า ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียน การสอนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถามและ



แบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย จากการทบทวนงานวิจัยของ Devi ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการเรียนแบบถามคำถามและการเรียนแบบบรรยายในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชนของนักศึกษาแพทย์ พบว่า จากแบบทดสอบหลังเรียน นักศึกษากลุ่มที่เรียนด้วยการถามคำถามมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากแบบทดสอบก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนแบบทดสอบหลังเรียนของการเรียนแบบถามคำถามมีคะแนนมากกว่าการเรียนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁴ และงานวิจัยของ Aljezawi และ Albashtawy ที่พบว่า การศึกษาด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายมีประสิทธิภาพผลมากกว่าการเรียนด้วยการบรรยาย และเมื่อประเมินความคงอยู่ของเนื้อหา (retention) ยังพบว่าการศึกษาด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายช่วยให้ความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนยังคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยของ Devi²⁴ และงานวิจัยของ Aljezawi และ Albashtawy¹³ แสดงให้เห็นว่า การเรียนแบบถามคำถามและการเรียนแบบเกมเปิดแผ่นป้ายช่วยให้นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์มากกว่าการเรียนแบบบรรยาย จากงานวิจัยทั้งสองเรื่องได้สนับสนุนข้อดีของการเรียนแบบถามคำถามและการเรียนแบบเกมเปิดแผ่นป้ายในเรื่องของการกระตุ้นความคิดและความร่วมมือในการทำกิจกรรมการเรียนรู้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับตนเองในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การเรียนทั้งสองแบบทำให้นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์หรือคะแนนจากแบบทดสอบหลังเรียนไม่แตกต่างกัน เป็นการสนับสนุนว่าวิธีการเรียนการสอนทั้งสองแบบเป็นวิธีการที่ดีทั้งคู่ ช่วยให้นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ไม่แตกต่างกัน ส่วนในเรื่องของการนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนนั้น จะใช้วิธีใดจึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของลักษณะเนื้อหาวิชา หรือบริบทการจัดการเรียนการสอน เป็นต้น ยกตัวอย่างเช่น ในสถานการณ์

การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา COVID-19 ซึ่งจำเป็นต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ หากเลือกใช้การจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถามเพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดกระบวนการคิด และได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ก็น่าจะเหมาะสมกว่าการจัดการเรียนการสอนแบบเกมเปิดแผ่นป้ายซึ่งอาจเหมาะกับการจัดการเรียนการสอนแบบในพื้นที่ (on-site) เนื่องจากนักศึกษาสามารถทำกิจกรรมแบบกลุ่มได้ง่ายและมีประสิทธิภาพกว่าการเรียนด้วยการถามคำถาม

ผลการศึกษาในส่วนของคะแนนแบบประเมินงานเดี่ยว พบว่า ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถามและแบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้าย แม้ว่าสมมติฐานจะไม่ได้รับการสนับสนุน อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการทำงานที่ได้รับมอบหมายทำให้นักศึกษามีสติ มีความรู้ ความเข้าใจ และมุ่งมั่นผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของเนื้อหา มากกว่าการเรียนรู้จากการบรรยาย²⁵ และมีรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพยาบาล ระบุว่า การนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการเล่นเกมเป็นวิธีแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาและให้โอกาสในการปรับปรุงงานที่ได้รับมอบหมายเพื่อให้ได้เกรดที่ดีขึ้น²⁶ ในขณะที่ยานวิจัยของ Warburton และ Volet กล่าวว่า การถามคำถามในระหว่างการทำงานที่ได้รับมอบหมายทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากกว่าการสรุปเนื้อหาจากการบรรยายเพียงอย่างเดียว²⁵ จากหลักฐานดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การเรียนแบบถามคำถามและการเรียนแบบเกมเปิดแผ่นป้ายช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา และทำให้นักศึกษามีความสามารถในการทำงานที่ได้รับมอบหมายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเมื่อเทียบกับการเรียนแบบบรรยาย



เป็นการสนับสนุนว่าทั้งการเรียนแบบการถามคำถามและการเรียนแบบเกมเปิดแผ่นป้ายว่ามีจุดเด่นที่สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และแสดงผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพผ่านงานที่นักศึกษาได้รับมอบหมาย นั่นคือการจัดการเรียนการสอนทั้งสองรูปแบบมีข้อดีไม่แตกต่างกัน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ตามบริบทของเนื้อหาในการศึกษา ยกตัวอย่างเช่น การเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถามน่าจะเหมาะสมกับเนื้อหาที่มีการใช้กรณีศึกษาทางการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดและแสดงผลลัพธ์การเรียนรู้ ผ่านการสืบค้น การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และกำหนดกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสมกับกรณีศึกษาที่ได้รับ ในขณะที่การเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายน่าจะเหมาะกับเนื้อหาใหม่ที่ยังไม่คุ้นเคยเพื่อจะได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจผ่านการเล่นเกมนำไปสู่การฝึกคิดค้นกับการทำความเข้าใจเนื้อหาใหม่ เกิดความรู้สึกรักอยากเรียนรู้ และแสดงผลลัพธ์การเรียนรู้ผ่านงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์แบบห้องเรียนกลับทางด้วยการใช้เกมเปิดแผ่นป้ายเป็นสื่อช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมในชั้นเรียนได้เป็นอย่างดี เกิดการเรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างนักศึกษา และระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ผู้สอน โดยมีการจัดเตรียมเนื้อหาเพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสศึกษาก่อนล่วงหน้าตามความสะดวกของนักศึกษาอย่างเหมาะสม ทำให้นักศึกษามีความตั้งใจและกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม รวมถึงมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

ในการทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม แม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่าการเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการใช้เกมเปิดแผ่นป้ายและการเรียนแบบห้องเรียนกลับทางด้วยการถามคำถาม ไม่ได้ทำให้นักศึกษามีคะแนนการทบทวนทดสอบและคะแนนงานเดี่ยวที่นักศึกษาได้รับมอบหมายแตกต่างกัน แต่ก็อาจมองได้ว่าผลการศึกษาได้สนับสนุนว่าการเรียนทั้งสองแบบมีข้อดีทั้งคู่และควรได้รับการสนับสนุนให้นำไปใช้ในทางปฏิบัติตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในด้านการศึกษาพยาบาล

1. การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลายมากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว โดยสามารถเลือกจัดกิจกรรมแบบการถามคำถามหรือการเล่นเกมเปิดแผ่นป้ายตามบริบทของเนื้อหาในรายวิชาหรือสถานการณ์ในการจัดการเรียนการสอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบเล่นเกมจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการประเมินความคงอยู่ของความรู้ของนักศึกษาภายหลังจากการศึกษา 1 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ เพื่อประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมการเรียนการสอนที่นักศึกษาได้เรียนรู้

References

1. Jan M, Gaydos M. What is game-based learning? past, present, and future [Internet]. Educational Technology Publications: Englewood Cliffs, NJ; 2016 [cited 2022 Apr 1] Available from: <http://www.jstor.org/stable/44430486>.
2. Granic I, Lobel A, Engels RCME. The benefits of playing video games. *Am Psychol*. 2014;69(1):66-78. doi: 10.1037/a0034857.



3. Zehler A, Musallam E. Game-based learning and nursing students' clinical judgment in postpartum hemorrhage: a pilot study. *J Nurs Educ*. 2021;60(3):159-64. doi: 10.3928/01484834-20210222-07.
4. Johnsen HM, Fossum M, Vivekananda-Schmidt P, Fruhling A, Slettebø Å. Teaching clinical reasoning and decision-making skills to nursing students: design, development, and usability evaluation of a serious game. *Int J Med Inform*. 2016;94:39-48. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.06.014.
5. Ma D, Shi Y, Zhang G, Zhang J. Does theme game-based teaching promote better learning about disaster nursing than scenario simulation: a randomized controlled trial. *Nurse Educ Today*. 2021;103:104923. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104923.
6. Xu Y, Lau Y, Cheng LJ, Lau ST. Learning experiences of game-based educational intervention in nursing students: a systematic mixed-studies review. *Nurse Educ Today*. 2021;107:105139. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105139.
7. Limvong T, Saengri Y. Flipped classroom: new learning for 21st century skills. *Mahidol R2R e-Journal*. 2019;6(2):9-17. doi: 10.14456/jmu.2019.10. (in Thai).
8. Hew KF, Lo CH. Flipped classroom improves student learning in health professions education: a meta-analysis. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):38. doi: 10.1186/s12909-018-1144-z.
9. Roehling PV, Luna LR, Richie FJ, Shaughnessy JJ. The benefits, drawbacks, and challenges of using the flipped classroom in an introduction to psychology course. *Teach Psychol*. 2017;44(3):183-92. doi: 10.1177/0098628317711282.
10. Simpson V, Richards E. Flipping the classroom to teach population health: increasing the relevance. *Nurse Educ Pract*. 2015;15(3):162-7. doi: 10.1016/j.nepr.2014.12.001.
11. Jirasevijinda T, Brown LC. Jeopardy! an innovative approach to teach psychosocial aspects of pediatrics. *Patient Educ Couns*. 2010;80:333-6. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.002.
12. O'Leary S, Diepenhorst L, Churley-Strom R, Magrane D. Educational games in an obstetrics and gynecology core curriculum. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(5):1848-51. doi: 10.1016/j.ajog.2005.07.059.
13. Aljezawi M, Albashtawy M. Quiz game teaching format versus didactic lectures. *Br J Nurs*. 2015; 24(2):86-92. doi: 10.12968/bjon.2015.24.2.86.
14. Bayer-Hummel T. The effects of jeopardy as a test preparation strategy for nursing students. *Teach Learn Nurs*. 2010;5:12-5. doi: 10.1016/j.teln.2009.05.002.
15. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin University Journal*. 2013;16(2):9-18. (in Thai).
16. Buakhieo S. How can scaffolding support learning development? *Journal of Humanities and Social Sciences Review*. 2016;18(1):1-15. (in Thai).
17. Foldnes N. The flipped classroom and cooperative learning: evidence from a randomized experiment. *Act Learn High Educ*. 2016;17(1):39-49. doi: 10.1177/1469787415616726.



18. Long T, Cummins J, Waugh M. Use of the flipped classroom instructional model in higher education: instructors' perspectives. *J Comput High Educ.* 2017;29:179–200. doi: 10.1007/s12528-016-9119-8.
19. Spector BS, Leard C. Community engagement model for course and program development. Paper presented at: Global Conference on Education and Research; 2017 May 22-25; Sarasota, FL, USA.
20. Nouri J. The flipped classroom: for active, effective and increased learning - especially for low achievers. *Int J Educ Technol High Educ.* 2016;13(33):1-10. doi: 10.1186/s41239-016-0032-z.
21. Jo J, Jun H, Lim H. A comparative study on gamification of the flipped classroom in engineering education to enhance the effects of learning. *Comput Appl Eng Educ.* 2018;26(5): 1626-40. doi: 10.1002/cae.21992.
22. Stelzer L, Coll-Reilly J. Collaborative team testing to support individual learning: can teamwork motivate learning? *Contemp Issues Educ Res (Littleton).* 2010;3(12):7-16. doi: 10.19030/cier.v3i12.918.
23. Khorsuk C, Harnklar S, Chaiwan W. The effect of cooperative learning by using teams-games-tournament method on achievement in maternal and newborn nursing comprehension subject of 4th grade nurse students. Paper presented at: Academic and Annual Conferences 2019; 2019 September 5-6; Sima Thani Hotel, Nakhon Ratchasima, Thailand. (in Thai).
24. Devi K. Comparison of quiz vs lecture method in teaching community medicine to under graduate medical students. *Natl J Res Community Med.* 2017;6(3):200-5.
25. Warburton N, Volet S. Enhancing self-directed learning through a content quiz group learning assignment. *Active Learn High Educ.* 2013;14(1): 9-22. doi: 10.1177/1469787412467126.
26. Murad SS. Brain involvement in the use of games in nursing education. *J Nurs Educ Pract.* 2017;7(6):90-4. doi: 10.5430/jnep.v7n6p90.



Factors Predicting Mothers' Self-efficacy in Providing Home Care for Children with Pneumonia in Yangon, Myanmar*

Myat Pann Nu Naing, MNS¹, Sudaporn Payakkaraung, RN, PhD¹, Wanida Sanasuttipun, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To examine the predictability of maternal age, maternal education, family income, maternal knowledge, and social support on mothers' self-efficacy in providing home care for children with pneumonia.

Design: A predictive correlational study.

Methods: A convenience sampling was used to recruit 124 mothers of children under five years old with pneumonia from two Children Hospitals in Yangon, Myanmar. Data were collected using 1) Socio-Demographic Questionnaire, 2) Mothers' Knowledge Questionnaire, 3) the Multidimensional Scale of Perceived Social Support Questionnaire, and 4) the Perceived Self-efficacy of Caregivers in Caring for Children with Pneumonia at Home Questionnaire. Descriptive statistics, Pearson product-moment correlation coefficient, and multiple linear regression were used for data analysis.

Main findings: The study results showed that all factors could account for 72.9% of the variance explained in the mothers' self-efficacy for home care ($R^2 = .73$). The three predictive factors of mothers' self-efficacy were maternal education ($\beta = .64, p < .001$), maternal age ($\beta = .25, p < .001$), and maternal knowledge ($\beta = .13, p = .034$).

Conclusion and recommendations: The mothers' self-efficacy in providing home care for children with pneumonia could be predicted by maternal age, maternal education, and maternal knowledge. Therefore, health care professionals should pay more attention to younger and low educated mothers, and provide knowledge about pneumonia and caring for children with pneumonia for promoting mothers' self-efficacy in providing home care to enhance the quality of care for the children with pneumonia.

Keywords: children, mothers, Myanmar, pneumonia, self-efficacy

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):120-134

Corresponding Author: Associate Professor Sudaporn Payakkaraung, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: sudaporn.pay@mahidol.ac.th

** Master's thesis, Master Program in Nursing Science (International Program), Faculty of Nursing, Mahidol University; and this research is funded by Mahidol-Norwegian Scholarship for Capacity Building Initiative for Myanmar 2 (CBIM-2) Program*

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 18 May 2021 / Revised: 11 July 2021 / Accepted: 29 July 2021



ปัจจัยทำนายสมรรถนะของตนเองของมารดา ในการให้การดูแลที่บ้านแก่เด็กโรคปอดอักเสบ ในเมืองย่างกุ้ง ประเทศพม่า*

เมียด แพน นู เนียง, พย.ม.¹ สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, ปร.ด.¹ วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของอายุของมารดา การศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว ความรู้ของมารดา และการสนับสนุนทางสังคม ต่อสมรรถนะของตนเองของมารดาในการให้การดูแลที่บ้านแก่เด็กโรคปอดอักเสบ

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: คัดเลือกตัวอย่างแบบสะดวก ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาจำนวน 124 คนที่มีบุตรโรคปอดอักเสบ อายุต่ำกว่า 5 ปี และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็ก 2 แห่งในเมืองย่างกุ้ง ประเทศพม่า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความรู้ของมารดา 3) แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ดูแลในการให้การดูแลที่บ้านแก่เด็กโรคปอดอักเสบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะของตนเองของมารดา ในการให้การดูแลที่บ้านแก่เด็กโรคปอดอักเสบได้ร้อยละ 72.9 ($R^2 = .73$) โดยพบว่า 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายสมรรถนะของตนเองของมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษาของมารดา ($\beta = .64, p < .001$), อายุของมารดา ($\beta = .25, p < .001$), และความรู้ของมารดา ($\beta = .13, p = .034$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: สมรรถนะของตนเองของมารดาต่อการให้การดูแลที่บ้านแก่เด็กโรคปอดอักเสบ สามารถทำนายด้วยอายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา และความรู้ของมารดา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับมารดาที่อายุน้อย มีระดับการศึกษาน้อย และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของตนเองแก่มารดาในการดูแลเด็กที่บ้าน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบต่อไป

คำสำคัญ: เด็ก มารดา ประเทศเมียนมาร์ โรคปอดอักเสบ สมรรถนะของตนเอง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):120-134

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: sudaporn.pay@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับทุนสนับสนุนจากทุนมหิดล-นอร์เวย์เพื่อโครงการเสริมสร้างศักยภาพในเมียนมาร์ (ระยะที่ 2)

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 18 พฤษภาคม / 2564 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 11 กรกฎาคม / 2564 วันที่ตอบรับบทความ: 29 กรกฎาคม 2564



Background and Significance

Pneumonia is a common childhood respiratory disease associated with mortality in children around the world, especially in children under the age of five.¹ Annually, the new cases of childhood pneumonia in the South East Asia region were nearly 61 million.² In Myanmar, pneumonia is included in the top five leading causes of mortality for children under the age of five years around the country;³ and 15% of the mortality among children under five years were due to pneumonia in 2017.¹ Additionally, pneumonia is one of the major causes of hospitalization in the two tertiary children hospitals in Yangon, Myanmar. Based on those hospitals' statistics, more than 2,500 Myanmar children with pneumonia were admitted to the hospitals, and out of these, 83 children died in the year 2017.⁴⁻⁵

Children with pneumonia are commonly treated in hospital for three to five days. While the children are hospitalized with pneumonia, they are generally treated with oxygen therapy, medication, suction, and provided with supportive care at the children hospitals in Yangon. The health care providers provide both medical treatments to reduce the severity of the disease and health care to the children to obtain the optimal health. Nurses are responsible for caring children with pneumonia, and providing health education of continuing care for children to the mothers during the children's hospitalization. The preparation for hospital discharge

and home care begins during admission phase and it is also concerned with treatments that children are expected to continue at home.⁶ All Myanmar health care personnel also carry out appropriate teaching of home care for children with pneumonia to the mothers before discharge; such as the mothers' observation about care behaviors, participation of the mothers in caring procedures with assistance, performing care activities for the children with or without help, and returning demonstration of caring practice for children with pneumonia. Moreover, the nurses provide detailed written instructions about home care to the mothers before they leave the hospitals. If the children's conditions are found to be better, they will be discharged for continuing care at home. Afterwards, the mothers need to take care of their children at home. Home care and antibiotics therapy at home are essential components for treating pneumonia in children which must be provided effectively in order to recover from complications, and inhibit recurrent pneumonia.⁷ Children with respiratory tract infections are generally irritable and difficult to comfort, and thus, home care is required for all of these children. Home care for children with pneumonia particularly includes providing comfort measures, administering the medication, providing a proper and healthy diet, preventing infections, and observing the children's conditions.⁸



In Myanmar, the mothers tend to be primary caregivers of the children as they usually spend more time and have responsibility for their child's care in the family; thus, mothers play a vital role in caring for children with pneumonia at home. However, not all mothers have equally competence of the child's care; some may be under emotional stress and others may feel anxious in giving care activities to the children.⁶ Moreover, a study of acute respiratory infections in children found that Myanmar mothers had less skill of practice in providing home care for children under five years with acute respiratory infections.⁹

Evidences revealed that mother's self-efficacy was an important factor in providing home care for children with pneumonia.¹⁰⁻¹² Self-efficacy is an individual's belief in his/her ability to organize the behaviors required for task accomplishment.¹³ Moreover, a strong self-efficacy can lead to effective behaviors,¹³ and the mothers who had confidence in their abilities were more active in providing health care and positive care behaviors for their children.¹⁴ Previous studies in Thailand and Vietnam found that the mothers' self-efficacy in caring for children with pneumonia was high,¹⁰⁻¹¹ while those in Indonesia had a moderated level of self-efficacy.¹² In Myanmar, according to the researcher's experience, most mothers did not have enough confidence in providing home care for the children with pneumonia due to a short duration in hospitals

to gain the skills of caring for children with pneumonia, anxious feelings, and a great need to supervise their child's care. Moreover, the mothers may have difficulty in accessing care services. It is not convenient for health care professionals to provide education or observe the mothers' care behaviors for children with pneumonia at their home. Hence, health care professionals in hospitals should identify the problem of care behaviors by measuring the mothers' self-efficacy before the children are discharged. It is important for health care professionals to know whether the mothers have sufficient self-efficacy to provide home care for the children or not, and which factors can predict the mothers' self-efficacy. If the factors predict the mothers' self-efficacy are known, health care professionals can plan to help the mothers and make sure they have good care behaviors for their children with pneumonia at home.

From the literature review of the mothers' self-efficacy, factors that are significantly influencing and related to the mothers' self-efficacy in providing care to the children included maternal socio-demographic characteristics (maternal age, maternal education, and family income), maternal knowledge, and social support.^{11-12,15-19} Evidently, numerous studies of the mothers' self-efficacy have been conducted in many countries, except Myanmar where there is a paucity of evidence investigating the mothers' self-efficacy in caring



for children with pneumonia. To fill such gap the aim of this study was to examine if the selected factors found from the literature could predict the mothers' self-efficacy in providing home care for children with pneumonia in Myanmar context.

In this study, the conceptual framework was based on Bandura's Social Cognitive Theory (SCT)¹³ of which a basic concept is self-efficacy. According to SCT, human performance is the outcome of the dynamic interplay of three determinants; personal factors, behavior, and environmental events that influence each other. It means personal factors may influence human behavior and the environment, and the external environment affects the behaviors. As self-efficacy is a major basis of behavior action, personal factors can have an effect on the self-efficacy which leads to human behaviors. Accordingly, the personal factors of mothers (such as age, education, family income, and maternal knowledge) can affect the mothers' self-efficacy which is important for care behaviors. In addition, the environmental factors also influence on mothers' self-efficacy which is required for care behavior action. The social support factor in the study is considered as the environmental influence on the mothers' self-efficacy in caring for children with pneumonia. Bandura also described social persuasive aids or social influences as one of the major sources that affected the self-efficacy of the person.

Objective

To examine the predictability of maternal socio-

demographic characteristics (maternal age, maternal education, and family income), maternal knowledge, and social support on Myanmar mothers' self-efficacy in home care for children under five years with pneumonia.

Hypothesis

Maternal age, maternal education, family income, maternal knowledge, and social support could predict the mothers' self-efficacy in home care for children under five years with pneumonia.

Methodology

Study Design and Participants

The study was a predictive correlational study conducted at medical units of two children's hospitals, Yangon Children Hospital and Yankin Children Hospital, in Yangon. These two children's hospitals are the only tertiary public children hospitals located in Yangon City, Myanmar. The study population included mothers of children under five years of age with pneumonia admitted at these children hospitals. Hospital statistics in 2017 reported that 1,186 children with pneumonia were hospitalized in Yangon Children Hospital⁴ and 1,353 in Yakin Children Hospital.⁵ Convenience sampling was applied to recruit the mothers on the day that their children got permission for hospital discharge. The inclusion criteria were: aged 18 years or older, being a primary caregiver of the child and living with the child in the same house, and being able to communicate, read, and write in Myanmar language.



For the mothers, those who had a child diagnosed with congenital heart disease, Autism, Cerebral Palsy, and Down syndrome were excluded from the study. The sample size was calculated by G*Power software with an effect size of .14 in which the effect size was computed based on the r-value of the relationship between maternal age and maternal self-efficacy in providing home care ($r = .35$) from a previous study,¹² α value of .05, a statistical power ($1-\beta$) of .90, and five independent variables. The study sample consisted of 124 mothers of children under five years of age with pneumonia.

Research Instruments

Four instruments were used for data collection in this study. The researchers asked permission to use three instruments from the owners, and one instrument was developed by the researchers. All instruments were translated into the Myanmar language by using back-translation to verify the accuracy of translation. For the reliability of research instruments, a pilot study was conducted with 30 mothers who had characteristics similar to the study subjects' eligibility. Cronbach's alpha coefficients were calculated. The four research instruments were as follows;

1. *Socio-Demographic Questionnaire*; The researchers developed this questionnaire to collect the demographic characteristics of the mothers and children, which consisted of three parts: mother's socio-demographic characteristics, children's socio-demographic characteristics, and general information

for caring children with pneumonia which includes antibiotics preparation, cleansing the house and care for the child's daily activities.

2. *Mothers' Knowledge Questionnaire*; was developed by Parvez, Wiroonpanich and Naphapunsakul,²⁰ for assessing the mothers' knowledge concerning the various aspects of pneumonia in children. The original questionnaire had 44 items. In this study, the researchers modified one item and deleted one item according to the pneumonia classification guideline which is currently used in Myanmar. The modified questionnaire included 43 items covering maternal knowledge about the definition of pneumonia, causes, risk factors, classification, signs and symptoms of pneumonia, management and care of children with pneumonia, and prevention of pneumonia in children. It was a true-false type questionnaire, and the scoring was 1 for a correct answer and 0 for an incorrect answer. The total score ranged from 0 to 43, and maternal knowledge was classified into low, moderate, and high levels. The Cronbach's alpha coefficient in this study was .74.

3. *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Questionnaire*; a 12-item instrument developed by Zimet, et al²¹ was used to measure the social support variable in this study. It consisted of three subscales of social support: family, friends, and significant other. A seven Likert Scale ranging from 1 (very strongly disagree) to 7 (very strongly agree) was used, and the total



score range was 12-84. The social support was categorized and interpreted as low, moderate, and high support. Cronbach's alpha coefficient of MSPSS in the current study was .85.

4. *The Perceived Self-efficacy of Caregivers in Caring for Children with Pneumonia at Home Questionnaire* was developed by Khoomkrathoke¹⁰ to measure the caregivers' confidence in caring for children with pneumonia at home. It consisted of 15 items with six dimensions: medication, environment, treatment, health, outpatient referral, and diet. Each item asked a respondent how many percentages of confidence in doing the designated task, where 0 percent referring to 'definitely not confident' and 100 percent to 'definitely confident'. To ease the interpretation, the score of all items was summed and divided by the total number of items yielding a total score ranging from 0 to 100. The self-efficacy score was categorized and interpreted as low, moderate, and high self-efficacy. In this study, Cronbach's alpha coefficient was .90.

Ethical Considerations

The study was approved by the Institutional Review Board, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand (COA No.IRB-NS2019/157.3110), and the Institutional Review Board, University of Public Health, Yangon, Myanmar (UPH-IRB 2019/Research/48). The mothers were informed about the details of the study and the rights to refuse, stop and withdraw from

participating in the study. Informed consent forms were obtained from the mothers who participated in the study. The code number system was used in the questionnaires, the collected data were kept strictly as confidential, and the findings were reported in summary, not interpreted as the individual data.

Data collection

Data were collected from November, 2019 to March, 2020 by the first author after obtaining approval from the Institutional Review Boards and permission from the corresponding hospitals. The registered nurses from both study children's hospitals asked the potential mothers for permission to meet the researcher and to explain the details of the study by the researcher, before receiving discharge health education. The nurses introduced the researcher to the mothers if the mothers gave permission, and then, the researcher checked the sample according to the study criteria. The details of the study, the participant's rights, and the way to answer the questionnaires were explained to the mothers. After that, the researcher asked the mothers to sign informed consent forms and to complete the questionnaires. All data collection procedures were performed in accordance with the ethical standards of the Institutional Review Boards.

Data Analysis

Data analysis was performed by using Statistical Package for the Social Science (SPSS) license software version 18. Descriptive statistics were used for the characteristics of the sample and



study variables. The relationships of the variables were assessed by the Pearson product-moment correlation coefficient. Upon the test of assumptions for the statistical use, simultaneous multiple regression analysis was employed to examine the predictability of study variables on the mothers' self-efficacy. Level of significance was set at .05.

Findings

The sample of this study consisted of 124 mothers of children under five years of age with pneumonia, and the mean age of the mothers was 29.60 year (SD = 5.58) ranging from 18 to 45 years. The mothers' total years of formal education ranged

1-18 years with an average of 9.15 years. (SD = 3.85), and 34.7% had high school education. Over half, or 54.8% of the mothers, were housewives or unemployed, and 45.2% were employed. The mean family monthly income was 358,072.58 Myanmar kyats (SD = 218380.22). and 81.5% of the mothers had family income of more than 150,001 Myanmar kyats as shown in Table 1. Over two-thirds of the children in this study (66.1%) were infant age group (1-12 months) with an average age of 12.07 months (SD = 10.76), 59.7% were male, and nearly all children (89.5 %) had no underlying diseases. The majority of the mothers (96.8%) did not know about antibiotics preparation for children with pneumonia.

Table 1: Descriptive statistics of maternal age, maternal education, and family income (N = 124)

Variables	n	%	$\bar{X}$	SD
Maternal age (Years)			29.60	5.58
18 – 31	82	66.1		
32 – 45	42	33.9		
Maternal Education (Years)			9.15	3.85
1 – 5 years (Primary school education)	32	25.8		
6 – 9 years (Middle school education)	26	21.0		
10 – 11 years (High school education)	43	34.7		
12 – 15 years (Bachelor's degree)	18	14.5		
≥16 years (Master or higher)	5	4.0		
Family Monthly Income (Myanmar Kyats)			358072.58	218380.22
≤150,000	23	18.5		
150,001 – 300,000	55	44.4		
300,001 – 450,000	16	12.9		
450,001 – 600,000	18	14.5		
600,001 – 750,000	4	3.2		
≥750,001	8	6.5		



Regarding maternal knowledge of childhood pneumonia, it was found that the mothers had high knowledge. All mean scores of maternal knowledge were quite high compared to the median of the possible range of each aspect, except the mean of the definition of pneumonia aspect. The social support of the mothers in this study was at a moderate level. Family support was the highest support and friends

support was the lowest support among all subscales of social support. Moreover, the overall self-efficacy of mothers in home care for children with pneumonia was at a moderate level. When considering each dimension of the mothers' self-efficacy, it was reported that confidence in outpatient referral had the highest mean score and the lowest mean score was on confidence in medication dimension (Table 2).

Table 2: Mean, standard deviation, and range of maternal knowledge, social support, and self-efficacy

Variables	Possible range	Actual range	$\bar{X}$	SD
Maternal knowledge	0-43	18-37	30.01	4.19
Definition of pneumonia	0-1	0-1	.45	0.50
Causes of pneumonia	0-3	0-3	1.92	0.79
Risk factors of pneumonia	0-5	1-5	4.02	0.92
Classification, and signs and symptoms of pneumonia	0-13	4-12	8.01	1.48
Management and care of children with pneumonia	0-17	7-17	12.06	2.20
Prevention of pneumonia in children	0-4	1-4	3.56	0.79
Social support	12-84	18-82	60.19	10.83
Family support	4-28	4-28	22.77	4.34
Friends support	4-28	4-28	16.37	5.32
Significant other support	4-28	4-28	21.06	4.92
Overall self-efficacy	0-100	32.67-90	56.49	14.23
Dimension of self-efficacy				
Medication	0-100	16.67-90	48.98	19.31
Environment	0-100	23.33-86.67	53.12	14.62
Treatment	0-100	26.67-90	56.40	16.52
Health	0-100	33.33-90	60.67	13.13
Outpatient referral	0-100	30-100	64.35	16.74
Diet	0-100	30-100	62.78	14.12

As shown in Table 3, all independent variables: maternal age, maternal education, family income, maternal knowledge, and social support had a significant

positive correlation with the mothers' self-efficacy in providing home care for children with pneumonia ($r = .46, r = .81, r = .35, r = .54, r = .41, p < .01$ respectively).

Table 3: Correlations among the study variables (N = 124)

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Maternal age	1					
2. Maternal education	.29**	1				
3. Family income	.03	.42**	1			
4. Maternal knowledge	.11	.57**	.38**	1		
5. Social support	.21*	.41**	.26**	.30**	1	
6. Mothers' self-efficacy	.46**	.81**	.35**	.54**	.41**	1

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

The multiple regression analysis which is shown in Table 4 revealed that all five variables explained 72.9% of the variance in the mothers' self-efficacy for children with pneumonia ($R^2 = .73$). Only three variables: maternal education ($\beta = .64$, $p < .001$),

maternal age ($\beta = .25$, $p < .001$), and maternal knowledge ($\beta = .13$, $p < .05$) were the significant predictors of the mothers' self-efficacy in providing home care for the children with pneumonia, whereas family income and social support were not.

Table 4: Multiple regression analysis of maternal age, maternal education, family income, maternal knowledge, and social support on the mothers' self-efficacy in providing home care (N = 124)

Variables	B	SE	β	t	p-value	95% CI	
						Lower	Upper
Constant	-1.37	6.80		-.20	.84	-222.60	181.52
Maternal age		.13	.25	4.98	< .001	5.83	13.51
	.65						
Maternal education	2.37	.24	.64	9.89	< .001	28.45	42.70
Family income	6.39	.00	.01	.18	.86	.00	.00
Maternal knowledge	.43	.20	.13	2.15	.03*	.50	12.50
Social support	.06	.07	.05	.91	.36	-1.12	3.04

R = .85, $R^2 = .73$, adj $R^2 = .72$

Discussion

This study identified the factors that affected the mothers' self-efficacy in caring for children with pneumonia among Myanmar mothers, and maternal age, maternal education, and maternal

knowledge significantly predicted the mothers' self-efficacy in providing home care for children under five years with pneumonia. Maternal age had predictive effect on the mothers's self-efficacy, and the mothers who age under 31 years had less



self-efficacy than older group. The prediction of maternal age on the mothers' self-efficacy might be because all Myanmar mothers were in the age of adulthood, with an average age of 29.60 years, which were mature in terms of both physical and psychological aspects. An individual's emotional states are one of the influencing sources of self-efficacy, and people with psychological maturity may have more appropriate emotional states that positively affect their personal self-efficacy.¹³ In this study, Myanmar mothers were in the age range of maturity and so probably had proper emotional states, and this might have led to the significant influence of maternal age on the mothers' self-efficacy in caring for children with pneumonia. This finding is consistent with a previous study of Octavia, Thongpat and Khumsean,¹² which reported that the mothers' age was significantly related to maternal self-efficacy in home care for children with pneumonia. Further, it is supported by the results of previous studies on mothers' self-efficacy for the children in different caring conditions.^{17-18,22}

Regarding maternal education, it was the strongest predictor of the mothers' self-efficacy in caring for children with pneumonia, and the mothers with high school education and above had more confidence in providing home care for children with pneumonia in this study. This was similar to previous findings that the education of mothers was a significant personal predictor of maternal self-efficacy

and mothers with higher education had a higher self-efficacy score.¹⁹ This finding could be explained by the fact that more than half of Myanmar mothers in this study had high school education and higher degree education, and thus, they could retrieve health information and understand the care performance for children which lead to improving the mothers' confidence in caring for children with pneumonia. Providing the mothers with information about their child illness can be understandable and knowledgeable concerning caring behaviors for the children.⁶ A previous study also indicated that receiving information about pneumonia might help the mothers to increase self-efficacy or have more confidence in caring for the children with pneumonia at home.²³

According to the findings of this study, maternal knowledge had significant predictability on the mothers' self-efficacy in providing care for their children with pneumonia at home. Bandura stated that knowledge greatly enhanced the capabilities of individuals to master the conditions,¹³ and mothers who had more knowledgeable about child care felt more confident in their capabilities to provide care for the children.²⁴ In this study, Myanmar mothers' knowledge about childhood pneumonia was at a high level, and it might be the key reason for the prediction of maternal knowledge on the mothers' self-efficacy in caring for children under five years with pneumonia. A consistent finding



was presented in a previous study from Indonesia, which showed maternal knowledge had a strong influence on the mothers' self-efficacy in home care for children under five years of age with pneumonia.¹² In addition, this previous study indicated that maternal knowledge supported the mothers to be confident in providing care for children with pneumonia at home.

Family income had no predictive effect on the mothers' self-efficacy in caring for children with pneumonia in the present study. This could be because the children with pneumonia received free medical treatment and healthcare services in both children hospitals in Yangon, Myanmar, and the children were also provided some medications to take at home after discharge, which did not make any financial burden for the mothers and their families. Moreover, most Myanmar mothers who participated in the study earned adequate family monthly income which felt financially secure; thus, the income have not significantly impacted on the mothers' self-efficacy. Similar finding was reported in the previous study from Thailand, and it was explained that mothers received and used healthcare coverage cards to have free medical treatments for the children.¹⁰ However, the different result was presented in the previous literature¹² and this inconsistent finding could be that the mothers who gained low family income felt financially insecure

and unconfident in providing care for their children. As well, in this study, social support did not predict mother' self-efficacy in providing home care for under five years of children with pneumonia, and this might be due to the fact that Myanmar mothers had only a moderate level of total social support. The finding is in contrast with other previous studies that social support affected the mothers' self-efficacy,^{11,25} in which the mothers in those studies received high social support, so this might explain the discrepancy of the results compared to this study. The findings of the current study partially supported the study hypothesis because three out of five factors predicted the mothers' self-efficacy in providing home care for children under five years with pneumonia.

Conclusions and Recommendations

This study found that maternal age, maternal education, and maternal knowledge were the significant predictors of the mothers' self-efficacy in providing home care for children with pneumonia. The findings highlighted that maternal education had the strongest prediction on the mothers' self-efficacy. Thus, it is important to identify the education status of the mothers, and nurses should provide comprehensive information about caring for children with pneumonia to the mothers who have less education, to promote the mothers' self-efficacy.



Moreover, nurses need to emphasize the mother's age and develop a special program for young mothers. It should also assess the mothers' knowledge regarding childhood pneumonia, and provide health education about pneumonia in children. Additionally, educational program should be designed and introduced to the mothers to improve skills and self-efficacy of mothers in providing home care for children with pneumonia.

Furthermore, the study findings can be shared in the continuing nursing education (CNE) program for all nurses. Further research studies should be conducted after the children are discharged from the hospitals in which is the follow-up period, and should be performed in different settings or multi-settings in Myanmar. It should also explore the differences of self-efficacy on mothers who are first-hand experience on caring for children with pneumonia and mothers who are used to care for children with many episodes of pneumonia. Besides, the intervention program for promoting the mothers' self-efficacy for children with pneumonia should be developed and evaluated for its effectiveness.

Acknowledgements

Special and deepest gratitude to all mothers who participated in the study and Mahidol-Norwegian Scholarship for Capacity Building Initiative for Myanmar 2 (CBIM-2) program for

funding throughout the first researcher's study in Master Program in Nursing Science (International Program) at Faculty of Nursing, Mahidol University.

References

1. United Nation Children's Fund. Pneumonia [Internet]. New York City: UNICEF; 2021 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/>
2. Ghimire M, Bhattacharya SK, Narain JP. Pneumonia in South-East Asia region: public health perspective. *Indian J Med Res.* 2012; 135(4):459-68.
3. Ministry of Health and Sports. Hospital statistics report 2014-2016. Nay Pyi Taw, Myanmar: Health Information Division, Department of Public Health in collaboration with Department of Medical Services; 2018. 97 p.
4. Yangon Children Hospital. (550) Bedded Yangon Children Hospital (Teaching Hospital): basic facts (2017) [pamphlet]. Yangon, Myanmar: Yangon Children Hospital; 2017. 6 p.
5. Yankin Children Hospital. (550) Bedded Yankin Children Hospital: 2018 profile [pamphlet]. Yangon, Myanmar: Yankin Children Hospital; 2018. 4 p.
6. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's essentials of pediatric nursing. 10th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2017. 1105 p.



7. World Health Organization. Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities: evidence summaries. Geneva, Switzerland: WHO; 2014. 4 p.
8. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's nursing care of infants and children. 11th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2019. 891 p.
9. Moe YTH, Win TD. Knowledge, attitude and practice of mothers with under five years children regarding acute respiratory infection [bachelor's thesis]. Yangon, Myanmar: University of Nursing; 2001. 24 p.
10. Khoomkrathoke A. Perceived self-efficacy of caregivers in caring for children with pneumonia at home [master's thesis]. Bangkok, Thailand: Mahidol University; 2008. 71 p.
11. Han NTN. Factors related to self-efficacy in caring for young children with pneumonia among Vietnamese mothers [master's thesis]. Chon Buri, Thailand: Faculty of Nursing, Burapha University; 2015. 98 p.
12. Octavia D, Thongpat S, Khumsean N. Factors related to maternal self-efficacy in providing home care for under-five children with pneumonia in Jambi City, Indonesia. *J Health Res.* 2015; 29 Suppl 1:S61-8. doi: 10.14456/jhr.2015.50.
13. Bandura A. Self-efficacy: the exercise to control. New York: W.H. Freeman; 1997. 604 p.
14. Mouton B, Roskam I. Confident mothers, easier children: a quasi-experimental manipulation of mothers' self-efficacy. *J Child Fam Stud.* 2015;24(8):2485-95. doi: 10.1007/s10826-014-0051-0.
15. Gao L-L, Sun K, Chan SW-C. Social support and parenting self-efficacy among Chinese women in the perinatal period. *Midwifery.* 2014;30(5):532-8. doi: 10.1016/j.midw.2013.06.007.
16. Joventino ES, Ximenes LB, Almeida PC, Oria MOB. The maternal self-efficacy scale for preventing early childhood diarrhea: validity and reliability. *Public Health Nurs.* 2013;30(2):150-8. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01042.x.
17. Shorey S, Chan SW-C, Chong YS, He H-G. Maternal parental self-efficacy in newborn care and social support needs in Singapore: a correlational study. *J Clin Nurs.* 2014;23(15-16):2272-82. doi: 10.1111/jocn.12507.
18. Shorey S, Chan SW-C, Chong YS, He H-G. Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. *West J Nurs Res.* 2015;37(12):1604-22. doi: 10.1177/0193945914537724.



19. Zheng X, Morrell J, Watts K. A quantitative longitudinal study to explore factors which influence maternal self-efficacy among Chinese primiparous women during the initial postpartum period. *Midwifery*. 2018;59:39-46. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.022.
20. Parvez MM, Wiroonpanich W, Naphapunsakul M. The effects of educational program on child care knowledge and behaviors of mothers of children under five years with pneumonia. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2010;9(3):136-42. doi: 10.3329/bjms.v9i3.6468.
21. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2.
22. Gokceoglu E, Kucukoglu S. The relationship between insufficient milk perception and breastfeeding self-efficacy among Turkish mothers. *Glob Health Promot*. 2017;24(4):53-61. doi: 10.1177/1757975916635080.
23. Ingram J, Cabral C, Hay AD, Lucas PJ, Horwood J, TARGET team. Parents' information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infections: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):106. doi: 10.1186/1471-2296-14-106.
24. Conrad B, Gross D, Fogg L, Ruchala P. Maternal confidence, knowledge, and quality of mother-toddler interactions: a preliminary study. *Infant Ment Health J*. 1992;13(4):353-62. doi: 10.1002/1097-0355(199224)13:4<353::AID-IMHJ2280130410>3.0.CO;2-#.
25. Yang X, Ke S, Gao L-L. Social support, parental role competence and satisfaction among Chinese mothers and fathers in the early postpartum period: a cross-sectional study. *Women Birth*. 2020;33(3):e280-5. doi: 10.1016/j.wombi.2019.06.009.

วารสารพยาบาลศาสตร์

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2565

รายงานการวิจัย

- ประสิทธิภาพของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชันต่อความรู้ในการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย
- ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะการตัดสินใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
- การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
- ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ผลการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับทางด้วยเกมเปิดแผ่นป้ายต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและพฤติกรรมในชั้นเรียนรายวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล
- ปัจจัยทำนายสมรรถนะของตนเองของมารดาในการให้การดูแลที่บ้านแก่เด็กโรคปอดอักเสบในเมืองย่างกุ้ง ประเทศพม่า

