วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Nursing Journal of the Ministry of Public Health

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2565 ISSN 2673-0693

Vol. 32 No. 3 September – December 2022 ISSN 2673-0693

บทความวิชาการ

➡ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้าน

บทความวิจัย

➡ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง
➡ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร
➡ ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่อาศัยอยู่ในชุมชน
➡ ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019
➡ การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในยุคสังคมปกติ วิถีใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
➡ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่
➡ การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน: บทบาทที่มสุขภาพ
➡ ผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่มีต่อกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ
➡ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยและความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย
➡ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก
➡ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7
➡ ประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5
➡ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย
➡ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภองาว จังหวัดลำปาง
➡ ประสิทธิผลของหุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกต่อความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
➡ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2565

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.
ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health
ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณานิธิ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นที่ภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พื้นที่โฆษณา		ราคาต่อฉบับ
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 4 สี	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	6,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	2,500 บาท
ใบแทรกในเล่ม		1,500 บาท

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดาราพร คงจา สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร. ธีรพร สถิรอังกูร กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. ศุกรีใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ดร. เชษฐา แก้วพรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ดร. นุสรา ประเสริฐศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. บุญเตือน วัฒนกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ผศ.ดร. จิราพร วัฒนศรีสิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร. อุษณีย์ เทพวรชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ผศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
ดร. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ผศ.ดร.ภก. วินัย สยอวรรณ โครงการจัดตั้งคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกก
รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ผศ. สมศักดิ์ วงศาวาส สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. อัศวิณี ตันกุริมาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร. ชินกร สุจิมงคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
ดร. โสภาพันธ์ สอาด สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Dr. Paul Alexander TURNER St.Francis Xavier School

ผู้จัดการ/เลขาธิการ

นางสาวใบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 ISSN 2673-0693

1. ศ.ดร. อุษาวดี อัศดรวิเศษ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. รศ.ดร. มารุต พัฒผล	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. รศ.ดร. ปนัดดา ปริยทฤฆ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.ดร. พิริยา ศุภศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
7. รศ.ดร. ตริรัตน์ เดชะศักดิ์ศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
8. ผศ.ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
9. ผศ.ดร. กฤตปภัช ตันติอมรกุล	คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยพะเยา
10. ผศ.ดร. ยุนี พงศ์จตุรวิทย์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
11. น.อ.ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
12. ดร. ธีรพร สถิรอังกูร	กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
13. ดร. เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
14. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
15. ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
16. ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
17. ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร. ลัดดา เหลืองรัตนมาศ	สถาบันพระบรมราชชนก
19. ดร. เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
20. ดร. พรเลิศ ชุมไชย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
21. ดร. อัญญา ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
22. ดร. พิมพิมล วงศ์ไชยา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
23. ดร. อรัญญา นามวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
24. ดร. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ
25. ดร. ชุติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
26. ดร. วรรณพร บุญเปล่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
27. ดร. ทุติยรัตย์ รื่นเริง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
28. ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
29. ดร. บุญสืบ โสโสม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
30. ดร. กรรณิการ์ เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้าน.....1

บทความวิจัย

- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกัน การเกิดโรคไตเรื้อรัง....13
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร.24
- ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่อาศัยอยู่ในชุมชน.....36
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019.....52
- การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.....66
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่.....80
- การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน: บทบาทที่มสุขภาพ.....94
- ผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่มีต่อกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ...109
- การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยและความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย.....122
- ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรม การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก.....134
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิต เหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7.....149
- ประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5.....163
- ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 174
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภองาว จังหวัดลำปาง.....187
- ประสิทธิผลของหุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกต่อความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช.....198
- การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี.....211

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 3 ปีที่ 32 กันยายน-ธันวาคม 2565 เป็นช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ปีใหม่ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่หลายคนอยากจะเฉลิมฉลอง แต่สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังเป็นที่น่ากังวล จึงขอให้ทุกคนเฉลิมฉลองปีใหม่ด้วยความระมัดระวังตามแบบสังคมปกติวิถีใหม่นะคะ นอกจากโรคโควิด-19 ที่มีการระบาดมากว่า 3 ปี ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ของไทยยังคงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บทความวิจัยในวารสารฉบับนี้ จึงยังคงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 และโรคเรื้อรังที่น่าสนใจได้แก่ “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี” “ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019” “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง” “ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7” นอกจากนี้ยังมีการพยาบาลบุคคลทุกช่วงวัยตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงวัยสูงอายุ เช่น “ผลของโปรแกรมการ ให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลัง คลอดในมารดาครรภ์แรก” “การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน: บทบาททีมสุขภาพ” “การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย” “ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง ในอำเภองาว จังหวัดลำปาง” และ “ประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5” สำหรับบทความวิจัยที่น่าสนใจอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมากล่าวในที่นี้ ทุกเรื่องมีสาระที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์จึงขอเชิญชวนให้สมาชิกทุกท่านติดตามอ่านรายละเอียดด้านใน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองคุณภาพอยู่ในฐานข้อมูล ACI มาตั้งแต่ 24 พฤศจิกายน 2560 และมีความสนใจที่จะพัฒนาวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล SCOPUS จึงจะเปิดรับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการภาษาอังกฤษในปี 2566 เป็นต้นไป

ท้ายสุดนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการทุกท่านที่ได้ร่วมกันกลั่นกรองบทความที่มีคุณภาพลงตีพิมพ์ในวารสาร และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสาร ขอให้ศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ทาง website ของ Thaijo หรือ website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของวารสารได้ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าเช่นนี้ต่อไป

ดร. ศุกร์ใจ เจริญสุข
บรรณาธิการ

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดาราพร คงจา สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร. ธีรพร สถิรอังกูร กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. ศุกรีใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ดร. เชษฐา แก้วพรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ดร. นุสรา ประเสริฐศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. บุญเตือน วัฒนกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ผศ.ดร. จิราพร วัฒนศรีสิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร. อุษณีย์ เทพวรชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ผศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
ดร. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ผศ.ดร.ภก. วินัย สยอวรรณ โครงการจัดตั้งคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกก
รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ผศ. สมศักดิ์ วงศาวาส สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. อัศวิณี ตันกุริมาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร. ชินกร สุจิมงคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
ดร. โสภาพันธ์ สอาด สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Dr. Paul Alexander TURNER St.Francis Xavier School

ผู้จัดการ/เลขาธิการ

นางสาวใบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 ISSN 2673-0693

1. ศ.ดร. อุษาวดี อัศดรวิเศษ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. รศ.ดร. มารุต พัฒผล	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. รศ.ดร. ปนัดดา ปริยทฤฆ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.ดร. พิริยา ศุภศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
7. รศ.ดร. ตริรัตน์ เดชะศักดิ์ศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
8. ผศ.ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
9. ผศ.ดร. กฤตปภัช ตันติอมรกุล	คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยพะเยา
10. ผศ.ดร. ยุนี พงศ์จตุรวิทย์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
11. น.อ.ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
12. ดร. ธีรพร สถิรอังกูร	กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
13. ดร. เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
14. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
15. ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
16. ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
17. ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร. ลัดดา เหลืองรัตนมาศ	สถาบันพระบรมราชชนก
19. ดร. เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
20. ดร. พรเลิศ ชุมไชย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
21. ดร. อัญญา ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
22. ดร. พิมพิมล วงศ์ไชยา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
23. ดร. อรัญญา นามวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
24. ดร. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ
25. ดร. ชุติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
26. ดร. วรรณพร บุญเปล่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
27. ดร. ทุติยรัตย์ รื่นเริง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
28. ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
29. ดร. บุญสืบ โสโสม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
30. ดร. กรรณิการ์ เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้าน.....1

บทความวิจัย

- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกัน การเกิดโรคไตเรื้อรัง....13
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร.24
- ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่อาศัยอยู่ในชุมชน.....36
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019.....52
- การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.....66
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่.....80
- การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน: บทบาทที่มสุขภาพ.....94
- ผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่มีต่อกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ...109
- การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยและความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย.....122
- ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรม การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก.....134
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิต เหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7.....149
- ประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5.....163
- โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วย.....174
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภองาว จังหวัดลำปาง.....187
- ประสิทธิผลของหุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกต่อความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช.....198
- การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี.....211

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 3 ปีที่ 32 กันยายน-ธันวาคม 2565 เป็นช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ปีใหม่ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่หลายคนอยากจะเฉลิมฉลอง แต่สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังเป็นที่น่ากังวล จึงขอให้ทุกคนเฉลิมฉลองปีใหม่ด้วยความระมัดระวังตามแบบสังคมปกติวิถีใหม่นะคะ นอกจากโรคโควิด-19 ที่มีการระบาดมากว่า 3 ปี ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ของไทยยังคงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บทความวิจัยในวารสารฉบับนี้ จึงยังคงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 และโรคเรื้อรังที่น่าสนใจได้แก่ “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี” “ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019” “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง” “ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7” นอกจากนี้ยังมีการพยาบาลบุคคลทุกช่วงวัยตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงวัยสูงอายุ เช่น “ผลของโปรแกรมการ ให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลัง คลอดในมารดาครรภ์แรก” “การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน: บทบาททีมสุขภาพ” “การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย” “ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง ในอำเภองาว จังหวัดลำปาง” และ “ประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5” สำหรับบทความวิจัยที่น่าสนใจอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมากล่าวในที่นี้ ทุกเรื่องมีสาระที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์จึงขอเชิญชวนให้สมาชิกทุกท่านติดตามอ่านรายละเอียดด้านใน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองคุณภาพอยู่ในฐานข้อมูล ACI มาตั้งแต่ 24 พฤศจิกายน 2560 และมีความสนใจที่จะพัฒนาวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล SCOPUS จึงจะเปิดรับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการภาษาอังกฤษในปี 2566 เป็นต้นไป

ท้ายสุดนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการทุกท่านที่ได้ร่วมกันกลั่นกรองบทความที่มีคุณภาพลงตีพิมพ์ในวารสาร และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสาร ขอให้ศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ทาง website ของ Thaijo หรือ website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของวารสารได้ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าเช่นนี้ต่อไป

ดร. ศุกร์ใจ เจริญสุข
บรรณาธิการ

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้าน

Care For Postoperative Total Knee Arthroplasty Patients at Home

อนงค์นาถ ประกอบสุข[1] สุวัฒนา เกิดม่วง[2] สายพิรุณ จันทร์พงษ์[1] ปัญจรัตน์ ไล้สุวรรณชาติ[2]

Anongnart Pragobsuk[1] Suwattana Kerdmuang[2] Saiphiroon Janphong[1] Panjarut Laisuwannachart[2]

[1]โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[2]Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Anongnart Pragobsuk; Email: krataiii99@gmail.com

Received: January 24, 2022 **Revised:** October 30, 2022 **Accepted:** November 14, 2022

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้าน เป็นการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยภายใต้สภาพแวดล้อมที่บ้าน ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในมิติด้านการดูแลรักษา การป้องกัน การส่งเสริมภาวะสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งนี้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยการให้ทั้งด้านความรู้ตลอดจนการปฏิบัติตัว แต่เนื่องจากการดูแลเข่าข้างที่ผ่าตัดตลอดจนการฟื้นฟูเป็นการดูแลที่ค่อนข้างเฉพาะแตกต่างจากการดูแลหลังผ่าตัดทั่วไป ทำให้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน มักจะมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตลอดจนฟื้นฟูเข่าข้างที่ผ่าตัดไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เข่าข้างที่ผ่าตัดเหยียดและงอไม่ดี ระยะเวลาการฟื้นฟูยาวนานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเข่าเทียมที่บ้าน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและฟื้นฟูเข่าที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างถูกต้อง ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติ เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเมื่อกลับไปบ้าน ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด ข้ออักเสบติดเชื้อ ข้อยึดติด การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด ลดภาระการดูแล และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา นำไปสู่การพัฒนาฟื้นฟูที่ยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; การเยี่ยมบ้าน; การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Care For Postoperative Total Knee Arthroplasty Patients at Home

Anongnart Pragobsuk[1] Suwattana Kerdmuang[2] Saiphiroon Janphong[1] Panjarut Laisuwannachart[2]

[1]Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[2]Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Anongnart Pragobsuk; Email: krataiii99@gmail.com

Received: January 24, 2022 **Revised:** October 30, 2022 **Accepted:** November 14, 2022

Abstract

Home care for postoperative total knee arthroplasty patients involves care provided in the home setting and represents a key role for community nurse practitioners in the areas of care, prevention, health promotion, and rehabilitation. Although patients and families receive preparation before hospital discharge regarding knowledge and practice, the patients still encounter the problems of unsuitable care practices and rehabilitation of the knee at the site where surgery was performed. This occurs because care for the knee where surgery was performed is specific and differs from standard postoperative care. Consequently, the knee with arthroplasty stretches and flexes poorly, which leads to more prolonged rehabilitation with physical and psychological effects on the patients. This article is aimed at presenting the roles and duties of community nurse practitioners in caring for patients and rehabilitating patients with total knee arthroplasty at home in order to help patients engage in proper care and rehabilitation of the knee after total knee arthroplasty with participation of family members. This care aims to prevent potential postoperative complications after returning home, such as wound infection, joint inflammation and infection, locked joints and falls, etc. The main goal of this care is to enable patients to live as normally as possible and reduce the burden of care and treatment expenses, thereby leading to sustainable improvement, rehabilitation, and better quality of life.

Keywords: community nurse practitioner; home health nursing; total knee arthroplasty (TKA)

ความเป็นมาและความสำคัญ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม [Total Knee Arthroplasty (TKA)] เป็นการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะรุนแรง โดยใช้วัสดุจำลองข้อเข่าใส่แทนส่วนที่เสียไป ทำให้การเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น มีความมั่นคง และลดปวดขณะเคลื่อนไหว ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ[1] โดยในปี 2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 108,713 รายในประเทศอังกฤษ เวลส์ ไอร์แลนด์เหนือ และเกาะแมน[2] สำหรับประเทศไทยสถิติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 6,311 ราย ในปี 2561 เป็น 6,984 ราย ในปี 2562 และ 6,599 ราย ในปี 2563 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต[3] ทั้งนี้มีความสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ ที่พบว่ามีมากเป็นอันดับต้น ๆ ของโรงพยาบาล โดยในปี 2563 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด เป็นจำนวน 90 ราย จากปี 2561 ที่เริ่มเปิดโรงพยาบาลจำนวน 26 ราย[4] ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 238 หรือ 2.40 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับปีแรกที่โรงพยาบาลเปิดทำการ และยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (TKA) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาที่ให้ผลเป็นที่น่าพอใจและเชื่อถือได้ในแง่ของการลดความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย แต่ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและความเร็วในการฟื้นหายยังถือเป็นความกังวลหลักของผู้ป่วยที่ตัดสินใจในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทุกราย[5] โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกที่ความปวดนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเข่าลดลง และอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยมากขึ้น[6] ทั้งนี้จากปัจจุบันที่ผลการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ผลดีขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีการพัฒนาเทคโนโลยีในการเปลี่ยนข้อเข่าในวงการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ประกอบกับความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพ ความอ่อนล้า การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก[7] โดยเฉพาะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุจะมีความเสื่อมด้านต่าง ๆ ของร่างกาย มีความไวต่อความเครียด ไม่กล้าทำกิจกรรม เกิดภาวะพึ่งพา ความสามารถในการรับรู้ การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม การควบคุมอารมณ์ลดลง ส่งผลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหลังผ่าตัดลดลง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งแผลผ่าตัดติดเชื้อ ข้อยึดติด ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้น[8] ส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัว ซึ่งถึงแม้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนออกจากโรงพยาบาล แต่เนื่องจากการดูแลเข่าข้างที่ผ่าตัดตลอดจนการฟื้นฟูเป็นการดูแลที่ค่อนข้างเฉพาะ แตกต่างจากการดูแลหลังผ่าตัดทั่วไป ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ประกอบกับการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยการเหยียดและงอเข่า จะมีการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุดในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด[9] ดังนั้นการติดตามให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงมีความสำคัญ ทั้งการประเมินการดูแลและฟื้นฟูเข่าข้างที่ผ่าตัด การประเมินองศาการเหยียดงอของเข่าข้างที่ผ่าตัด ตลอดจนการประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน พร้อมทั้งได้ทบทวนเน้นย้ำความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการดูแลและฟื้นฟูเข่าที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเข่าเทียมที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและฟื้นฟูเข่าที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างถูกต้อง ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ค่อนข้างอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ประกอบกับความเจ็บปวดหลังได้รับการผ่าตัด จึงมักมีข้อจำกัดในการรับรู้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการติดตามดูแล และให้คำแนะนำภายใต้สภาพแวดล้อมที่บ้านอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเมื่อกลับไปบ้าน ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด ข้ออักเสบติดเชื้อ ข้อยึดติด การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุดอย่างอิสระ ลดภาระการดูแลของญาติ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ในปี 2561, 2562 และ 2563 พบ

ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับการให้บริการพยาบาลที่บ้านนั้น ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเข่าข้างที่ผ่าตัดสามารถงอและเหยียดได้ดี ตลอดจนไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย[4] บทความนี้ได้นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้านโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) ซึ่งมีสาระเกี่ยวกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเมื่อกลับบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากประสบการณ์ของผู้เขียน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง นักศึกษาพยาบาล และผู้สนใจทั่วไป เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่บ้านต่อไป

แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home Health Nursing)

จากสถานการณ์สุขภาพตลอดจนการดูแลผู้ป่วยหลังกลับออกจากโรงพยาบาลที่มีความเฉพาะและต่อเนื่องในปัจจุบัน ส่งผลให้มีระบบการให้บริการพยาบาลที่บ้านเกิดขึ้น ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเปรียบเสมือนการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่เปลี่ยนสถานที่เป็นที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นจริงเกี่ยวกับข้อมูลโครงสร้างครอบครัว สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถค้นหาสิ่งที่ช่วยสนับสนุนหรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของคนในครอบครัว และปรับกลวิธีในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทแวดล้อมของครอบครัวได้[10]

การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (home health nursing) หมายถึงระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จเพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทำให้การเยี่ยมบ้านเป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพเชิงรุก[11] โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา เป้าหมาย และกลวิธีการดูแลตนเอง และ/หรือการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัว (self-determination) ประกอบกับมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ คำปรึกษา แนะนำ ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งมีหลักการสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ผู้ดูแล และครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งไม่ได้หมายถึงการปลอดจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึง ภาวะที่สุขภาพอำนวยประโยชน์สูงสุด (optimal health)[12]

การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังออกจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญต่อการฟื้นหายของร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งนี้จากการที่ผู้รับบริการต้องการการฟื้นฟูสุขภาพ และคำปรึกษาเป็นระยะ เพื่อการดูแลที่ถูกต้อง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญมากในการติดตามให้บริการพยาบาลที่บ้านแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งการประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแล ตลอดจนการให้คำแนะนำ และประเมินผลลัพธ์ของการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูเข่าที่ได้รับการผ่าตัดให้สามารถกลับมาใช้งานตามปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้าน

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม หลังจากได้รับการผ่าตัดและการดูแลรักษาจนไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลแล้ว แพทย์วางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำในการดูแลตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพเข่าให้สามารถกลับมาทำงานได้อย่างปกติ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งบทบาทการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนออกจากโรงพยาบาล(discharge planning) วางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้พร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน (discharge planning) แพทย์ออร์โธปิดิกส์ จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีภาวะซีด แผลผ่าตัดดี ไม่มีอักเสบ บวม แดง ร้อน หรือไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม ประกอบกับการที่ผู้ป่วยสามารถงอข้อเข่าได้อย่างน้อย 90 องศา ร่วมกับการที่ผู้ป่วยสามารถเดิน ambulate ได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน โดยใช้อุปกรณ์พยุงเดิน (pick up walker) ภายใน 5 วันหลังการผ่าตัด[13] ผู้ป่วยจะสามารถลุกจากเตียงและเดินให้คล่องมากขึ้น งอเข่าจนองศาการเคลื่อนไหวได้อย่างน้อย 0–90 องศา[9] ซึ่งกระบวนการวางแผนจำหน่ายจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ที่ควรมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่เกี่ยวเนื่องกับการฟื้นฟูเข่าข้างที่ผ่าตัด

โดยผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาลจากหอผู้ป่วยมาที่แผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ หลังจากนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 ทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยอย่างละเอียด ทั้งการวินิจฉัยโรค การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ตลอดจนแผนการรักษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.2 เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่จะยังไม่พร้อมสำหรับการรับข้อมูลคำแนะนำในการปฏิบัติตัวดูแลตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวจึงจะเริ่มในวันที่ 1 หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในการให้บริการและการให้คำปรึกษา มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าต่าง ๆ ได้ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.3 ประเมินผู้ดูแล/ครอบครัว ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ ทัศนคติ สัมพันธภาพในครอบครัว และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.4 ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ลักษณะที่อยู่อาศัย ที่นอน ห้องน้ำ แสงสว่างในบ้าน สัตว์เลี้ยง เด็กเล็กตลอดจนอุปกรณ์การดูแลที่จำเป็นที่สามารถดัดแปลงให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และอุปสรรคในการดูแลฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยภายใต้สิ่งแวดล้อมที่บ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน

1.5 ประเมินแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือศูนย์บริการฟื้นฟูที่อยู่ใกล้บ้าน สำหรับการส่งต่อดูแล กรณีเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านและมีปัญหาในการดูแลตนเองในระยะยาว

1.6 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการฝึกทักษะในการดูแล เมื่อผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลพร้อมที่จะเรียนรู้ ในการวางแผนจำหน่ายจะใช้รูปแบบ METHOD ที่สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน และเพิ่มเติมการให้ความรู้เรื่องโรค (Disease : D) เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ดียิ่งขึ้น[14] ทั้งนี้กิจกรรมทางการพยาบาลจะใช้กระบวนการ D-M-E-T-H-O-D ดังนี้

D: disease ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ตลอดจนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

M: medication ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียดถึง ชื่อของยา การออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ วิธีการใช้ยา ขนาด และปริมาณของยา จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยารวมถึงข้อห้ามข้อควรระวัง สำหรับการใช้ยา[15] โดยเฉพาะการให้ความรู้ในการรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวันจนยาหมด และห้ามซื้อยามารับประทานเอง เพื่อป้องกันการดื้อยาและการได้รับยาเกินขนาด การแนะนำให้รับประทานยาแก้ปวดตามเวลา และรับประทานเพิ่มเติมได้ตามที่แพทย์สั่งเมื่อมีอาการปวดภายหลังจากที่รับประทานยาแก้ปวดตามเวลาแล้วอาการไม่ดีขึ้น แนะนำการรับประทานยาเคลือบกระเพาะอาหาร และแนะนำการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด

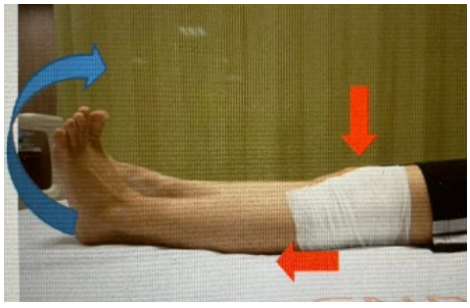
E: environment and economy ให้คำแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ปลอดโปร่ง แสงสว่างเพียงพอ สภาพที่อยู่อาศัยจัดวางของเป็นระเบียบไม่กีดขวางการเดิน ป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ควรนอนบ้านชั้นล่าง หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ ให้นอนเตียง ความสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร ใช้ส้วมชักโครก

T: treatment ผู้ป่วยและญาติต้องรับรู้และเข้าใจ เป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไข สถานการณ์ฉุกเฉินได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการ และแก้ไขปัญหาหรืออาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น[15] โดยมีการสอนท่าการบริหารสำหรับการฟื้นฟูเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถงอข้อเข่าได้เร็วในช่วงแรกนั้นจะเป็นประโยชน์ในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งมีเป้าหมายในระยะ 1 – 2 วัน หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยควรมีพิสัยการเคลื่อนไหวของการงอเข่าอย่างน้อย 65 องศา และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจะต้องมีพิสัยการงอเข่าอย่างน้อย 90 องศา[16] ซึ่งท่าการบริหารนี้แนะนำทำทุกชั่วโมง ๆ ละ 3-5 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการเหยียดและงอเข่า ท่าการบริหารประกอบด้วย

ท่าที่ 1 กระดกข้อเท้า (ankle pump): นอนหงาย ขาเหยียดตรง กางขาให้ขนานกับหัวไหล่ กระดกข้อเท้าเกร็งขึ้นค้างไว้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆคลายออก

ท่าที่ 2 ท่ากดหัวเข่า (knee press): นอนหงาย ขาเหยียดตรง พยายามเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา โดยออกแรงขากดเข่าให้ชิดติดเตียง เกร็งค้างไว้นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ คลายออก

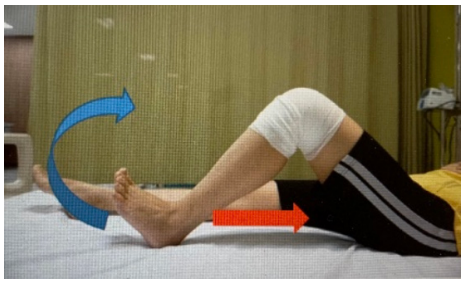
รูปที่ 1 ท่ากระดกข้อเท้า (ankle pump)



รูปที่ 2 ท่ากดหัวเข่า (knee press)

ท่าที่ 3 ท่างอเข่า (heel slides): นอนหงาย ขาเหยียดตรง เกร็งกระดกข้อเท้า จากนั้นค่อย ๆ งอเข่าขึ้นมาโดยการลากส้นเท้าเข้ามาชิดก้น งอเข่าให้ได้มากที่สุดเท่าที่ไม่กระตุ้นอาการปวด แล้วนับ 1-10 (พยายามให้ส้นเท้าติดเตียงตลอดการเคลื่อนไหว) แล้วค่อยเหยียดขาออกกลับสู่ท่าเริ่มต้น

ท่าที่ 4 ท่าหนีบหมอน: นำหมอนวางไว้ตรงกลางระหว่างขา เกร็งข้อเท้า แล้วใช้แรงจากหัวเข่าหนีบหมอนเกร็งค้างไว้ หากมีผู้ช่วยบริหารให้ใช้มือดันหมอนด้านบนลงล่างโดยให้ผู้ป่วยเกร็งหนีบหมอนต้านไว้ไม่ให้หมอนหลุดออก



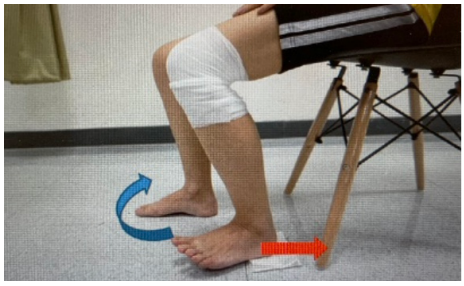
รูปที่ 3 ท่างอเข่า (heel slides)

รูปที่ 4 ท่าหนีบหมอน

จากเข่าแล้วนับ 1-10 จากนั้นคลาย (หากไม่มีผู้ช่วยบริหารให้ผู้ป่วยหนีบหมอนอย่างเดียวได้)

ท่าที่ 5 ท่านั่งงอเข่า (sitting knee flexion): นั่งบนเก้าอี้ กระดกปลายเท้าให้ส้นเท้าอยู่ที่พื้นแล้วค่อย ๆ งอเข่าโดยลากส้นเท้าไปข้างหลังเท่าที่ไม่กระตุ้นอาการปวด ระหว่างงอหากรู้สึกเข่าติดให้ใช้ขาอีกข้างช่วย โดยไขว้ขาไว้ที่ระดับข้อเท้า แต่ถ้าทำได้เต็มที่แล้ว ให้ใช้ขาอีกข้างต้านแรงเวลางอเข่า เกร็งค้างไว้นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขากลับสู่ท่าเริ่มต้น

ท่าที่ 6 ท่านั่งเหยียดเข่า (sitting knee extension): นั่งบนเก้าอี้ กระดกปลายเท้าค้างไว้แล้วค่อย ๆ เหยียดขาให้เข่าเหยียดตรงมากที่สุดเท่าที่ทำได้ เกร็งค้างไว้นับ 1-10 แล้วค่อย ๆวางขากลับสู่ท่าเริ่มต้น



รูปที่ 5 ท่านั่งงอเข่า (sitting knee flexion)

รูปที่ 6 ท่านั่งเหยียดเข่า (sitting knee extension)

นอกจากนี้ให้คำแนะนำอิริยาบถต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันร่วมด้วย ได้แก่

อิริยาบทในการนอน เมื่อนอนหงายให้เข่าเหยียดตรง แล้วใช้ผ้าขนหนูม้วนวางไว้ใต้ข้อเท้าขาข้างผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อให้เข่าที่ผ่าตัดเหยียดได้ตรง แนะนำผู้ป่วยไม่ควรใช้หมอนใด ๆ วางใต้ข้อเข่าที่ผ่าตัดในขณะที่นอน

อิริยาบถในการนั่ง หากนั่งนานอาจจะทำให้เข่าข้างผ่าตัดเกิดอาการขาแข็ง (stiffness) หรืออาการบวมตลอดทั้งขาข้างที่ผ่าตัด ดังนั้นจึงแนะนำผู้ป่วยไม่ควรนั่งนานเกิน 45 นาที หากผู้ป่วยต้องการที่จะนั่งนาน ควรนำเก้าอี้มารองเท้าให้ระดับเท้าอยู่ในระดับเดียวกับก้น หรือควรมีการเปลี่ยนท่า ลุกขึ้นยืนและเดินในระยะสั้น ๆ หรือเคลื่อนไหวเข่าข้างผ่าตัดโดยการงอและเหยียดเข่าบ่อย ๆ

การลุกขึ้นยืน ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเตียงแล้วนำโครงเหล็กหัดเดิน มาวางอยู่ด้านหน้าผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยใช้มือจับ walker จากนั้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนขาข้างผ่าตัดมาทางด้านหน้า เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักที่ขาข้างผ่าตัดมาก ลุกขึ้นยืนโดยโน้มตัวมาทางด้านหน้า ใช้มือกด walker ลงน้ำหนักที่ขาข้างดี จากนั้นยืดตัวขึ้นยืนตรงแล้วจึงเคลื่อนขาข้างผ่าตัดมาวางเท่าขาข้างดี[9]

นอกจากนี้ควรแนะนำการหลีกเลี่ยงการนั่งยอง ๆ การนั่งพับเพียบ การนั่งขัดสมาธิ ถ้าจำเป็นต้องไปวัด ควรนั่งเก้าอี้ หลีกเลี่ยงการเดินขึ้นลงที่ลาดชันบ่อย ๆ

หลังจากนั้นให้คำแนะนำการดูแลตามแผนการรักษา ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัดป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ห้ามแกะเกาแผล ห้ามแผลโดนน้ำ ถ้าหากแผลเปียกน้ำหรือมีสิ่งคัดหลั่งซึมออกมาให้ไปทำแผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน การระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุเมื่อกลับไปบ้าน เน้นย้ำผู้ป่วยเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวัง ใช้ walker ขณะเดินทุกครั้ง การบริหารเข่าข้างที่ผ่าตัดควรทำอย่างสม่ำเสมอ หากมีอาการปวดแนะนำการรับประทานยาแก้ปวดตามคำสั่งแพทย์ และให้ประคบเย็นบ่อยที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อลดอาการปวด บวม ห้ามประคบร้อน ห้ามนวดยาเข่าข้างที่ผ่าตัด ระวังการติดเชื้อที่ข้อเทียม และแนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้แก่ แผลมีเลือดออก แผลอักเสบ คือ มีบวมแดง มีน้ำเหลืองหรือมีหนองซึมออกจากแผลผ่าตัด มีไข้สูง

H: health แนะนำการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลที่สำคัญได้แก่ ความสะอาดปากฟัน ถ้ามีฟันผุ หรือมีแผลที่เท้า มีเล็บขบควรรีบพบแพทย์เพื่อทำการรักษา

O: outpatient referral แนะนำการมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ ทั้งนี้ควรทราบแหล่งสถานพยาบาลใกล้บ้านที่สามารถไปใช้บริการได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีที่ไม่เร่งด่วน

ให้ไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน นอกจากนี้แนะนำเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 ที่สามารถใช้ได้ทุกที่ทั่วประเทศไทย

D: diet แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่เน้นอาหารที่มีธาตุเหล็ก วิตามินซี และแคลเซียมสูง เพื่อช่วยบำรุงเลือดและกระดูก ได้แก่ นม เต้าหู้ ปลาเล็ก ปลาน้อย งาดำ ผลไม้ ผักใบเขียว นอกจากนั้นควรรับประทานอาหารที่มีกากใย ดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ลิตร/วัน เพื่อระวังไม่ให้ท้องผูก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด ทั้งรสเค็มจัด รสหวานจัด อาหารที่มีไขมัน อาหารทอดต่าง ๆ ขนมหวาน ควรเลือกรับประทานอาหารประเภท นึ่ง ย่าง หรือต้ม ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน BMI $\leq$ 25 ซึ่งจะทำให้มีน้ำหนักผ่านข้อเข่าเทียมมากโดยเฉพาะในขณะยืนหรือเดิน ซึ่งอาจทำให้ข้อเข่าเทียมหลวมหรือสึกกร่อนก่อนกำหนด รวมทั้งไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[13]

1.7 หลังจากสอนท่าการบริหารเข่า และให้คำแนะนำการดูแลตามแผนการรักษา จะประเมินความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยการทวนสอบความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติเมื่อกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน

1.8 การประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนากร สังคมสงเคราะห์ กายภาพบำบัด ฯลฯ และภายนอกโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยอยู่นอกเขตพื้นที่การดูแล ไม่สามารถติดตามให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้ เช่น พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา ทั้งนี้เพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในระยะหลังผ่าตัดนี้ผู้ป่วยต้องมีการฟื้นฟูสภาพโดยทำกายภาพบำบัด ต้องฝึกเหยียดและงอเข่าตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด (early range of motion exercise) และต้องลุกเดินโดยเร็วเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด venous thromboembolism ปัญหาสำคัญที่พบในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ คือ ความปวดแผล ซึ่งหากได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอจะเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟู ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องเพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และความพึงพอใจต่อการรักษาลดลง[17] บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในระยะนี้ คือการให้ความรู้ในการดูแลเข่าข้างที่ผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล พร้อมทั้งสอนฝึกปฏิบัติท่าบริหารเข่าเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว โดยในระหว่างที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติท่าบริหารเข่าจะประคบเย็นไว้ตลอดการบริหาร ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา พบว่าการใช้การประคบเย็นร่วมกับการออกกำลังกาย ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะ 3 วันแรก ปวดลดลงสามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าและสามารถเดินได้มากขึ้น[18] ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีอาการปวดมากไม่สามารถขยับเคลื่อนไหวเข่าข้างที่ผ่าตัดได้ แนะนำสอนฝึกปฏิบัติท่าบริหารเข่าให้ญาติหรือผู้ดูแลทำตาม โดยอาจให้ญาติหรือผู้ดูแลถ่ายวีดีโอเก็บไว้เพื่อนำไปฝึกให้ผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยมีความปวดลดลง หรือ ไม่มีอาการปวดแล้ว

ระยะที่ 2 ให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (home care nursing) ระบบการให้บริการสุขภาพต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ถือเป็นบริการพยาบาลแบบองค์รวม และต่อเนื่องจากการวางแผนจำหน่ายและเพื่อเป็นการประเมินและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยให้เหมาะสม เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่บ้านแตกต่างจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาในการดูแลฟื้นฟูตนเอง เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหาได้ในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว[19] ในระยะนี้พยาบาลควรเน้นการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีกับครอบครัว รวมถึงการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว[10] โดยสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายใน 14 วันแรกหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความมั่นใจและคุณภาพในการดูแล โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านดังนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ถึงแม้ว่าพยาบาลจะได้นัดหมายสมาชิกครอบครัวในการเข้าเยี่ยมบ้านแล้ว ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งพยาบาลควรขออนุญาติเข้าไปภายในบ้านก่อน กล่าวสวัสดีทักทาย แจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าเยี่ยมบ้าน ซักถามข้อมูลทั่วไป ทั้งนี้ควรศึกษาและปฏิบัติตามและรักษาธรรมเนียมประเพณีของชุมชนที่เข้าเยี่ยม

อย่างเคร่งครัด[20]

2.2 ตรวจร่างกายและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ แผลผ่าตัด อาการบวม ปวด หรือมีจุดจ้ำเลือดบริเวณขา ประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าข้างที่ผ่าตัด ได้แก่ การเหยียด-งอเข่า ร่วมกับการใช้งานเข่า เช่น การยืน การเดิน เป็นต้น และการใช้อุปกรณ์พยุงเดิน 4 ขา (pick up walker)

ประเมินและสังเกตลักษณะของแผลผ่าตัด ได้แก่ แผลไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม ไม่มีลักษณะบวม แดง ร้อน ที่ปิดแผลต้องกระชับ ไม่เลื่อนหลุด ไม่เปียกน้ำ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านจะมีการบริหารเข่าข้างที่ผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการเริ่มทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ที่ปิดแผลเริ่มเลื่อนหลุด การทำแผลจึงเป็นหนึ่งในการให้บริการที่บ้านที่ผู้ป่วยจะได้รับเช่นกัน

การประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าข้างที่ผ่าตัด จะมีการวัดองศาเข่าโดยไม้บรรทัดวัดองศา (goniometer) ซึ่งท่าที่ใช้วัดพิสัยการเคลื่อนไหวคือท่านอนหงาย โดยการวัดท่าเหยียดเข่าให้มีผ้าขนหนูรองข้อเท้าข้างที่ทำการวัด เพื่อไม่ไปจำกัดมุมการเหยียดเข่าของผู้ป่วยที่มี hyperextension จุดหมุนของ goniometer อยู่ที่ lateral condyle of femur และ stationary arm อยู่ที่กึ่งกลางทางด้านข้างของกระดูก femur โดยปลายชี้ไปที่ greater trochanter ส่วน movable arm อยู่ที่กึ่งกลางทางด้านข้างของกระดูก fibula ในแนวเส้นเชื่อมระหว่างหัวกระดูก fibula และตาตุ่มทางด้านนอก (lateral malleolus) ส่วนการวัดท่างอเข่าให้เอาผ้าขนหนูออก และทำการวาง stationary arm และ movable arm เช่นเดียวกับการวัดในท่าเหยียด[21]

ประเมินการใช้อุปกรณ์พยุงเดิน 4 ขา (pick up walker) ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้สอนวิธีการใช้ให้กับผู้ป่วย ซึ่งควรวัดความสูงของเครื่องช่วยเดินชนิดนี้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการวัด คือให้มือจับอยู่ในระดับเดียวกับ greater trochanter ของกระดูก femur ของผู้ป่วย และในขณะเดิน เท้าทั้ง 2 ข้างควรอยู่ระหว่างขาด้านหลังของโครงเหล็กช่วยเดิน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเสียหลักหงายไปด้านหลัง หากก้าวเดินไปชิดขาด้านหน้าของโครงเหล็ก[22] วิธีการใช้ walker เริ่มจากให้ผู้ป่วยยก walker ไปวางทางด้านหน้า ในระยะทางที่พอดีกับการก้าวเท้าปกติของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องมั่นใจว่าวางขาทั้ง 4 ของ walker ลงพื้นเรียบร้อยแล้วก่อนที่จะก้าวเท้า จากนั้นให้ก้าวขาข้างผ่าตัดก่อน โดยก้าวเข้าไปในกึ่งกลางของ walker วางเท้าให้ตรง ไม่บิดเท้า และ กด walker ด้วยมือสองข้าง ลงน้ำหนักที่ขาข้างผ่าตัดประมาณ 50% หรือเท่าที่ไม่มีอาการเจ็บที่ข้อเข่าเทียม จากนั้นจึงก้าวขาข้างดีตามมา[9]

2.3 ประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ทวนสอบซ้ำในการดูแล ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลอนามัยส่วนบุคคล การพลิกตะแคงตัวหรือการเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียง การดูแลแผลผ่าตัด การบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อยืดอายุการใช้งานของข้อเทียม รวมทั้งการลุกนั่ง ยืน เดิน ด้วยตัวเองร่วมกับการใช้อุปกรณ์พยุงเดิน[13]

2.4 ให้ความรู้และสอนสาธิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลต่าง ๆ ให้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา

2.5 ประเมินสิ่งแวดล้อม และให้ความรู้ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย กรณีเมื่อไปถึงบ้านแล้วพบสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ความสะอาดของสถานที่อยู่อาศัย การจัดสิ่งของในบ้านให้วางเป็นระเบียบไม่กีดขวางการใช้ walker เตียงหรือที่นอนที่มีระดับความสูงเหมาะสมกับผู้ป่วย แสงสว่างในบ้านที่เหมาะสม

2.6 ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่มาพัฒนาความสามารถในการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานระหว่างแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง[19]

2.7 เมื่อกระบวนการให้บริการพยาบาลที่บ้านเสร็จสิ้น พยาบาลนำข้อมูลมาบันทึกรายงานในแบบบันทึก

การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน [home health care record (home visit)] ในระบบสารสนเทศ (CNMI HIS) เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน บทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในระยะนี้คือ การติดตามให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญในการติดตาม คือ ประเมินการดูแลและฟื้นฟูเข่าข้างที่ผ่าตัดของผู้ป่วย ภายใต้การมีส่วนร่วมของญาติ และการประเมินความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมที่บ้านต่อการฟื้นฟูเข่าข้างที่ผ่าตัดของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาโดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในระยะนี้คือ ความไม่สม่ำเสมอในการบริหารเข่าข้างที่ผ่าตัด ประกอบกับการขาดการกระตุ้นเตือนจากญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูเข่าข้างที่ผ่าตัด ทำให้การเหยียดและงอเข่าข้างที่ผ่าตัดทำได้น้อย ส่งผลให้ต้องใช้เวลานานกว่าเข่าข้างที่ผ่าตัดจะกลับมาใช้งานได้ตามปกติ การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการบริหารเข่าข้างที่ผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยบริหารเข่าข้างที่ผ่าตัด และมีการวัดองศาเข่าก่อนและหลังบริหาร ซึ่งผู้ป่วยและญาติจะเห็นความแตกต่างขององศาเข่าทั้งก่อนและหลังการบริหาร โดยหลังบริหารเข่า ผู้ป่วยจะสามารถงอและเหยียดเข่าได้มากขึ้น ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน ช่วยเหลือ สนับสนุนพฤติกรรมการเรียนรู้ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ และคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (อาการปวด การเหยียด การงอข้อเข่า ระยะทางการเดิน ระยะเวลานอนพัก) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[23]

ระยะที่ 3 การติดตามผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (follow up) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลที่บ้าน ตลอดจนติดตามอาการผู้ป่วยภายหลังการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวค่อนข้างมีความวิตกกังวลสูงในการดูแลฟื้นฟูเข่าที่ได้รับการผ่าตัด การให้บริการรับปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการโทรติดตามหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่บ้านอย่างน้อย 1 เดือน จะช่วยแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการดูแล ลดความเครียด สร้างความสบายใจ และความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ ซึ่งในการโทรติดตามจะมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่

1. อาการทั่วไป
2. แผลผ่าตัด
3. การบริหารเข่าข้างที่ผ่าตัด
4. พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าข้างที่ผ่าตัด ได้แก่ การเหยียด-งอเข่า ร่วมกับการใช้งานเข่า เช่น การยืน การเดิน เป็นต้น และการใช้อุปกรณ์พยุงเดิน 4 ขา (pick up walker)
5. ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ข้อยึดติด ข้ออักเสบติดเชื้อ และการเกิดอุบัติเหตุที่บ้าน
6. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

หลังจากนั้นนำข้อมูลมาบันทึกรายงานในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน [home health care record (call visit)] ในระบบสารสนเทศ (CNMI HIS)

ในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการฟื้นตัวค่อนข้างดีแล้ว เริ่มกลับไปทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ตามปกติ ส่วนใหญ่ปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่คือ การมีความปวดเวลาใช้งานเข่าข้างที่ผ่าตัดมากขึ้น แต่เมื่อพักการใช้งานเข่าความปวดจะลดลง ระยะนี้ถือเป็นการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้การพยาบาล โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด โดยเข่าข้างที่ผ่าตัดสามารถกลับมาใช้งานตามปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้านนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุประกอบกับความเจ็บปวดภายหลังจากที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งค่อนข้างมีข้อจำกัดในการรับรู้ ส่งผลให้

เมื่อกลับไปบ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิบัติตนในการดูแลเข่าข้างที่ผ่าตัดได้ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนส่งผลให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูเข่าข้างที่ผ่าตัดยาวนานมากขึ้น การให้บริการผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน ภายใต้บทบาทของพยาบาลทั้งในเรื่องการดูแลรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และฟื้นฟูภาวะสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้ช่วยในการกระตุ้นเตือน รวมทั้งช่วยดูแล ให้กำลังใจ และให้แรงสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหาร และการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน การสอนและเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ตลอดจนการประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลให้การพยาบาลและฟื้นฟู ตลอดจนการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการดูแลฟื้นฟูเข่าข้างที่ผ่าตัดให้สามารถกลับมาใช้งานตามปกติอย่างมีประสิทธิภาพโดยเร็ว ซึ่งจะคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไป

References

1. Fritz J, Lurie B, Potter HG. MR imaging of knee arthroplasty implants. Radiographics 2015;35(5):1483-501.
2. Evans JT, Walker RW, Evans JP, Blom AW, Sayers A, Whitehouse MR. How long does a knee replacement last? A systematic review and meta-analysis of case series and national registry reports with more than 15 years of follow-up. The Lancet 2019;393(10172):655-63.
3. Office NHS. Dataset on rates of knee replacement surgery in the elderly 60 years and over, with Universal Coverage Scheme in 2017-2020. In: Office NHS, editor.2021.(in Thai)
4. Subdivision IT. Statistics of patients undergoing knee replacement surgery in 2018-2020. Chakri Naruebodindra Medical Institute;2021.(in Thai)
5. Maniar RN, Baviskar JV, Singhi T, Maniar P, Nayak R. Influence of bilateral sequential total knee arthroplasty on functional recovery. Indian journal of orthopaedics 2013;47(1):23-30.
6. Grosu I, Lavand'homme P, Thienpont E. Pain after knee arthroplasty: an unresolved issue. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy 2014;22(8):1744-58.
7. Rodr□guez-Merch□n EC. Total knee arthroplasty using hinge joints: indications and results. EFORT open reviews 2019;4(4):121-32.
8. Boonprakob T, Sasat S. Selected factors related to postoperative recovery in older person with total knee arthroplasty. Royal Thai Navy Medical Journal 2019;46(2):355-68.(in Thai).
9. Trakarnjan N, Yodphithak P. Rehabilitation of patients after artificial knee replacement surgery. Regional health promotion center 9 2020;14(34):271-84.(in Thai)
10. Anderson DG, Feld H, Alesshire M. Family health risks. In: Stanhope M& Lancaster J, editors. Public health nursing: population-centered health care in the community. 9th ed. St. Louis: Elsevier;2016, p.622-43.
11. Strategy and planning division. Work manual: family care cluster. Nonthaburi: Office of permanent secretary; 2016.(in Thai)
12. Prasanathikom W. Home health care concept. Paper presented at Workshop on Nursing Patients and Families; 2014 Jun 18-20; Grand Ballroom, 3rd Floor, The Emerald Hotel.(in Thai)
13. Permpul P. Nursing manual osteoarthritis patients who have been treated with knee replacement surgery. Private patient division, Nursing department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University;2014.

(in Thai)

14. Prucktrangkun P. Effectiveness of a discharge planning program on functional recovery of total knee arthroplasty patients. Journal of health research and innovation 2020;3(1):59-75.(in Thai)
15. Eamchunprathip S, Tanarak S, Tepapal T. Discharge planning for orthopedic patients. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2017;27:9-18.(in Thai)
16. Kupnirattisaikul W. Rehabilitation of patients after knee replacement surgery. In: Charoencholvanich K, editor. Reconstructive surgery of the osteothritis knee. Bangkok: Siriraj;2016. p.321-33.(in Thai)
17. RCAT, TASP. Clinical guidance for acute postoperative pain management. 2nd ed. Bangkok: RCAT;2019. (in Thai)
18. Eamchunprathip S, Saesia W, Khupantavee N. Effect of pain management with cold compress and exercise program on rehabilitation of patients after knee replacement surgery. Thai Journal of Nursing Council 2013;27(3):77-90.(in Thai)
19. Sereewichayasawad N. Nursing practice manual caring for a patient with tracheostomy at home. Home health care unit, Nursing department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital;2014.(in Thai)
20. Intahphuak S, Tipwareerom W. Home visit: community nurses in Thailand 4.0 era. Journal of Nursing Science and Health 2019;42(4):140-8.(in Thai)
21. Damri T, Manomai J, Pengchai T. Validity and reliability of developed goniometer in measuring knee joint. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2019;34(1):79-86.(in Thai)
22. Fusakul Y. Gait Aids. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine 2017;61(2):139-53.(in Thai)
23. Sasuan A, Phatisena T. The effects of empowerment program on postoperative recovery of knee arthroplasty surgery patients. In: College NR, editor. The national conference & research presentation 2015 "Create and development to approach ASEAN community II"; 2015 Jun 18-19; Nakhonratchasima College. Nakhon Ratchasima: Nakhonratchasima College;2015. p.110-9.(in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

Predictive Factors of Self-care Behavior among People with Hypertension for Prevention of Chronic Kidney Diseases

อนัญญา คูอาริยะกุล[1] สุปราณี หมื่นยา[1] กุลชญา คูอาริยะกุล[2]
กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร[3] พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล[4]
Anaya Kooariyakul[1] Supranee Muenya[1] Kulchaya Kooariyakul[2]
Kanyarat Phuengbanhan[3] Peranan Jerayingmongkol[4]
[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2]โรงพยาบาลบ้านโคก [3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
[4]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1]Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[2]Ban khok Hospital [3]Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University
[4]Boromarajonani College of Nursing Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author: Anaya Kooariyakul; Email: ananya@unc.ac.th

Received: February 24, 2022 **Revised:** October 30, 2022 **Accepted:** November 14, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและรับยาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 186 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่างตัวเลขเป็นไปไม่ได้ .60-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าเท่ากับ .72 .71 และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 7.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2=.076, Adj R^2=.066, SEE=3.452, F=7.55, p<.05) จากผลการวิจัยบุคลากรควรหากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคและการจัดการตนเองเพื่อลดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง; โรคความดันโลหิตสูง; พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

Predictive Factors of Self-care Behavior among People with Hypertension for Prevention of Chronic Kidney Diseases

Anaya Kooariyakul[1] Supranee Muenya[1] Kulchaya Kooariyakul[2]
Kanyarat Phuengbanhan[3] Peranan Jerayingmongkol[4]
[1]Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[2]Ban khok Hospital [3]Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University
[4]Boromarajonani College of Nursing Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author: Anaya Kooariyakul; Email: ananya@unc.ac.th

Received: February 24, 2022 **Revised:** October 30, 2022 **Accepted:** November 14, 2022

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine predictive factors of self-care behavior for the prevention of chronic kidney disease among people with hypertension. The sample consisted of 186 hypertensive patients who registered and received medical treatment at a health promoting hospital, Muang Uttaradit. The questionnaire used for data collection was developed by researchers and was composed of patients' demographic data, knowledge, self-care behaviors, and perceptions regarding the prevention of chronic kidney disease from hypertension. The questionnaire was sent to five experts for validity testing, and the Index of Congruence (IOC) ranged from .60-1.00 and the Cronbach alpha coefficients of its components were .72, .71, and .76, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression. The results revealed that perceived severity and perceived barriers to the prevention of chronic kidney disease from hypertension together can explain 7.6% of the variance of self-care behavior among people with hypertension to the prevention of chronic kidney disease. (R^2=.076, Adj R^2=.066, SEE=3.452, F=7.548, p<.05) It is suggested that healthcare workers should develop strategies to promote the perception of the severity of chronic kidney disease due to hypertension

Keywords: chronic kidney disease; hypertension; self-care behavior

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ความดันโลหิตมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โรคนี้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 ล้านคน สำหรับประเทศไทย จากผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 14 ล้านคน และกว่า 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วย[1-2] เนื่องจากโรคนี้มักจะไม่แสดงอาการที่ชัดเจนในระยะเริ่มต้น หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น และอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตได้ จากการรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคพบว่า ประเทศไทยพบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ปี 2561-2563 เท่ากับ 13.13 14.21 และ 14.22 ตามลำดับ[3] สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ การขาดความตระหนักและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงและไขมันในปริมาณสูง การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคนี้มากขึ้น และหากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการดูแลรักษาอาจนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนและโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะที่มีการทำงานของหน่วยเนฟรอน (nephron) ของไตลดลงอย่างถาวรแก้ไขไม่ได้ ตรวจได้จากค่าการทำงานของไตที่สูญเสียไป (GFR<60 มล./นาที/1.73 ตร.เมตร) ร่วมกับกายวิภาคของไตที่เปลี่ยนแปลงไป[4] ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาสมดุลของเหลวในร่างกาย การควบคุมน้ำและแร่ธาตุต่าง ๆ ในเลือด การกำจัดของเสียออกจากเลือด การกำจัดยาและพิษออกจากร่างกาย และการหลั่งฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือด และถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม จะยิ่งทำให้การดำเนินของโรคไตเรื้อรังเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมักจะมีอาการรุนแรงมากจนถึงเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นโรคที่อันตราย แต่ก็เป็นโรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะยาวหากผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม

จังหวัดอุตรดิตถ์ พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยปี 2560-2562 พบความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 22.84 23.67 และ 23.94 ตามลำดับ สำหรับพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่ามีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2560-2562 พบจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 489 519 และ 534 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวน 33 39 และ 69 รายตามลำดับ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 6 รายในปี 2559 เป็น 11 รายในปี 2560[5] จากข้อมูลการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็มจัด ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 150 นาทีต่อสัปดาห์ งดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดน้ำหนักตัว นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ ไม่เครียด[6] จึงมีความสำคัญต่อการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมนั้น จำเป็นต้องมีการค้นหาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมพฤติกรรมได้ถูกต้องเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้

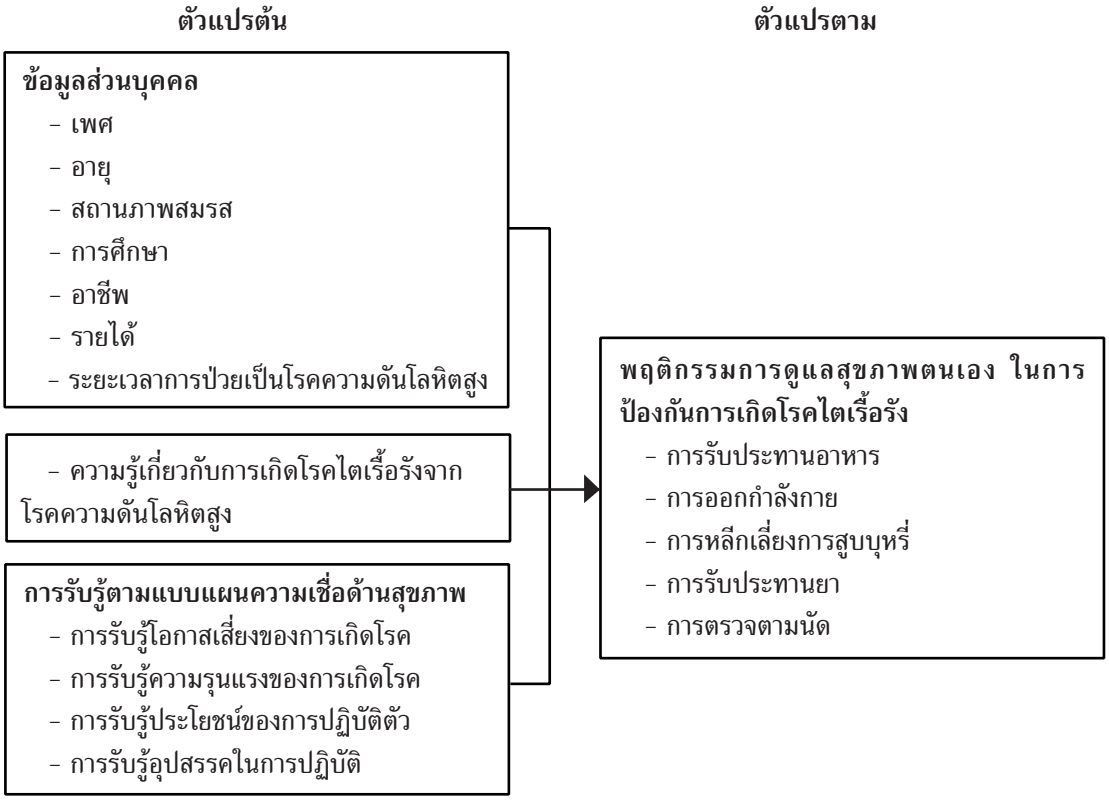
ความเข้าใจเกี่ยวโรคที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีหลายการศึกษาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[7-9] เนื่องจากความรู้คือสิ่งที่สั่งสมจากการศึกษาเล่าเรียน จากการค้นคว้าหรือประสบการณ์ ซึ่งในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าการได้มาซึ่งความรู้มีหลายทาง เช่น ความรู้จากการอบรม ความรู้จากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพหรือความรู้จากสื่อต่าง ๆ และพบว่าผู้ที่มีความรู้อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง[7] ขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อโรคที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วย ดังแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock[10] ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตพอสมควร และการปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตัวผู้ป่วยโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของตนเอง เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย[11-14] นอกจากนี้ปัจจัยร่วมต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา[15] เพศ[8] สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้[11] และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง) ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง) มาใช้ในการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการสร้างความรู้และการรับรู้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชนและรัฐบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ของปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง) ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง) ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 345 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และรับยาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 186 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง/โรคร่วม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน 2) อัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับหรือมากกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร 3) มีอายุระหว่าง 40-69 ปี 4) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุดคือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมี 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาล และความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การรับประทานยา และการตรวจตามนัด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อความที่ถูก ใช่ 1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนน ไม่ทราบ 0 คะแนน และข้อความที่ผิด ใช่ 0 คะแนน ไม่ใช่ 1 คะแนน ไม่ทราบ 0 คะแนน การตัดสินระดับความรู้ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Bloom[16] ดังนี้ ระดับความรู้สูง หมายถึง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 80% ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง มีระดับคะแนนระหว่าง 60-79% และระดับความรู้ต่ำ หมายถึง มีระดับคะแนนน้อยกว่า 60%

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การรับประทานยาและการตรวจตามนัด จำนวน 15 ข้อ แบ่งกลุ่มตามลักษณะความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตน คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อความเชิงบวก ปฏิบัติสม่ำเสมอเท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อความลบให้กลับค่าคะแนน การตัดสินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง และควรปรับปรุง โดยใช้ ค่าคะแนนสูงสุด–ค่าคะแนนต่ำสุด/3 ได้ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองดังนี้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยเท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อความเชิงลบให้ทำการกลับค่าคะแนน โดยเกณฑ์การตัดสินระดับการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ มีการรับรู้อยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00) มีการรับรู้อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25) มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50) มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ (ผู้ปฏิบัติ

การพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์) 1 ท่าน ตรวจสอบแล้วนำมาคิดค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง .60-1.00 หลังจากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) สำหรับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 และ .76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ 041/62 วันที่ 5 สิงหาคม 2562 ก่อนการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ คำตอบหรือข้อมูลจากการวิจัยที่ได้รับจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีการระบุถึงตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์แล้ว ผู้วิจัยพบนายกเทศมนตรีตำบลป่าเซ่า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่าในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง วัน เวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อถึงกำหนดวัน เวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยและทีมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา ที่นัดหมายไว้ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise regression analysis) ซึ่งผลการตรวจสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นและมีการแจกแจงปกติ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicolinearity)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.75) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.70) อายุเฉลี่ย 57.85 ปี (SD.=6.76) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.58) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.11) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.10) โดยมีรายได้ต่อเดือน

อยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 62.90) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 5,238.72 บาท (SD.=3,901.10) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (ร้อยละ 56.99) ระยะเวลาเฉลี่ยของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6.54 ปี (SD.=4.61)

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ตัวแปรทำนาย	B	SE_b	β	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	.374	.156	.181	2.404*	.017
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง	-.302	.146	-.156	-2.061*	.041
Constant (a)=33.083, R=.276, R^2=.076, Adj R^2=.066, SEE=3.452, F=7.548, p<.05					

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 7.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และสามารถสร้างสมการทำนายในรูปแบบค่าคะแนนมาตรฐาน (standardized score) ดังนี้

$$Z_{(\text{พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง})} = .181Z_{(\text{การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค})} - .156Z_{(\text{การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ})}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังคือ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้และมีความเชื่อว่าโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต[10] การรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสียที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย จะเป็นความเชื่อที่ผู้ป่วยประเมินเองว่าการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เป็นอันตรายต่อตนเอง และมีผลกระทบต่อบทบาทของตนเองในสังคม ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Palitnonkert, et.al.[17] ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rahmati-Najarkolaei, Tavafia, Fesharaki & Jafar[18] ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษามหาวิทยาลัยเตหะรานได้

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่ว่า

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใด ๆ บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจึงขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย[10,15] การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Luenam, et.al.[19] ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rasamejam, Akaratanapol, Limteerayos & Khungtumneam[20] ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

เพศและอายุ ผลการศึกษาพบว่า เพศและอายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย หรือจะมีอายุเท่าใดก็ตาม เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรไม่แตกต่างกัน จึงอาจทำให้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tajarernwiriyakul and SilawongSuwannakud[11] ที่พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ ผลการศึกษาพบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.58) ซึ่งแสดงถึงการมีแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแล และช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเหมือนกัน นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.11) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.10) โดยมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท มากที่สุด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีเวลาจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองเนื่องจากต้องทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว จึงอาจทำให้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้

ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่นาน คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (ร้อยละ 56.99) ระยะเวลาเฉลี่ยของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6.54 ปี และยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง จึงทำให้ระยะเวลาการป่วยไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้

ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ คือ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 45.70) และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.11) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท มากที่สุดซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจมีผลทำให้ความสามารถในการเรียนรู้หรือแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ เช่น อินเตอร์เน็ท สื่อออนไลน์น้อย นอกจากนี้แม้ว่าความรู้จะเป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ซึ่งอาจจะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย[8] ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังน้อย จึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kooariyakul & Meesri[5] ที่พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ Hudsadin[21] ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Larki, Tahmasebi & Reisi[22] พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้สุขภาพต่ำไม่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ดังนั้นบุคลากรที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง จึงควรวางแผนการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงให้มากขึ้น เช่น การให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ตรง และควรมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่รู้สึกว่าการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง นอกเหนือจากปัจจัยที่ศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยที่ศึกษาครั้งนี้มีอำนาจการทำนายเพียงร้อยละ 7.6 ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่น ๆ อีก ที่ยังไม่ได้นำมาศึกษา เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย รวมถึงตรวจสอบรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ขอขอบคุณนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลป่าเซ่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และท้ายสุดนี้ขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ที่สนับสนุนและให้กำลังใจในการดำเนินการวิจัยมาตลอดจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Division of Non communicable disease. World Hypertension Day [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 12]. Available from http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=14345&gid=18.
2. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao. The 6th health surveys by using physical examination report in 2020-2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership.2021.(in Thai).
3. Division of Non-communicable disease. Non-communicable disease data: the number and mortality rate of 5 NCD in 2015-2020 [Internet].2022. [cited 2022 Aug 13]. Available from http://www.thaincd.com/2016/mission/documents detail.php?id= 13893&tid=32& gid=1-020.
4. Wongsaree C. Medical and surgical nursing care : kidney & urinary disease. Bangkok: NP Press Limited Partnership.2016.(in Thai)

5. Kooariyakul A, Meesri C. Knowledge and self - care behaviors of patients with hypertension at Tambon Pasao health promoting hospital, Amphur Mueang, Uttaradit province. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017;9(2):28-40. (in Thai).
6. Thai Hypertension Society.2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai : Trickthink. 2019.(in Thai)
7. Kummak P, Kummak S, Kagmmunee M. Factors related to self-care behaviors among patients with hy pertension. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2015;2(3):74-91.(in Thai)
8. Onsrinoi N. Predictive factors of hypertension preventive bebaviors among people with pre-hypertension. [Master thesis]. Chonburi: Burapha University.2016.(in Thai)
9. Armeeroh A, Poum A. Knowledge and attitude associated with self-care behavior among hypertension patients in Kohsathon sub-district, Takbai district, Narathiwat province. WICHCHA Journal 2018; 37(1):38-49.(in Thai)
10. Powwattana A, Kalampakorn S, Lagampan S, Amnatsatsue, K. Health promotion and disease prevention in community: An application of concepts and theories to practice. Bangkok: Klungnana Printing Press; 2012.(in Thai)
11. Tajarernwiriyakul A, SilawongSuwannakud K. Health perceives and self-care behaviors of people with diabetes mellitus in Tungmon subdistrict, Prasat district, Surin province. Research and Development Health System Journal 2016; 9(2):331-8.
12. Suhiran A, Poum A. Association between health perception and self-care behavior among diabetes mellitus type II patients in Payuhakiri district, Nakhonsawan province. The Golden Teak : Science and Technology Journal.2017;4(2):35-44.(in Thai)
13. Soynahk C, Kompayak J, Punthasee P. A Study of health belief model and the risk of type 2 diabetes in working muslim populations. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19(Supplement):267-77. (in Thai)
14. Azadi NA, Ziapour A, Lebni, JY, Irandoost SF, Abbas J & Chaboksavar F. The effect of education based on health belief model on promoting preventive behaviors of hypertensive disease in staff of the Iran university of medical sciences. Arch Public Health 2021;79(69).
15. Zurick P. Health promotion : concepts, theory & innovation. Bangkok : Green Life Printing House;2017. (in Thai)
16. Sirisuwan P. Effects of health promotion programs for prevention new case of diabetes mellitus in a diabetes risk group in Singkok sub-district, Kasetwisai district, RoiEt province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin2018;8(1):45-58.(in Thai)
17. Palitnonkert A , Sriarun J, Chadlee N, Jantong T, Janpurm A, Chaisunan C, Pumpothong S. Health belief model related to self-care behavior of patients with hypertension at Bangsamak sub-district health promoting hospital, Bangpakong district, Chachoengsao province. APHEIT Journals 2018;7(2):43-52. (in Thai)
18. Rahmati-Najarkolaei F, Tavafia SS, Fesharaki MG, Jafar MR. Factors predicting nutrition and physical activity behaviors due to cardiovascular disease in Tehran university students: Application of health belief model. Iran Red Crescent Medical Journal 2015;17(3): 1-6.

19. Luenam A, Ngamkham N, Sangsawang D, Pengpanich W, Rattanasuwannachai K, Sengla W, Prachuntasen K. Predictive factors of self-care behavior for prevention of hypertension among population group at risk. HCU Journal 2019;23(1):93-106.(in Thai)
20. Rasamejam P, Akaratanapol P, Limteerayos P, Khungtumneam K. Factors predicting health promoting behaviors among Thai Muslim with hypertension. Journal of Nursing, Siam University 2018;19(37):56-68.(in Thai)
21. Hudsadin L. Factors predicting with self-care behaviors in hypertensive agings in out-patient department Ranode hospital. Journal of MCU Nakhondhat 2020;7(7):373-86.(in Thai)
22. Larki A, Tahmasebi R, Reisi M. Factors predicting self-care behaviors among low health literacy hypertensive patients based on health belief model in Bushehr district, South of Iran. [Internet].2018 [cited 2022 Aug 12]. Available from https://doi.org/10.1155/2018/9752736.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร

Factors Predicting Preventive Behaviors in Road Traffic Injury among Motorcycle Riders in the Northern Bangkok Area

โสพรรณ โพทะยะ[1] วิลัยลักษณ์ อินทาราม[2] คณิตราพร ประกอบกิจ[1]

Soparn Potaya[1] Wilailak Intaram[2] Kanittraporn Prakobkit[1]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

[2]โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

[1]Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

[2]Bhumibol Adulyadej Hospital, Royal Thai Air Force

Corresponding author: Kanittraporn Prakobkit; Email: Kanittraporn.pra@cra.ac.th

Received: March 17, 2022 **Revised:** June 20, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานครจำนวน 430 คน โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจร และแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .87 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$=4.31, SD=.46) ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร (β=.36, p<.01) เจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการป้องกันอุบัติภัยจราจร (β=.27, p<.01) อายุ (β=.26, p<.01) เพศ (β=.13, p<.05) และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (β=-.14, p<.05) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ร้อยละ 31.6 ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร เจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการป้องกันอุบัติภัยจราจร และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ โดยคำนึงถึงเพศและอายุของผู้ขับขี่ เพื่อนำไปสู่การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย; ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์; การป้องกันอุบัติภัยจราจร; พฤติกรรมการป้องกัน

Factors Predicting Preventive Behaviors in Road Traffic Injury among Motorcycle Riders in the Northern Bangkok Area

Soparn Potaya[1] Wilailak Intaram[2] Kanittraporn Prakobkit[1]

[1]Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

[2]Bhumibol Adulyadej Hospital, Royal Thai Air Force

Corresponding author: Kanittraporn Prakobkit; Email: Kanittraporn.pra@cra.ac.th

Received: March 17, 2022 **Revised:** June 20, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

Abstract

This predictive study aimed to determine the factors that predicted the preventive behavior of motorcycle riders in northern Bangkok in relation to road traffic injuries. The research framework was based on the protection motivation theory. A total of 430 motorcyclists in northern Bangkok took part in this study. Simple random sampling was used to recruit these participants. The research instruments was self-administration questionnaire, which consisted of a personal information part, a preventive behavior for road traffic injury part, and a perception factors part. The reliabilities of the preventive behaviors and perception factors were .87 and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression. The results revealed that motorcyclists' overall preventive behaviour was at a high level ($\overline{X}$=4.31, SD=.46). Factors that influenced prediction were perceive probability of road traffic injury (β=.36, p<.01), intention to protect against road traffic injury (β=.27, p<.01), age (β=.26, p<.01), sex (β=.13, p<.05) and coping response efficacy (β=-.14, p<.05). These factors accounted for 31.6 percent in the variation of preventive behaviors among motorcyclists. This finding should be used to improve motorcyclists' preventive behaviors for road traffic injuries by increasing perceive likelihood of road traffic injuries, intention to protect against road traffic injuries, and coping response efficacy, by taking into consideration of sex and age, to maintain preventive behaviors for road traffic injuries.

Keywords: factors predicting; motorcycle rider; preventive behavior; road traffic injury

ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติภัยจราจรเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติภัยจราจร 1.35 ล้านคน โดยร้อยละ 93 เกิดในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ส่วนใหญ่ของผู้เสียชีวิตเป็นคนเดินเท้า คนขี่จักรยาน และผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ และอุบัติภัยจราจรเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในกลุ่มเด็ก เยาวชนและคนหนุ่มสาว อายุ 5-29 ปี[1] สำหรับประเทศไทยถูกจัดให้เป็นประเทศที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติภัยจราจรสูงเป็นอันดับเก้าของโลก และเป็นอันดับหนึ่งในเอเชียและภูมิภาคอาเซียน โดยประมาณการเสียชีวิต 32.7 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนหรือมีผู้เสียชีวิตปีละ 22,491 คนหรือวันละ 60 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตจากอุบัติภัยรถจักรยานยนต์ถึงร้อยละ 74.4 ซึ่งหากคิดสัดส่วนต่อจำนวนประชากรของประเทศแล้ว ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติภัยรถจักรยานยนต์สูงที่สุดในโลก[2] โดยกลุ่มประชากรที่เสียชีวิตสูงสุดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 15-19 ปี[3] ซึ่งเป็นกำลังหลักที่จะพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

รายงานจากเว็บไซต์เวิลด์แอตลาส (world atlas) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของศูนย์วิจัยพิว (Pew research center) พบว่าประเทศไทยมีผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะสูงที่สุดในโลกถึงร้อยละ 87 ของครัวเรือน[4] สถิติการจดทะเบียนยานพาหนะของกรมการขนส่งทางบก ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 พบว่า มีรถจักรยานยนต์ทั่วประเทศ 21,567,486 คัน เพิ่มขึ้นจากปี 2562 จำนวน 1,683,710 คัน ในจำนวนนี้เป็นรถที่จดทะเบียนในกรุงเทพมหานคร 417,062 คัน ทำให้ปัจจุบันมีรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนสะสมในกรุงเทพมหานครรวม 3,967,313 คัน[5] ปริมาณรถจักรยานยนต์ที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากจำนวนประชากรที่หนาแน่นมากขึ้น ปัญหาการจราจรติดขัด ภาวะเศรษฐกิจ สังคมและวิถีชีวิตของคนเมือง ทำให้มีการใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะเพิ่มมากขึ้นเพื่อการสัญจรที่สะดวกรวดเร็ว เนื่องจากรถมีขนาดเล็ก มีความคล่องตัวแม้การเดินทางในชั่วโมงเร่งด่วน สามารถเข้าถึงตรอกซอกซอยได้ดี ช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงปริมาณการใช้รถจักรยานยนต์ในการให้บริการรับส่งสินค้าอุปโภคบริโภคถึงที่พักอาศัยที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยอาจนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติภัยจราจรได้ จากข้อมูลของกรุงเทพมหานครพบว่าในปี 2559 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติภัยจราจร 600 คน กว่าร้อยละ 90 เสียชีวิตจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตชั้นนอกของกรุงเทพมหานคร ซึ่งพื้นที่ 12 เขตที่มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติภัยจราจรสูง ได้แก่ เขตลาดกระบัง บางขุนเทียน หนองจอก ประเวศ มีนบุรี ตลิ่งชัน สายไหม บางเขน ลาดพร้าว ดอนเมือง บางบอน และเขตจอมทอง ตามลำดับ[6]

เป็นที่ทราบกันว่าสาเหตุของการเกิดอุบัติภัยจราจรมาจากสามปัจจัยหลัก คือ ผู้ขับขี่ ยานพาหนะ ถนนและสภาพแวดล้อม[7] โดยสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความบกพร่องของผู้ขับขี่[8] ที่ผ่านมาแม้ว่าภาครัฐจะมีมาตรการเพื่อป้องกันอุบัติภัยจราจร แต่ผลของการประชาสัมพันธ์และการใช้กฎหมายให้ผลเพียงระยะสั้นเท่านั้นไม่ได้ก่อให้เกิดผลเชิงพฤติกรรมที่ยั่งยืน แนวโน้มของปัญหาอุบัติภัยจราจรและพฤติกรรมเสี่ยงยังไม่ลดลง[8] โดยพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่ คือ การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับขี่รถผิดกฎจราจรและการดื่มแอลกอฮอล์[9] การแก้ไขปัญหาจึงต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมอุบัติภัยจากรถจักรยานยนต์ เพราะอุบัติภัยสามารถป้องกันได้หากผู้ขับขี่มีพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัย ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรเปรียบเสมือนพฤติกรรมการป้องกันโรคตามแนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค (theory of protection motivation) ของ Roger[10] ที่อธิบายว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพต้องเกิดจากความกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพร่างกาย ซึ่งความกลัวของบุคคลเกิดจากกระบวนการรับรู้ใน 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (noxiousness) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived probability) 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ประกอบด้วยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) และการรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy) ที่จะควบคุมหรือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลด

ความเสี่ยงนั้น ส่งผลให้บุคคลมีเจตนาเชิงพฤติกรรมและเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคตามมา ซึ่งความเชื่อหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยทางชีวภาพ ประสบการณ์และสภาวะแวดล้อมในขณะนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำแนวคิด ทฤษฎี และรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) PRECEDE-PROCEED model และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (the theory of planned behavior) ซึ่งผลการศึกษามีความหลากหลายของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งชักนำกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติภัยร่วมกับความรู้พระราชบัญญัติจราจรทางบกและเพศชายมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจากการขับขี่รถจักรยานยนต์[11] การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่ปลอดภัย อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลของเพื่อนเป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์[12] แม้ว่าผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์จะรับรู้ประโยชน์ของกฎหมายหมวกนิรภัย หมวกนิรภัยช่วยลดความรุนแรงจากอุบัติภัย และนโยบายการรณรงค์สวมหมวกนิรภัยเป็นสิ่งที่ดี มีเพียงร้อยละ 57.7 ที่สวมหมวกนิรภัย[13] โดยปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในสังคมเมืองและสังคมชนบทมีความแตกต่างกัน[14] สำหรับปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ ประสบการณ์การเกิดอุบัติภัย และการมีใบอนุญาตขับขี่ มีความสัมพันธ์และไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์[11,13] จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนถึงความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งชักนำกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์

ที่ผ่านมายังพบผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง จำนวนผู้บาดเจ็บและผู้สูญเสียชีวิตจากอุบัติภัยรถจักรยานยนต์ที่คงสูงอย่างต่อเนื่อง จากสถิติผู้ได้รับอุบัติภัยรถจักรยานยนต์ที่รับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ปี พ.ศ.2560, 2561, 2562 มีจำนวน 3,120, 2,990 และ 2,983 รายตามลำดับ ประกอบกับทำเลที่ตั้งและพื้นที่โดยรอบของโรงพยาบาล คือ เขตสายไหม เขตบางเขน และเขตดอนเมือง ซึ่งอยู่ในพื้นที่เขตตอนเหนือและเป็น 3 ใน 12 เขตของกรุงเทพมหานครที่มีผู้เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บจากอุบัติภัยจราจรสูง[6] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตสายไหม เขตบางเขน และเขตดอนเมือง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Roger[10] ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ และเจตนาเชิงพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติภัยจราจร ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ การมีใบอนุญาตขับขี่ อายุของรถจักรยานยนต์ที่ใช้งาน ประสบการณ์การเกิดอุบัติภัยจราจร การบาดเจ็บจากอุบัติภัยจราจร และการถูกตำรวจจับหรือเคยชำระค่าปรับจากการขับขี่รถผิดกฎจราจร เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการหาแนวทางส่งเสริมผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ให้มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ เจตนาเชิงพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติภัยจราจร และปัจจัยด้านบุคคล สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (predictive study) โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Roger[10] เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ใช้เส้นทางในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตสายไหม เขตบางเขน และเขตดอนเมือง ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษา (inclusion criteria) คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane[15] กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 440 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละเขตโดยการสุ่มอย่างง่าย ภายหลังการเก็บข้อมูลได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมดจำนวน 430 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างและดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ การมีใบอนุญาตขับขี่ อายุของรถจักรยานยนต์ที่ใช้งาน ประสบการณ์การเกิดอุบัติภัยจราจร การบาดเจ็บจากอุบัติภัยจราจร ลักษณะการเกิดอุบัติภัยจราจร ประสบการณ์การถูกตำรวจจับหรือเคยชำระค่าปรับจากการขับขี่รถผิดกฎจราจร และแหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้รถใช้ถนน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ผู้วิจัยสร้างและดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การปฏิบัติตามกฎจราจร การขับขี่ด้วยความระมัดระวัง การสวมหมวกนิรภัย การดูแลสภาพร่างกายและจิตใจ และการตรวจสภาพยานพาหนะ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน แปลผลโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม คือ ระดับคะแนน 4.21-5.00 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยอยู่ในระดับดีมาก ระดับคะแนน 3.41-4.20 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยอยู่ในระดับดี ระดับคะแนน 2.61-3.40 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยอยู่ในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 1.81-2.60 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยอยู่ในระดับต่ำ ระดับคะแนน 1.00-1.80 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยอยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดของ Roger[10] ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ และเจตนาเชิงพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติภัยจราจร ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนน 1-4 คะแนน แปลผลโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน ระดับคะแนน 3.26-4.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับดีมาก ระดับคะแนน 2.51-3.25 หมายถึงการรับรู้อยู่ในระดับดี ระดับคะแนน 1.76-2.50 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 1.00-1.75 หมายถึงการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านอุบัติภัย 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC : index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรเท่ากับ .87 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้โดยรวม เท่ากับ .93 โดยปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันอุบัติภัยจราจร และเจตนาเชิงพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติภัยจราจร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70, .82, .89, .84 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการวิจัยที่ 076/2563 วันที่อนุมัติ 18 กันยายน 2563 และมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ข้อมูลคำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ใช้เส้นทางในเขตสายไหม เขตบางเขน และเขตดอนเมืองตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการวิจัยตามเอกสารจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าใจพร้อมลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแต่ละด้านกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่า overall F-test ทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ และสร้างสมการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยมีการจัดกระทำต่อตัวแปรต้นที่เป็นตัวแปรนามบัญญัติให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อนนำมาวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร จำนวน 430 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.8 อายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 33 สถานภาพโสด ร้อยละ 51.6 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 35.3 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 54 มีประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 73 มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 63.3 รถจักรยานยนต์ที่ใช้งานมีอายุการใช้งานไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 52.8 เคยประสบอุบัติภัยจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 37.2 โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากรถคว่ำหรือล้มเอง เคยถูกตำรวจจับหรือเคยชำระค่าปรับจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 10 สาเหตุจากการขับขี่รถผิดกฎหมายจราจร ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ และเมาแล้วขับ สำหรับแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการใช้รถใช้ถนน ส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลจากสื่อออนไลน์ โทรทัศน์ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนหรือคนรู้จัก ร้อยละ 59.5, 47.4, 47.4, และ 47.2 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันอุบัติภัยจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.31 (SD=.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.42, SD=.72) รองลงมาคือการขับขี่ด้วยความระมัดระวัง ($\overline{X}$=4.41, SD=.56) การตรวจสภาพรถ ($\overline{X}$=4.37, SD=.66) การขับขี่รถตามกฎจราจร ($\overline{X}$=4.21, SD=.53) และความพร้อมของสภาพร่างกายและจิตใจ ($\overline{X}$=4.19, SD=.74)

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนปัจจัยด้านการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย 3.46 (SD=.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับดีมาก 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติภัยจราจร ($\overline{X}$=3.48, SD=.55) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ($\overline{X}$=3.56, SD=.44) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ ($\overline{X}$=3.44, SD=.45) และเจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการป้องกันอุบัติภัยจราจร ($\overline{X}$=3.57, SD=.43) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจรอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=3.23, SD=.46)

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร (β=.361, p<.001) เจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการป้องกันอุบัติภัยจราจร (β=.267, p<.001) อายุ (β=.263, p<.001) เพศ (β=.129, p<.005) และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (β=-.136, p<.05) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ ร้อยละ 31.6 โดยมีสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์=2.183+.357(การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร)+.091(อายุ)+.283(เจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร)+.122(เพศ)-.142(การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร (n=430)

ตัวทำนาย	B	Beta	t	p- value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัย	.357	.361	7.893*	<.001
อายุ	.091	.263	6.490*	<.001
เจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการป้องกันอุบัติภัย	.283	.267	4.658*	<.001
เพศ	.122	.129	3.101**	.002
การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ	-.142	-.136	-2.267***	.024
ค่าคงที่ (Constant)	2.183			
R=.562 R^2=.316 F= 39.159				

*p<.001 **p<.01***p<.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรจากรถจักรยานยนต์โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$=4.31, SD=.45) โดยพฤติกรรมด้านการสวมหมวกนิรภัยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.42, SD=.72) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khachi and Rachaya[16] ที่พบว่าพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยตามกฎหมายของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียนสังกัดเทศบาล ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.31, SD=.35) โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านเมาไม่ขับ การใช้ความเร็วตามที่กำหนด ใบอนุญาตขับขี่และการสวมหมวกนิรภัย และผลการศึกษาของ Naruedee, Wassana, Ratthaphon, Pimchannapa, Rungnapha and Teeraphat[17] ที่พบว่าพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.52, SD=.66) โดยพฤติกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากสุดเรียงตามลำดับ คือ ด้านใบอนุญาตขับขี่ ด้านเมาไม่ขับ การสวมหมวกนิรภัย การใช้ความเร็วตามที่กำหนด และด้านมอเตอร์ไซด์ปลอดภัย (การตรวจสภาพรถ) ผลการศึกษาที่ได้ต่างจากรายงานการศึกษาอื่นที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาและนักศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง[11-12,18]

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยปัจจัยด้านการรับรู้ 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร (β=.361, p<.001) เจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการป้องกันอุบัติภัยจราจร (β=.267, p<.001) และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (β=-.136, p<.05) และปัจจัยด้านบุคคล 2 ปัจจัย ได้แก่ อายุ (β=.263, p<.001) และเพศ (β=.129, p<.005) โดยทั้ง 5 ปัจจัยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ร้อยละ 36.1 ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจรสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ผลการศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค[10] และสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Chanaphat and Chakkraphan[11] อธิบายได้ว่าแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรนั้น เกิดจากความกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพร่างกาย ซึ่งความกลัวเกิดจากการรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้รถใช้ถนนจากสื่อออนไลน์ โทรทัศน์ สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนหรือคนรู้จัก ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่โน้มน้าวจิตใจผู้ขับขี่ให้เกิดความกลัว และรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดอุบัติภัยจราจร แต่หากวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่คะแนนต่ำสุด คือ “การขับขี่รถจักรยานยนต์ในระยะทางใกล้ ๆ ในหมู่บ้านหรือในซอยไม่จำเป็นต้องสวมหมวกนิรภัย” รองลงมา คือ “การขับขี่รถบนทางเท้าหรือการขับขี่ย้อนศรช่วยย่นระยะทางให้สั้นลง” ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของอุบัติภัยจราจร[9]

การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Roger[10] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน[12,19] ซึ่งอธิบายได้ว่าหากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์จากพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นผลดีต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะส่งผลให้มีเจตนาที่จะปฏิบัติและเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ได้ต่างจากการศึกษาของ Kamolchanok[13] ที่ทำการศึกษาปัจจัยของนิสิตมหาวิทยาลัยในการสวมหมวกนิรภัย ผลการศึกษาพบว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะเห็นด้วยว่ากฎหมายหมวกนิรภัยมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ หมวกนิรภัยช่วยลดอุบัติภัยจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ และนโยบายการรณรงค์สวมหมวกนิรภัย 100 เปอร์เซ็นต์ในมหาวิทยาลัยเป็นสิ่งที่ดี แต่มีนิสิตมหาวิทยาลัยร้อยละ 57.7 ที่สวมหมวกนิรภัย การรับรู้ถึงประโยชน์และนโยบายการสวมหมวกนิรภัยยังไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจเพียงพอให้นิสิตมหาวิทยาลัยสวมหมวกนิรภัย

เจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการป้องกันอุบัติภัยจราจรสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค[10] และรายงานการศึกษาของ Isara & Kanyaprin[19] ที่พบว่า เจตนาเชิงพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎจราจรมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในจังหวัดสงขลา และเจตนาเชิงพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎจราจรมีอิทธิพลคั่นกลางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎจราจรกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎจราจร และการศึกษาของ Kukiet & Wiphada[20] พบว่าความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษา อธิบายได้ว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติหรือเจตนาที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ หากบุคคลมีความตั้งใจหรือมีเจตนาที่จะปฏิบัติสูง ก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นสูงตามไปด้วย

อายุสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ อธิบายได้ว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีประสบการณ์ชีวิตเพิ่มขึ้นสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสาร มีกระบวนการคิดและการตัดสินใจได้ดี การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.5 มีอายุ 20-59 ปี เป็นผู้ใหญ่วัยทำงาน มีประสบการณ์ อาจได้รับข้อมูลมากมายจากแหล่งต่าง ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ในการประเมินความเสี่ยงของตนเองและตัดสินใจว่าจะใช้มาตรการป้องกันต่อภาวะคุกคามนั้นหรือไม่ รายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติภัยรถจักรยานยนต์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[21] และผู้เสียชีวิตจากอุบัติภัยรถจักรยานยนต์ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-19 ปี[3] ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร เนื่องจากเป็นวัยที่คึกคะนอง ขาดประสบการณ์ในการขับขี่ และขาดความระมัดระวัง[7] อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ได้แตกต่างจากการศึกษาของ Chanaphat and Chakkraphan[11] ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

เพศสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanaphat and Chakkraphan[11] ที่พบว่า เพศสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในสถาบันกวดวิชาเขตปทุมทอง จังหวัดพิษณุโลก และการศึกษาของ Kamolchanok[13] ที่พบว่าเพศมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการศึกษาลักษณะของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติภัยรถจักรยานยนต์และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง[3,21] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศชายมีความมั่นใจในตนเองมีนิสัยกล้าเสี่ยง ชอบความท้าทาย และมีอารมณ์ก้าวร้าว อีกทั้งเพศชายมักจะขับขี่รถด้วยความเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดและดื่มสุราขณะขับขี่[22] ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างจากการศึกษาของ Kukiet and Wiphada[20] ที่พบว่าเพศไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันอุบัติภัยจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยการประสานความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทำการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และใช้วิธีการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ทั้งสื่อสาธารณะและในหลักสูตรการศึกษา รวมทั้งการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงให้มีความรู้ความเข้าใจ เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยจราจร และรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ เพื่อจูงใจให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีเจตนาเชิงพฤติกรรมและเกิดพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจร โดยคำนึงถึงเพศและอายุของผู้ขับขี่ เพื่อนำไปสู่การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้มีปัจจัยที่นำมาศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรได้เพียงร้อยละ 36.1 แสดงว่ายังมีตัวแปรอื่นที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจร ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรเพิ่มเติม เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และมีการศึกษาวิจัยด้วยรูปแบบอื่น เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยของกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และกลุ่มตัวอย่างผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ได้สละเวลาตอบแบบสอบถามการวิจัย

References

1. World Health Organization [WHO]. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization;2018.
2. Office of Transport and Traffic Policy and Planning, Ministry of Transport. Ministry of Transport road accident analysis annual report 2019 [internet].2020 [cited 2020 Jul 01]. Available from: https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF /2563-06/25630601-RoadAccidentAna2562_Final.pdf
3. Pimpa T, Natthaprang N, Kanjanee D. Epidemiological study on road traffic injury with focus motorcycle injuries and policy recommendations. Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand.2016;47(25) :385-393.(in Thai)
4. Misachi J. Countries with the highest motorbike usage [internet].2019 [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://www.worldatlas.com/articles/countries-that-ride-motorbikes.html
5. Department of Land Transport, Planning division, Transport Statistics Group. Transport statistics report 2020 [internet]. 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: https://web.dlt.go.th/statistics
6. Wanchai T. Progress announcement on Bloomberg initiative for global road safety [internet]. 2017 [cited 2017 July 26]. Available from: https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/1017449
7. Watcharapong R, Narongsak N. Motorcycle accidents in Thailand: epidemiology perspective. HCU Journal of Health Science.2019;23(1):146-60.(in Thai)

8. Division of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2019. Bangkok: Aksorn Graphic and Design;2020.(in Thai)
9. Tanunchai B, Koolarb R, Chingchai M, Tanongsak Y. Risk factors on behavior and impairment of motorcycle riders in an industrial area affecting the severity of traffic accident. Journal of Public Health.2016;46(3):261-70.(in Thai)
10. Roger RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In J.T. Cacioppo & R.E. Petty (Eds.). Social psychophysiology. A sourcebook. New York: Guilford;1983.p153-176.
11. Chanaphat B, Chakkraphan P. Factors influencing motorcycle accident prevention behaviors of high school student in Pathumthong tutor, Phitsanulok province. Proceeding & Abstracts of 12th Naresuan Research Conference.2016;798-808.(in Thai)
12. Kamolwan K, Nisakorn K, Suwanna J. Factors predicting safety behaviors in motorcycle riding among male senior high school students in the eastern region. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2019;27(4):42-52.(in Thai)
13. Kamolchanok S. The study of factors of university students in wearing helmet. JHSS BUU. 2018;26(52): 216-35.(in Thai)
14. Dissakoon C, Siradol S, Vatanavongs R, Sajjakaj J, Duangdao W. A study of factors affecting intention of helmet use: an application of the theory of health belief model. Technical Education Journal King Mongkut's University of Technology North Bangkok.2017;8(1):26-35.(in Thai)
15. Yamane T. Statistics, An introductory analysis.3rd ed. New York: Harper & Row Publisher;1973
16. Khachi DNA, Rachaya P. Behaviors regarding motorcycle safe under the law of preschool children's parents, Hau Hin municipality, Prachuap Khiri Khan province. JOPN.2019;11(1):163-71.(in Thai)
17. Naruedee P, Wassana W, Ratthaphon P, Pimchannapa K, Rungnapha DM, Teeraphat P. Behaviors of safe bike riding among the riders of undergraduate, Nakhonratchasima College. Pathumthani University Academic Journal.2021;13(1):203-14.(in Thai).
18. Phathicha P, Sureepun V, Thavatchai V, Yuwadee R, and Kasem C. Factors influencing safety-helmet wearing behaviors to prevent accidents from motorcycle riding of students in the Institute of Physical Education, Chonburi campus. Academic Journal of Thailand National Sports University2020;12(2):226-38.(in Thai)
19. Isara T, Kanyaprin T. Factors affecting traffic rule compliance behavior of motorcycle riders in Songkhla province. Humanities & Social Science2020;37(1):161-86.(in Thai)
20. Kukiet K, Wiphada S. Causal factors affecting helmet use behavior among public health students of Pibulsongkram Rajabhat university, Phitsanulok province. J Sci Technol MSU2020;39(3):323-30.(in Thai)
21. Piyawara M, Intanon I. Locations of motorcycle accidents and characteristics of the patients presenting at the emergency department of Thammasat university hospital. TMJ.2018;18(4):579-89.(in Thai)
22. Chumpawadee U, Homchampa P, Thongkrajai P, Suwannimitr A, Chadbunchachai W. Factors related to motorcycle accident risk behavior among university students in Northeastern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health2015;46(4):805-21.(in Thai)

ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่อาศัยอยู่ในชุมชน

The Effects of the Application of the Health Belief Model and Family Support Program on Recurrence Stroke Prevention among First Episode Stroke Survivors Dwelling in a Rural Community

ธนาภรณ์ ปิ่นแก้ว[1] วีณา เที่ยงธรรม[2] ปาหนัน พิชยภิญโญ[2]

Thanaphorn Pinkaeo[1] Weena Thiangthum[2] Panan Pichayapinyo[2]

[1]นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[2]ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[1]M.N.S. (Community Nurse Practitioner) Department of Public Health Nursing,

Faculty of Public Health, Mahidol University

[2]Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Weena Thiangthum; Email: weena.thi@mahidol.ac.th

Received: March 16, 2022 **Revised:** May 20, 2022 **Accepted:** May 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลสามครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Repeated measure ANOVA และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนจากครอบครัว; ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; การป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ; ผู้รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมอง

The Effects of the Application of the Health Belief Model and Family Support Program on Recurrence Stroke Prevention among First Episode Stroke Survivors Dwelling in a Rural Community

Thanaphorn Pinkaeo[1] Weena Thiangthum[2] Panan Pichayapinyo[2]

[1]M.N.S. (Community Nurse Practitioner) Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

[2]Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Weena Thiangthum; Email: weena.thi@mahidol.ac.th

Received: March 16, 2022 **Revised:** May 20, 2022 **Accepted:** May 24, 2022

Abstract

This quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design aimed to evaluate the effects of using the Health Belief Model and the family supporting program on the recurrence of stroke prevention among first episode stroke survivors. The sample consisted of 60 first episode stroke survivors. They were randomly divided into an experimental group (n=30) and a comparison group (n=30). The study took a total of 8 weeks. The experimental group was provided with information to enhance their perceived severity, perceived benefit, perceived barrier, perceived susceptibility, and family support. The data was collected by using questionnaires during the pre-post experiment and follow-up stage, and analyzed using descriptive statistics Chi-square, repeated measures ANOVA, and independent t-tests. After the intervention, the results found that the experimental group had a significantly better mean score for recurrent stroke preventive behavior in terms of eating behavior, medication adherence behavior, adherence to doctor appointments, exercise behavior and observing the warning signs of recurrence stroke, than pre-experimental group and better than the comparison group ($p<.05$). The research findings can be used as healthcare guidelines for survivors of first episode stroke reduce the likelihood of recurrent strokes. In addition, they can be used to guide healthcare for patients with other chronic diseases.

Keywords: family support; health belief model; recurrent stroke prevention; stroke survivors

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular diseases หรือ stroke) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke) ทั่วโลกกว่า 15 ล้านคน เสียชีวิตถึง 5,712,240 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 และคาดประมาณการณ์ว่าประชากรทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 23 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573[1] แม้ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองพัฒนาก้าวหน้ามากขึ้นมีหน่วย stroke fast track ทำให้มีผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง แต่ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตบางราย ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ และยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งเกิดภาวการณ์กลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (recurrence stroke) ได้ ซึ่งจะเพิ่มความพิการและการเสียชีวิตพบว่ามีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ใน 4 จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยในระยะปีแรกพบร้อยละ 14 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ในปีที่ 5[2] โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประเทศไทย และมีอัตราการตายสูงสูดในระหว่างโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี[3] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 124 คน เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง 49 คน หรือร้อยละ39.5[4] การเป็นโรคหลอดเลือดสมองและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและมีความพิการมากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เสียค่ารักษาและทรัพยากรต่าง ๆ มากขึ้น ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างมากในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง[5]

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (recurrence stroke) คือความผิดปกติของสมองที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด และเกิดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก[6] (first episode of stroke) ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการรุนแรงมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และพบว่าผู้ป่วยที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเป็น 2 เท่า และเพิ่มความพิการมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก[7] ซึ่งอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ56.2ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราเสียชีวิตจะสูงถึงร้อยละ 80 ซึ่งความชุกการเกิดเป็นซ้ำของ โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 16 และความเสี่ยงกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำมีตั้งแต่ 1-5 ปี[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า อายุ เพศ การมีโรคร่วม (HT, DM , HLD) และควบคุมภาวะโรคร่วมไม่ได้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะของโรค รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ไม่ไปตรวจตามนัด ไม่ออกกำลังกาย ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรค และมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ เป็นปัจจัยส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง[9-10] สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่ทราบว่าเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะทำให้มีโอกาสที่จะเสียชีวิต พิการ และเกิดผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว คิดว่าผลกระทบดังกล่าวเป็นเรื่องที่ไกลตัว จึงไม่เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ได้รับการกระตุ้นในการปรับพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิตแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ จนเกิดเป็นความเคยชิน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงและความรุนแรงต่าง ๆ เหล่านี้ เข้าใจถึงประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติตัว มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากข้อมูลนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock[11] ที่กล่าวว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยง

ต่อการเป็นโรค โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควรและการปฏิบัติดังกล่าว เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดี โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัวและความอาย[12] ความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ และมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมหรือตัวกระตุ้น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม คำแนะนำจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ในขณะเดียวกันญาติผู้ใกล้ชิดต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที รวมทั้งช่วยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจช่วยเหลือ และสนับสนุนในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากญาติผู้ดูแลคือสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันตลอดเวลา เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้[9,13-14] ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากครอบครัว มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น[15] และพบว่าการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังขาดการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค ในเรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ถึงประโยชน์และลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะให้ความรู้กว้าง ๆ ร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ เห็นความสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ภาวะสุขภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสนอตัวแบบทั้งทางบวกและทางลบ และการฝึกปฏิบัติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

1.หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)[11,16] ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) และ6) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues

to action) เพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรค ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติผ่านการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม[17] โดยจัดกิจกรรมเน้นการให้ความรู้ เรื่องปัจจัยที่จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทั้งต่อตนเองและครอบครัว เน้นให้เห็นประโยชน์และผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การพบแพทย์ตามนัด และการสังเกตอาการเตือน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรคร่วม รับรู้ในการลดอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ รับรู้ในความสามารถของตนเองผ่านการนำเสนอตัวแบบด้านบวกและลบ การฝึกปฏิบัติเลือกซื้ออาหารและออกกำลังกาย รวมทั้งการมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมหรือตัวกระตุ้น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด โดยเน้นบทบาทของครอบครัวในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน เพื่อช่วยเหลือสนับสนุน และกระตุ้นเตือน การปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลสามครั้ง (two group pre-posttest and follow up design) คือกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ(comparison group) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ.2564

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี ในปีพ.ศ.2564 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คัดเลือกพื้นที่ทำการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงได้อำเภอสองพี่น้องเป็นพื้นที่สำหรับทำการวิจัย ซึ่งเป็นอำเภอที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ที่สุดและมีจำนวนประชากรมากที่สุด ประกอบไปด้วย 14 ตำบล 1 เทศบาล มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 419 คน จากนั้นคัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง โดย 4 ตำบลแรกเป็นกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วย 72 คน และ 4 ตำบลหลังเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวนผู้ป่วย 69 คน รวมทั้งสิ้น 137 คน จากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่บ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (the Barthel activity of daily living index) มากกว่าหรือเท่ากับ 50 คะแนนและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ20ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร มีบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือมีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 180 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 110 มม.ปรอท ได้กลุ่มทดลองจำนวน 52 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 49 คน จากนั้นนำรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมาเรียงลำดับ จากอายุน้อยไปมาก แล้วมาทำการจับคู่ (paired matching) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทีละ 1 คู่ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 30 คู่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามหลักการอำนาจทดสอบโดยมีการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากสูตรของ glas[18] จากความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน[13] ได้ค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.12 กำหนดให้power เท่ากับ .80 และ alpha เท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 หรือจำนวนกลุ่มละ 5 คน รวมเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบเลือกตอบและเติมข้อความ 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของทิวาพร วิถี13 ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้านคือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การไปตรวจตามนัด และการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ 31 ข้อ โดยให้เลือกตอบในข้อที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด คือ ประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมที่ได้จากโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง

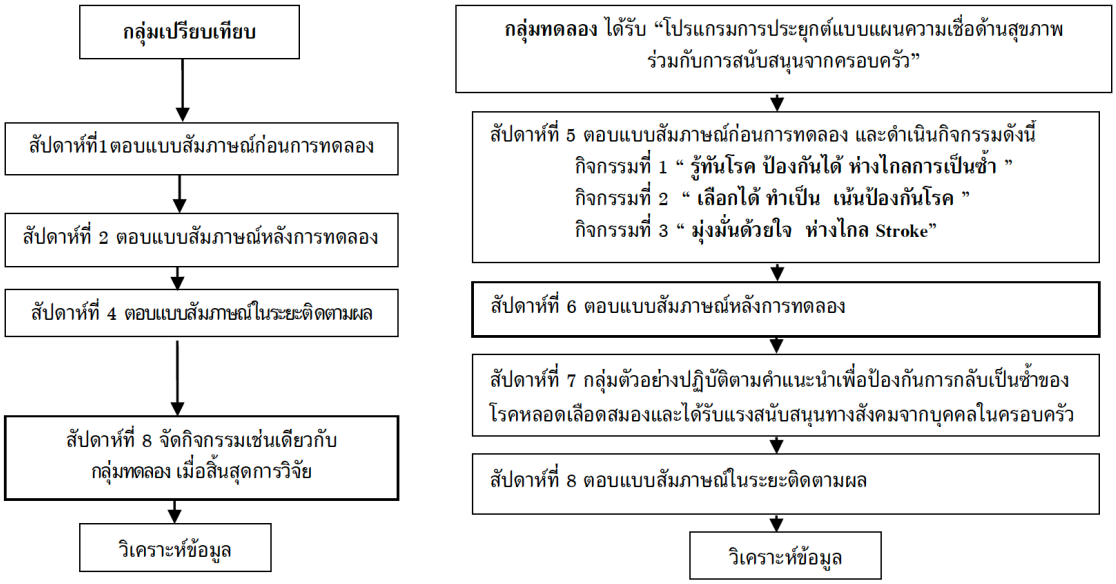
3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (the barthel activity of daily living index: adl) ของสถาบันประสาทวิทยา[19] โดยใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรมได้แก่การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น คะแนนรวม 0-100 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1) 0-20 คะแนนคือไม่สามารถปฏิบัติได้เลย 2) 25- 45 คะแนนคือสามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย 3) 50-70 คะแนน คือสามารถปฏิบัติได้ปานกลาง 4) 75- 90 คะแนนคือสามารถปฏิบัติได้มาก และ 5) 100 คะแนนคือ สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คืออาจารย์พยาบาล แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบคุณภาพได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามเท่ากับ .99 และนำแบบสอบถามไปทดสอบ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 30 คนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่โรงวัว อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือโดยกำหนดค่า Cronbach's Alpha Coefficients ไม่น้อยกว่า .7

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนในสัปดาห์ที่ 1-4 และใช้ระยะเวลา4สัปดาห์ต่อมา ในสัปดาห์ที่ 5-8 ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 2 และระยะติดตามผล (follow-up) ในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 แล้ว ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวให้กับกลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 และเก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผล (follow-up) เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 มีรายละเอียดของกิจกรรมซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่1 “ รู้ทันโรค ป้องกันได้ ห่างไกลการเป็นซ้ำ ” ใช้เวลา 1 ชั่วโมงเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงเพื่อให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามทางสุขภาพ โดยการให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด ได้แก่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง น้ำตาลสูง และไขมันสูง ภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การลืมรับประทานยาบ่อยครั้ง รับประทานยาไม่ตรงเวลา การไม่ไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง อันตรายและผลกระทบที่มีต่อร่างกาย เช่น ทำให้เสียชีวิต การก่อให้เกิดความพิการ ติดเตียงเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา และผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนและครอบครัว ประกอบการบรรยาย รูปภาพภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ชมวีดีทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม และมอบคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) และการรับรู้

แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยผ่านการบรรยายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความรัก ความเข้าใจ การให้ความสำคัญและรู้สึกไม่ได้เป็นภาระ ด้านวัตถุสิ่งของ ได้แก่ การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ การจัดอาหาร การพาไปพบแพทย์ การช่วยทำกายภาพบำบัด พาไปออกกำลังกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการประเมินค่า ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2 “ เลือกได้ ทำเป็น เน้นป้องกันโรค ” ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ประโยชน์โดยเน้นให้เห็นผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการพบแพทย์ตามนัด ได้แก่การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรค เช่น การรับประทานอาหารที่มากเกินพอดี ไม่สมดุล รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานผักผลไม้น้อย ไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด มีกิจกรรมทางกายน้อย ไม่ออกกำลังกาย ประกอบกับการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผ่านการบรรยายและชมวีดีทัศน์สถานการสมมติเกี่ยวกับการสังเกตและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และรับรู้ในการลดอุปสรรคและแก้ไขปัญหาผ่านการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคร่วมกับญาติในเรื่องการรับประทานอาหารและยา การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด และการออกกำลังกาย พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข

กิจกรรมที่ 3 “ มุ่งมั่นด้วยใจ ห่างไกล Stroke ” ใช้เวลา 1 ชั่วโมงเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผ่านการนำเสนอตัวแบบด้านบวกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการเล่าประสบการณ์ตรงการดูแลตนเองที่ดี และตัวแบบด้านลบจากวีดีทัศน์ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม จนเกิดความพิการ ร่วมกับเปิดโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งกลุ่มฝึกทักษะการเลือกอาหารและการจัดอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคโดยใช้โมเดลอาหารผ่านการเล่นเกมส์ชิ้อปปิ้งร่วมกับญาติ ฝึกทักษะการออกกำลังกาย โดยการฝึกปฏิบัติด้วยการแกว่งแขน การใช้ยางยืด โดยญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 7 ไม่มีการนัดหมายดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผลการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square, Repeated measure ANOVA และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ MUPH 2021-091 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2564 รวมทั้งได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการลงนามในเอกสารยินยอมตนในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาการ

เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น นอกจากนี้กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการจัดกิจกรรมในโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 8

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 66.7 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.3 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.7 และพบว่าร้อยละ 83.3 มีการประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 9,163.3 บาท ในด้านภาวะสุขภาพพบว่า 100 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1–5 ปี และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 53.3 ส่วนโรคเบาหวาน พบร้อยละ 43.3

ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 46.7 มีอายุเฉลี่ย 63.1ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 พบว่าร้อยละ 66.7 มีการประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 5,383 บาท ในด้านภาวะสุขภาพพบว่าร้อยละ 100 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1–5 ปีและโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ40ส่วนโรคเบาหวาน พบร้อยละ 30

สรุปคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าคุณลักษณะด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและการมีโรคร่วมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2.การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=331.96$, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มในช่วงเวลาที่แตกต่างกันพบว่า ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ มีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาอย่างน้อย 1 คู่ ($F=138.80$, $p <.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนในระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	12333.89	1	12333.89	331.96	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	2154.98	58	37.155		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	6644.80	1.84	3611.86	133.51	<.001*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	6907.91	1.84	3754.87	138.80	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	2886.62	106.70	27.05		

* p < .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test

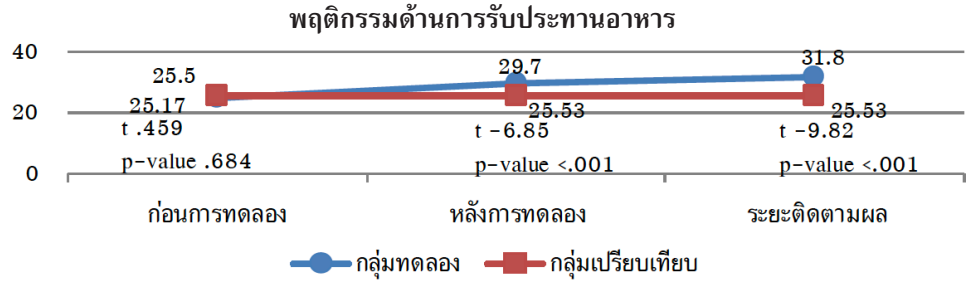
ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง							
ก่อนการทดลอง	74.80	6.641	74.73	4.961	-.044	58	.965
หลังการทดลอง	94.40	3.720	74.73	4.733	-17.893	58	<.001*
ระยะติดตามผล	104.33	7.063	74.40	4.360	-19.753	48.30	<.001*

* p < .001

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้านพบว่า

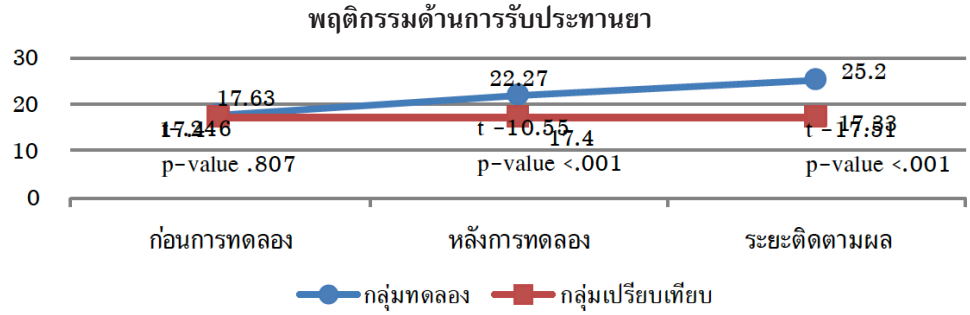
ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล



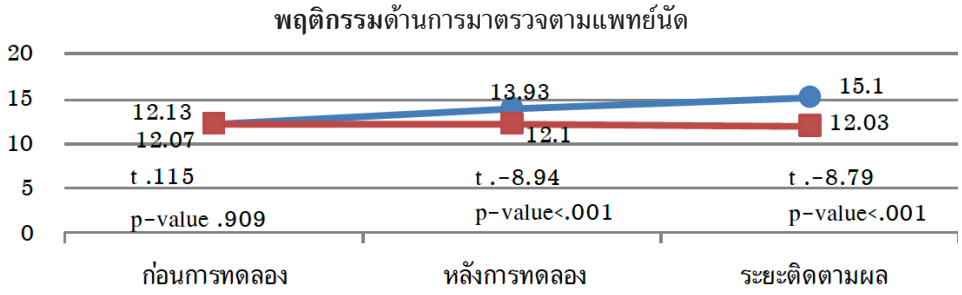
ด้านการรับประทานยา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยาในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยาระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



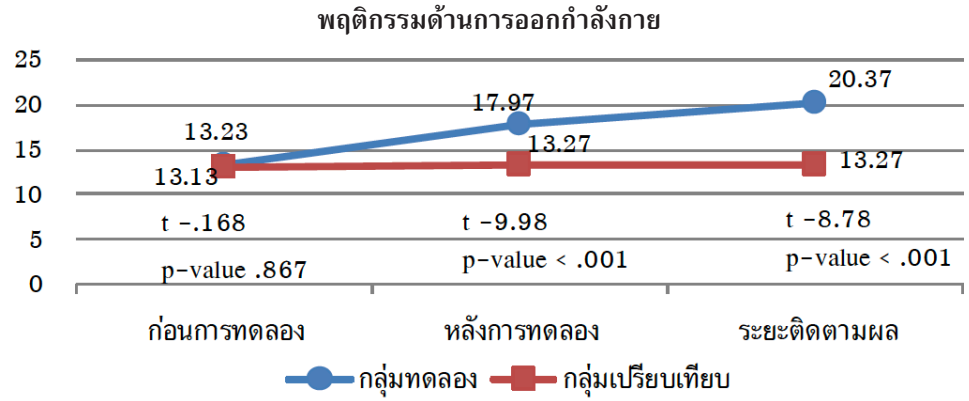
ด้านการมาตรวจตามแพทย์นัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการมาตรวจตามแพทย์นัดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ ระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่4

แผนภาพที่ 4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการมาตรวจตามแพทย์นัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล



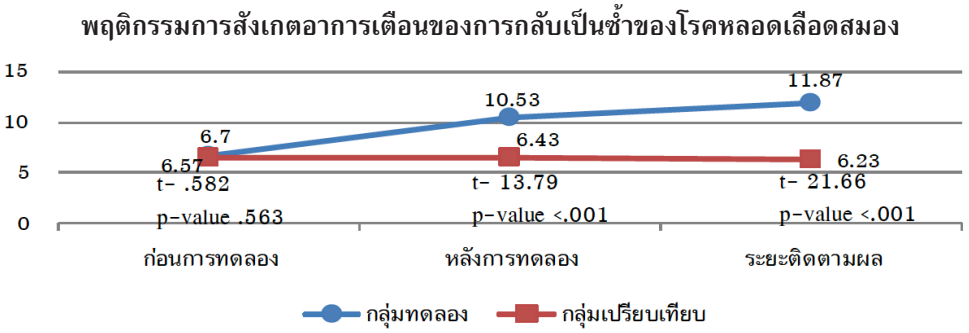
ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 5

แผนภาพที่ 5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



ด้านการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 6

แผนภาพที่ 6 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถอธิบายได้ว่าจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[11,16] ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (social support)[17] โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการรับรู้ ภาวะ

คุกคามทางสุขภาพ ผ่านการให้ความรู้ประกอบการบรรยายโดยผู้วิจัยเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบทั้งต่อตนเองและครอบครัว โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การพบแพทย์ตามนัด การสังเกตอาการเตือน และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรคร่วมที่แต่ละบุคคลมีอยู่ รับรู้ในวิธีการลดอุปสรรคผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางแก้ไขปัญหา รับรู้ในความสามารถของตนเองด้วยการนำเสนอตัวแบบด้านบวกและลบ การฝึกปฏิบัติการเลือกซื้ออาหารและการออกกำลังกาย ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ รวมทั้งการมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม คำแนะนำจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด โดยการเน้นบทบาทของครอบครัวในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน เพื่อช่วยเหลือสนับสนุน และกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความกลัวในระดับที่สูงขึ้นและรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรค ซึ่งเป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง เชื่อว่าสิ่งที่ได้รับการสอนไปเกิดผลดีต่อตนเองและได้รับการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่มี จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ทำให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[5,13-14,20] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง จนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษา และเมื่อพิจารณารายด้าน สามารถอธิบายได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองผ่านการให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงและผลกระทบหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคร่วม ได้แก่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง น้ำตาลสูง และไขมันสูง เน้นย้ำให้เห็นประโยชน์ของการไม่รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม และผลดีของการรับประทานผักผลไม้ แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและควรหลีกเลี่ยง ฝึกปฏิบัติการเลือกซื้ออาหาร จัดเมนูอาหารโดยเน้นที่ชนิดและสัดส่วนที่ต้องควบคุมจากการใช้โมเดลอาหารร่วมกับญาติโดยการเล่นเกมส์ ซ๊อปปิ้งจนเกิดความคุ้นเคย นำเสนอตัวแบบด้านบวกในการเล่าประสบการณ์การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และตัวแบบด้านลบจากการชมวีดิทัศน์ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามได้ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนและกระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหารในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างมั่นใจ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยา มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยการบรรยายผ่านสไลด์เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา ปัจจัยเสี่ยง อันตรายและผลกระทบของการไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การลืมรับประทานยาบ่อยครั้ง รับประทานยาไม่ตรงเวลา ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และเน้นย้ำถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ทั้งขนาด ปริมาณ และเวลา ลดอุปสรรคของการรับประทานยาด้วยการยกตัวอย่างสถานการณ์สมมุติกรณีผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น ลืมรับประทาน รับประทานผิดขนาดหรือผิดวิธีการ กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางวิธีการในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งมีญาติผู้ดูแลใกล้ชิดร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกัน นำเสนอตัวแบบด้านบวกแบ่งปันประสบการณ์จริงในการใช้ยาที่ถูกต้องและตัวแบบด้านลบจากการชมวีดิทัศน์ที่เกิดความพิการจากการปฏิบัติ

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่กระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยาช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการมาตรวจตามแพทย์นัด มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยการบรรยายด้วยสไลด์กระตุ้นให้รับรู้ถึงอันตรายและผลของการขาดนัด ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญแนะนำการเตรียมตัวก่อนไปรับการตรวจ ลดอุปสรรคและปัญหาของการขาดนัดโดยการแบ่งปันประสบการณ์และอภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงแนวทาง วิธีการป้องกันการลืมนัด รวมทั้งมีแรงสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลใกล้ชิดซึ่งมีส่วนร่วมในกิจกรรมและพาผู้ป่วยไปตามนัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างและญาติเห็นความสำคัญของการไปรับการตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และผลกระทบของการไม่ออกกำลังกาย เน้นให้ถึงผลดีของการมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยการสาธิตและกลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการแกว่งแขน การใช้ยางยืด โดยมีผู้ดูแลใกล้ชิดช่วยในการปฏิบัติ ร่วมกันฝึกปฏิบัติจนมั่นใจในความสามารถของตนเองและนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน นำเสนอตัวแบบด้านบวกที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและตัวแบบด้านลบจากการชมวีดิทัศน์ ประเมินปัญหาและอุปสรรคของการออกกำลังกาย มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้วยการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ จนทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบและอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้วยการบรรยายผ่านสไลด์ เน้นย้ำให้เห็นประโยชน์ แนะนำวิธีสังเกตและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนผ่านการชมวีดิทัศน์สถานการณ์สมมติ ร่วมกับการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใกล้ชิด ในการจัดการเมื่อมีอาการเตือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพที่ชัดเจน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการเตือนที่เคยเกิดขึ้นของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างและญาติเกิดความตระหนักและมีความมั่นใจในการสังเกตอาการเตือนขอการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[5,13-14,20]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก (first episode stroke) และครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสนอตัวแบบทั้งทางบวกและทางลบ การฝึกปฏิบัติจริงและการเสริมสร้างการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ ควรมีการศึกษาติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติมในระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการติดตามและบันทึกผลการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่ยั่งยืนและคงทน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง

References

1. World Stroke Organization. World stroke campaign [Internet].2017 [cited 2020 December 16]. Available from: https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign
2. National Stroke Association. Recovery after stroke [Internet].2017 [cited 2020 December 20]. Available from: http://www.stroke.org/
3. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health [Internet]. Public health statistic.2017 [cited 2020 December 11]. Available from: http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7892.(in Thai)
4. Sereewichayasawad N, Maneewong P, Srisuk O, Phongern N, Neilpaijit N. Factors related to hospital readmission among stroke patient in home health care unit. Journal of Public Health Nursing 2016;28(3):30-40.(In Thai)
5. Tepsuwan J. Recurrent prevention for stroke survivors. Proceedings of the 1th NPRU National Academic Conference. Nakhon Pathom: Silpakorn University;2018.(In Thai).
6. World Health Organization. The WHO STEP wise approach to stroke surveillance [Internet].2017 [cited 2020 December 16]. Available from: http://www.who.int/ncd_suveillance/en/step stroke_mannual_vl.2.pdf
7. Mendis S. Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective. International Journal of Stroke 2013;8(1):3-4.
8. Tiamkao S. Recurrent ischemic stroke in Srinagarind hospital. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2011; 6(3):31-8.(In Thai)
9. Khumsa-ard S, Thiangtham W, Boonyamalik P. Behavior factors related to recurrent stroke. Journal of Public Health Nursing 2017;31(2):13-25.(in Thai)
10. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2014;45(7):2160-236.
11. Skinner CS, Tiro J, Champion VL. The health belief model. health behavior: theory, research, and practice, 5th ed. Hoboken, NJ, US: Jossey-Bass/Wiley;2015:75-94.
12. Powwattana A, Kalampakorn S,Lagampan S, Rawiworrakul T. Health promotion and disease prevention in community: An application of concepts and theories to practice. Bangkok: m n compute offset;2018.(in Thai)
13. Witee T, Thiangtham W, Boonyamalik P. The recurrent stroke prevention behavior program in post stroke patients. Kuakarun Journal of Nursing 2021;28:7-19.(in Thai)
14. Khiawkhwao P, Thiangtham W, Boonyamalik P. The effects of the cerebral vascular disease prevention program in high risk group patients. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(3):120-32.(in Thai)
15. Thiangtham W, Kalampakorn S, Powwattana A.Community capacity building : concept and applications.4th ed. Bangkok: Danex Intercorporation;2015.(in Thai)
16. Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model end health behavior and health education—theory, research and practice.4th ed. the United States of America: Jossey-Bass;1996.
17. House J. Work stress and social support. reading, MA: Addison-Wesley;1981.
18. Srisatidnarakul B. Effect size power analysis optimal sample size calculations using G*Power Software. Bangkok: Chula press;2020.(in Thai)
19. Prasat Neurological Institute, Ministry of Public Health. Stroke clinical practice guideline for nursing. Bangkok: Thana Place;2015.(in Thai)

20. Bunset P, Piyabanditkul L. Effectiveness of stroke prevention program for high risk group at Hoiybong sub-district, Muang district, Chaiyaphum province. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2018;21(2):28-41.(in Thai)

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

Effects of the Competency Development Program for Elderly Caregivers with Chronic Disease on Knowledge and Skills in Preventing the Spread of COVID-19

ปุลวิชช์ ทองแตง[1] จันทร์จิรา สีสว่าง[2] บุปผา บุญสดุดี[3]

Pulawit Thongtaeng[1] Junjira Seesawang[2] Bubpha Boonsadudee[3]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านออนกลาง อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

[1]Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[3]Baan On Klang Health Promotion Hospital, Mae On, Chiang Mai

Corresponding author: Pulawit Thongtaeng; Email: pulawit@bcnc.ac.th

Received: May 25, 2022 **Revised:** October 16, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปสัน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และแบบประเมินทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 มีคะแนนความรู้ และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ความรู้; ทักษะ; ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง; ไวรัสโคโรนา 2019

Effects of the Competency Development Program for Elderly Caregivers with Chronic Disease on Knowledge and Skills in Preventing the Spread of COVID-19

Pulawit Thongtaeng[1] Junjira Seesawang[2] Bubpha Boonsadudee[3]

[1]Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[3]Baan On Klang Health Promotion Hospital, Mae On, Chiang Mai

Corresponding author: Pulawit Thongtaeng; Email: pulawit@bcnc.ac.th

Received: May 25, 2022 **Revised**: October 16, 2022 **Accepted**: November 20, 2022

Abstract

This research used two groups pretest-posttest quasi experimental design. The aim of the study was to investigate the effects of a competency development program on knowledge and skills of coronavirus disease 2019 (COVID-19) of older people with chronic illness caregiver. The subject groups were caregivers caring for 60 older adults in Chiang Mai, Thailand. Thirty subjects. were assingto a control and a treatment groups. The treatment was a b-week skill development program for COVID-19 prevention and control, developed and based on Gibson's empowerment framework for 6 weeks. The data collection instruments were personal information sheet, a questionnaire on Knowledge of COVID-19 prevention for older persons with chronic diseases, and a questionnaire on self-evaluation on COVID-19 prevention skills for older persons with chronic diseases. The statistics used in data analysis were descriptive statistics and t-test. The findings reported that after completing the program the subjects in the treatment group rated their knowledge and skill toward COVID-19 prevention for older persons with chronic diseases higher than before entering the program and had significantly better knowledge and skills toward COVID-19 prevention for older persons with chronic illness than the control group subjects.

Keywords: care giver; coronavirus disease 2019; knowledge; older persons with chronic illness; skill

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก[1] จากรายงานวันที่ 31 มีนาคม 2565 พบจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกรวม 460,214,272 ราย เสียชีวิต 6,067,716 ราย สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 3,226,697 ราย เสียชีวิต 23,851 ราย[2] โดยมีผู้สูงอายุที่ติดเชื้อจำนวน 170, 861 ราย และจังหวัดเชียงใหม่ พบผู้สูงอายุติดเชื้อสะสมจำนวน 660 ราย ซึ่งผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่เสียชีวิตร้อยละ 85 เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าอำเภอแม่ริมเป็นหนึ่งในอำเภอพื้นที่สีแดงที่มีผู้ป่วยสะสมสูงสุด ส่วนอำเภอแม่ออนเป็นพื้นที่สีแดงที่มีการติดเชื้อเป็นวงกว้าง[3-4] ทั้งนี้สถานการณ์ทั่วโลกในปัจจุบันยังคงมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุ รวมถึงบุคคลที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย[2] หากมีการติดเชื้อจะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ผู้สูงอายุคือหนึ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ COVID-19 เนื่องจากร่างกายมีความเสื่อมถอยและมีภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย[5] โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.8-19.0 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 คือ โรคเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง และโรคมะเร็ง[6] ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อหรือป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้รัฐบาลไทยประกาศข้อกำหนด[7] ห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และขอความร่วมมือจากประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งผู้สูงอายุให้อยู่บ้านมากที่สุด เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังคงต้องการการดูแลจากญาติ หรือผู้ดูแลที่ยังมีความจำเป็นต้องออกไปนอกบ้านเพื่อทำงาน หรือการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ จึงมีโอกาสนำเชื้อจากภายนอกมาสู่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่บ้านเป็นเวลานานติดต่อกันหลายเดือน อาจส่งผลให้ร่างกายและสมองของผู้สูงอายุถดถอยลงจนเกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาวได้ รวมทั้งอาจเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบกับครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

ในการจัดบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังนั้น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver หรือ CG) คือผู้ที่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 70 ชั่วโมง นับว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน[8] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต้องมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาด การใช้เทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ เข้าใจและสามารถจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง และให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การเตรียมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเพื่อปฏิบัติงานในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ควรต้องเตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสมรรถนะตามแนวคิดของ McCelland[9] ที่กล่าวว่าศักยภาพเป็นบุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคลซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ของงานที่ตนรับผิดชอบด้วยการพัฒนาส่วนที่พัฒนาได้ง่ายได้แก่ ความรู้ ซึ่งนอกจากการพัฒนาด้านความรู้แล้วนั้น ควรพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถหรือทักษะในการปฏิบัติงานตามลักษณะเฉพาะของกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ที่สำคัญ และจำเป็นในการปฏิบัติงาน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการประยุกต์

ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ[10] ในการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันโรคและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเป็นกระบวนการที่เน้นให้บุคคลค้นพบและยอมรับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับบทบาทของตนเอง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในบทบาทหน้าที่ตามสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความผาสุก ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยส่งเสริมความรู้และทักษะที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ความรู้และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการใช้ยา โดยส่วนใหญ่กิจกรรมของโปรแกรมเป็นการให้ความรู้ อภิปราย สะท้อนคิด การวางแผนการทำงาน และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งระยะเวลาของโปรแกรมคือ 4-12 สัปดาห์[11] แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง งานวิจัยที่ผ่านมาเป็นเพียงการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกครอบครัวในสถานการณ์ปกติ[11-12]

จากอุบัติการณ์การเกิด COVID-19 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ซึ่งภายหลังการติดเชื้ออาจมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จึงควรมีความรู้ และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ[10] เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และพัฒนาความสามารถของตนเองจนมีความรู้ความเข้าใจ และมีความเชื่อมั่นในการดำเนินงานด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง นอกจากนี้การประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเน้นให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็น ร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์หาสาเหตุและร่วมกันพัฒนาแนวทางในการแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการอย่างมีวิจารณญาณ ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทักษะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทักษะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

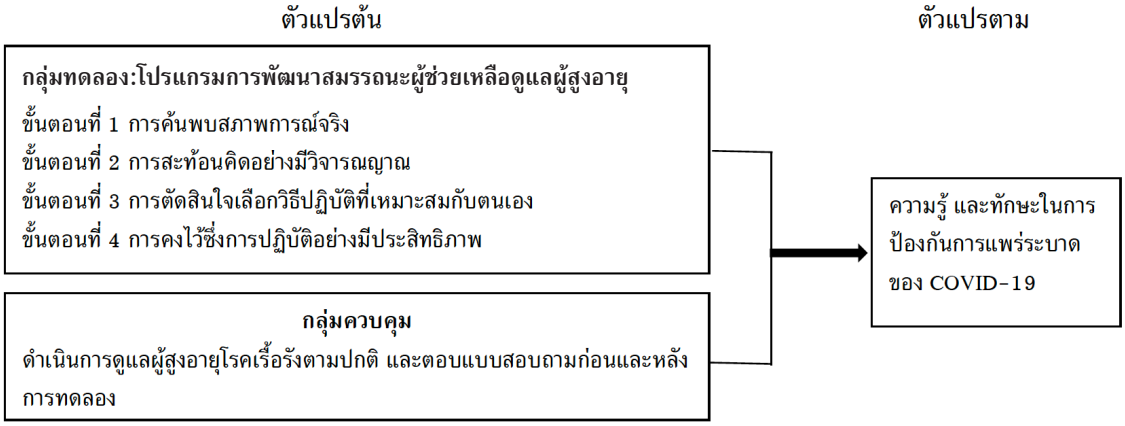
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[10] ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้ ตระหนัก แสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาความสามารถของตนเองตามบทบาทหน้าที่ เพิ่มพูนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้าง

สมรรถนะที่เหมาะสม ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้มีการทบทวน และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเกี่ยวกับการแพร่ระบาดและการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนและสะท้อนคิดการปฏิบัติงานที่ผ่านมาในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม โดยมีการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการอภิปรายปัญหา อุปสรรค แนวทางการดำเนินงานในครั้งต่อไป ซึ่งกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุรับรู้ศักยภาพและความสามารถของตนเอง พัฒนาตนเองไปสู่สิ่งที่ดีมากขึ้น และมีเป้าหมายมองเห็นความสำคัญของตนเองต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งนี้การรับรู้พลังอำนาจในตนเองจะช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถให้การดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่คุณภาพและความสำเร็จในงาน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (two groups pretest-posttest design)

ประชากร ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 97 คนจาก 2 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่คือ อำเภอแม่ริม และอำเภอแม่ออน ซึ่งอำเภอแม่ริมพบผู้ป่วยสะสมติด 1 ใน 5 ของอำเภอพื้นที่สีแดงที่มีผู้ป่วยสะสมสูงสุด และอำเภอแม่ออนเป็นพื้นที่สีแดงที่มีการกระจายของเชื้อเป็นวงกว้างในหลายตำบล ดังนั้นทั้งสองอำเภอจึงเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนด Effect size=.80 ค่าความเชื่อมั่น=.05, Power of test=.90[12] และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power version 3.1 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน และผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 60 คน ซึ่งใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมงหรือ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2) เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 3) เข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง และมีความประพฤติที่ไม่ดี เช่น ทอดทิ้งผู้รับบริการ หรือไม่ติดตามดูแลผู้สูงอายุตามที่กำหนด โดยประเมินจากการสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติงานจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนดได้ครบทุกครั้ง และ 3) ไม่ได้เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในปีปัจจุบัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1.1 โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[10] ใช้ระยะเวลาต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่บุคคลสามารถเกิดการเรียนรู้ และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้[13] โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1 เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 คือ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรม 3 ชั่วโมง ดังนี้

1. ทบทวนความรู้ของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยการใช้คำถามและให้กลุ่มทดลองมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ผ่านมาในการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยใช้คำถามสะท้อนคิดทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ผ่านมา

3. ให้ความรู้และฝึกทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยเข้าฐานการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ดังนี้ ฐานที่ 1 ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฐานที่ 2 การป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 สู่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ฐานที่ 3 การป้องกันตนเองจาก COVID-19 สำหรับ caregiver ในการเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และฐานที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ให้เกิดการถดถอยของร่างกาย สมอง และเกิดความเครียดระหว่างที่ต้องเก็บตัวอยู่กับบ้าน โดยในการฝึกทักษะจะแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน โดยจะมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คนที่ผ่านการฝึกปฏิบัติกับผู้วิจัย เป็นผู้ช่วยในการประเมินทักษะด้วยแบบตรวจติดตามและประเมินผล (checklist) ทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 และให้คำแนะนำกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ หลังจากกิจกรรมครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองจะมีการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และผู้วิจัยนัดหมายอีก 2 สัปดาห์

4. ให้กลุ่มทดลองเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองยกตัวอย่างผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 และใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยน อภิปรายปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์และเลือกแนวทางปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสม

- สัปดาห์ที่ 2-3 เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มทดลองนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยจะติดตามประเมินการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการลงพื้นที่ปฏิบัติงานพร้อมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และใช้แบบตรวจติดตามและประเมินผล (checklist) ทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 พร้อมให้กำลังใจ และเสริมแรงทางบวกในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เช่น การชมเชยในกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องแล้ว และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในทักษะที่ยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

- สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการในต้นสัปดาห์ที่ 4 เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง เป็นการประเมินกลุ่มทดลองหลังจากให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จและอภิปรายปัญหา อุปสรรคในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 และร่วมแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะ เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งกลุ่มทดลองสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าตนเองต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้วิจัยจะแนะนำ สาธิตในส่วนที่กลุ่มทดลองไม่มั่นใจขณะดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พร้อมทั้งสรุปปัญหาอุปสรรค หาแนวทางการแก้ไข และวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ในครั้งต่อไป พร้อมนัดหมายอีก 2 สัปดาห์

- สัปดาห์ที่ 5 เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 และผู้วิจัยจะติดตามประเมินการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยการลงพื้นที่ปฏิบัติงานพร้อมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และใช้แบบตรวจติดตามและประเมินผล (checklist) ทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 พร้อมให้กำลังใจ และเสริมแรงทางบวกในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เช่น การชมเชยในกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องแล้ว และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในทักษะที่ยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

- สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการในช่วงท้ายของสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 2 ชั่วโมงเพื่อประเมินผล โดยผู้วิจัยสรุปการดำเนินกิจกรรม ปัญหาอุปสรรค หาแนวทางการแก้ไขเพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

1.2 แบบตรวจติดตามและประเมินผล (checklist) ทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 26 ข้อ ที่มีรายการประเมินเหมือนกับแบบสอบถามประเมินทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งแบบตรวจสอบรายการนี้ผู้วิจัยใช้ในการติดตามการปฏิบัติงานในพื้นที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ได้ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องผ่านการประเมินในระดับดี คือ ปฏิบัติได้อย่างน้อย 21 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และประสบการณ์ในการคัดกรอง COVID-19

2.2 แบบทดสอบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมสมรรถนะด้านความรู้เรื่อง COVID-19 และการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน ทั้งหมดมีค่าคะแนนระหว่าง 0-17 คะแนน การแปลผลค่าคะแนน คือ คะแนน 0-8 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 9-13 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 14-17 อยู่ในระดับสูง[14]

2.3 แบบสอบถามประเมินทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องและครอบคลุมทักษะการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทั้งก่อนเยี่ยม ขณะเยี่ยม และหลังเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รวมถึงการให้คำแนะนำผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เคยทำเลย (1 คะแนน) ทำได้ปานกลาง (2 คะแนน) และทำได้ดีมาก (3 คะแนน) ซึ่งการแปลค่าคะแนนมี 3 ระดับ คือ คะแนน 0-39 อยู่ในระดับน้อย คะแนน 40-62 อยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 63-78 อยู่ในระดับมาก[15]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .91 จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง ซึ่งพบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเข้าใจเนื้อหาของโปรแกรม

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 และแบบสอบถามประเมินทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของข้อมูลและความสอดคล้องกับจุดประสงค์ที่ต้องการวัดจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 92, .83 และ .87 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบทดสอบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 หาค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ .79 และแบบสอบถามประเมินทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือขอเก็บข้อมูลการวิจัยถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลบ้านออนกลาง และตำบลดอนแก้ว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. หลังจากได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบประธานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอรายชื่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 60 คน เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย โดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย 2 คนเป็นผู้ช่วยดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์แรกของโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมมีระยะเวลาต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ระว่างวันที่ 10 มกราคม-18 กุมภาพันธ์ 2565

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความรู้ และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามปกติ และในสัปดาห์ที่ 6 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความรู้ และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 และกลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความรู้ และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 1 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความรู้ และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการหลังผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ BCNCT 03/2565 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยพบในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 83.33 ซึ่งพบในกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกันคือร้อยละ 90 เช่นเดียวกับที่พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี สำหรับระดับการศึกษาพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 36.67 และ 43.33 ตามลำดับ ระยะเวลาการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 1- 5 ปี ในกลุ่มทดลองร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.33 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีประสบการณ์ในการคัดกรอง COVID-19 ร้อยละ 53.30 และ 63.30 ตามลำดับ ซึ่งลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	5	16.67	3	10	.07	.94
หญิง	25	83.33	27	90		
อายุ (ปี)					.00	1.00
20-30	3	10	4	13.33		
41-50	9	30	5	16.67		
51-60	12	40	15	50		
≥ 61	6	20	6	20		
ระดับการศึกษา					.00	1.00
ประถมศึกษา	11	36.67	13	43.33		
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	26.67	9	30		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	26.67	6	20		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	1	3.33	1	3.33		
ปริญญาตรี	2	6.66	1	3.33		
ระยะเวลาการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (ปี)					.18	.86
1-5	24	80	22	73.33		
6-10	2	6.67	2	6.67		
>10	4	13.33	6	20		
ประสบการณ์ในการคัดกรอง COVID-19					.14	.70
มี	14	46.70	11	36.70		
ไม่มี	16	53.30	19	63.30		

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความรู้ และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.08, df=29, p<.001 และ t=-11.63, df=29, p<.001 ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าความรู้ และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน (t=-1.44, df = 29, p > .05 และ t=-1.68, df=29, p>.05 ตามลำดับ) ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t[1]	p-value
คะแนนความรู้ในการป้องกัน COVID-19				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	10.10	1.09	8.08	< .001
หลังการทดลอง	13.10	1.81		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	10.07	1.23	1.44	.161
หลังการทดลอง	10.13	1.22		
คะแนนทักษะในการป้องกัน COVID-19				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	42.03	3.67	11.630	< .001
หลังการทดลอง	51.67	2.83		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	42.00	3.66	1.682	.103
หลังการทดลอง	42.13	3.80		

[1]paired t-test

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนของทุกตัวแปรระหว่างสองกลุ่มที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง ความรู้ และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=7.44, df=58, p<.001 และ t=11.01, df=58, p<.001 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t [1]	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
คะแนนความรู้การป้องกัน COVID-19						
ก่อนการทดลอง	10.10	1.09	10.07	1.23	.11	.912
หลังการทดลอง	13.10	1.81	10.13	1.22	7.44	<.001
คะแนนทักษะในการป้องกัน COVID-19						
ก่อนการทดลอง	42.03	3.67	42.00	3.66	.04	.972
หลังการทดลอง	51.67	2.83	42.13	3.80	11.01	<.001

[1]independent t-test

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 มีความรู้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลจากการได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน[10] เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน คือ ขั้นของการค้นพบสถานการณ์จริง ขั้นสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และขั้นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุรับรู้สมรรถนะของตนเอง รับรู้ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง มีการพัฒนาตนเองเพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ตลอดจนมีเป้าหมายในการปฏิบัติงาน ซึ่งโปรแกรมนี้ได้จัดกิจกรรมตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยขั้นการค้นพบสถานการณ์จริง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีการทำแบบทดสอบวัดความรู้และทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง จึงทำให้ทราบว่าความรู้และทักษะของตนเองเป็นอย่างไรก่อนได้รับการสอน ให้ความรู้ และการสาธิตจากผู้วิจัย สำหรับขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนั้น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 รวมถึงการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้มีโอกาสสะท้อนคิดเกี่ยวกับความรู้เดิมของตนเองเกี่ยวกับ COVID-19 สามารถซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น อภิปรายปัญหาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของ COVID-19 รวมถึงเกิดการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ขั้นตอนนี้ของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเน้นความสำคัญให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนเองในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติ และทำการปฏิบัติซ้ำ เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และการปฏิบัติของตนเอง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต้องตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีการฝึกฝนให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง สอดคล้องกับวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ[16] นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แนะเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท[17] ส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 เพิ่มมากขึ้น

สำหรับทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมของโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ให้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งการที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้ฝึกทดลองปฏิบัติก่อนนำความรู้ไปดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ จะทำให้ได้ทราบถึงความสามารถของตนเอง เมื่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองยังขาดทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 จะมีการแสวงหาความรู้เพิ่มโดยการสอบถามจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย รวมถึงฝึกทักษะเพิ่มจนผ่านเกณฑ์การประเมิน ซึ่งข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นว่า ความรู้ที่ได้รับและการฝึกทักษะก่อนการปฏิบัติงานจริงทำให้ตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ถูกต้องเต็มความสามารถ ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยที่ผ่านมา[17] ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ตลอดจนสามารถแสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่

นอกจากนี้การติดตามประเมินผล และการอภิปรายร่วมกันในระหว่างการฝึกปฏิบัติจริงในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการรับฟังปัญหาในการปฏิบัติงาน ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ ร่วมกันตั้งเป้าหมาย และวางแผนเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สามารถดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อมูลจากการสรุปกิจกรรมในสัปดาห์สุดท้ายนั้น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นว่าการประเมินผลสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่องในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมจากผู้วิจัย เช่น ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยให้เกิดการเพิ่มทักษะ เพิ่มความสามารถ ส่งผลทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง นอกจากนี้การได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุทุกคนได้ร่วมกันวางแผนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน จนสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือในรายที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้จะมีการสื่อสารกับทีมผู้วิจัยและพยาบาล เพื่ออภิปรายปัญหาระหว่างการฝึกปฏิบัติ จึงทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นในการฝึกปฏิบัติโดยการเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหาระหว่างการฝึก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่มีความซับซ้อนได้เพิ่มมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[18]ที่พบว่าการได้รับคำปรึกษาในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลที่ดีขึ้นและสามารถแก้ปัญหาในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในการติดตามประเมินผล ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจะได้รับคำชมเชย และกำลังใจเป็นการเสริมแรงทางบวก ซึ่งการเสริมแรงทางบวกจะช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความกังวลลดลง เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เชื่อมั่นและรับรู้พลังอำนาจของตนเอง อีกทั้งยังมีความพยายามมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ให้สำเร็จ ซึ่งทักษะดังกล่าวส่งผลให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นต้น[19] นอกจากนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้ผ่านการอบรมอย่างน้อย 70 ชั่วโมงตามหลักสูตรของกรมอนามัย ทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานด้านการดูแลผู้สูงอายุ[20] จึงอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล: พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรประยุกต์ใช้โปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องจากการระบาดของ COVID-19 ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ด้านการศึกษา: ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในส่วนของกิจกรรมในโปรแกรมสามารถนำไปใช้ในการประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะของญาติหรือผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หรือนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีโรคเรื้อรัง

ด้านการวิจัย: พยาบาลชุมชนสามารถนำผลการศึกษาที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ไปต่อยอดทำวิจัยในกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ยังขาดความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว มีการติดตามและเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ เช่น ทุก 3-6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2564 และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

References

1. Khoshnaw SHA, Shahzad M, Ali M, Sultan F. A quantitative and qualitative analysis of the COVID-19 pandemic model. Chaos Solitons Fractals 2020;138:109932.doi:10.1016/j.chaos.2020.109932.
2. Department of Disease Control. Global situation of COVID 19 [Internet].2022 [cited 2022 Mar 31]. Available from: https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/ 20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65.(in Thai)
3. Chiang Mai Provincial Public Health Office. Coronavirus situation in Chiang Mai [Internet].2022 [cited 2022 Mar 31]. Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmphoweb/coronavirus_situation.php.(in Thai)
4. Department of Older Person. Older adults in Thailand and COVID-19 [Internet].2022 [cited 2022 Mar 31]. Available from: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/857.(in Thai).
5. Department of Mental Health. Risk and impacts of COVID-19 to older people [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 31]. Available from: https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794.(in Thai)
6. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, Singh KP, Chaicumpa W, Bonilla-Aldana, DK, Rodriguez-Morales AJ. Coronavirus disease 2019-COVID-19. Clinical Microbiology Review 2020; 33(4):e00028-20.doi:10.1128/CMR.00028-20.
7. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvarat T. Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from novel Coronavirus 2019 (COVID-19). Nursing Public Health and Education Journal 2020;21(2): 29-39.(in Thai)

8. Thianjuruwatthana W, nawsuwan K, Vachiraprapun S. Guidelines for development of quality village health volunteers (VHVs) to support the health workforce for the future health system. Journal of Health Science 2021;30(2):353-66.
9. McClelland DC. Testing for competence rather than for intelligence. American Psychologist 1973;28(1):1-14. doi:10.1037/h0034092.
10. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 1991;16(3):354-61. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.
11. Thipsungwan K, Sribenchamas N, Lamluk P. Effects of the development competency program of volunteer for taking care of the elderly in community. Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University 2018;12(1):275-91.(in Thai).
12. Jaemtim N, Yuenyong S, Srisodsaluk P. Effects of preparation to care for elderly program at Sanamchai subdistrict Mung district Suphanburi province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016; 25(3):108-19.(in Thai)
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. revised edition. New York: Academic press;2013.
14. Thorndike EL. Human learning. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press;1966.
15. Bloom BS. Evaluation of learning in secondary school. New York: Mcgraw-Hill,1967.
16. Sanyia T. The application of caregiver's empowerment program of elderly care in Bangkok Noi district, Bangkok [Internet].2019 [cited 2022 Oct 10]. Available from: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:183573.(in Thai)
17. Sontichai A, Boonsu T, Krongyuth P. Essential competency for elderly care worker: Case study in Ubon Ratchathani province. Journal of Council of Community Public Health 2020;2(2):37-48.(in Thai)
18. Yoon HK, Kim GS. An empowerment program for family caregivers of people with dementia. Public Health Nursing 2020;37(2):222.33.doi:10.1111/phn.12690.
19. Saetew P, Chinkhanapha C, Rueangsawat S, Teepapal T. Study of the potential of caregiver for the elderly after 70 hours of elderly care program of Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2019;20(1):300-10.(in Thai)
20. Wuttikorn K, Wirunrat B, Suwanbon A. Competency development pattern for elderly caregivers. Sripatum Review of Humanities and Social Sciences 2016;16(2):50-60.

การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Needs Assessment for the Development of Simulation – Based Learning in the Era of the New Normal Society of the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

ขวัญตา บุญวาศ[1] โสภา รักษาธรรม[1] สุทธานันท์ กัลกะ[1] มญช์พาณี ขำวงษ์[1]

Kwanta Boonvas[1] Sopah Raksatham[1] Suthanan Kunlaka[1] Monpanee Khamwong[1]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[1]Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok

Corresponding author: Sopah Raksatham; Email: sopah.r@bcn.ac.th

Received: August 11, 2022 **Revised:** November 3, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SBL) ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ 2) จัดลำดับความต้องการจำเป็น และ3) เสนอแนะแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบศูนย์ปฏิบัติการจำลองเสมือนจริง จำนวน 24 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 300 คน ของวิทยาลัยในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพื้นฐาน วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นโดยใช้เทคนิค PNI Modified และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL พบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการจำเป็นด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในสภาพที่เป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.07, SD=1.03) และสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.32, SD=.95) 2) ผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL พบว่า ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้อยู่ในลำดับที่ 1 รองลงมาคือ ด้านการบริหารจัดการ และด้านอาจารย์ผู้สอน ตามลำดับ และ 3) แนวทางการพัฒนา คือ ควรมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริง ที่สนับสนุนการจัดการเรียนรู้ การจัดคลังโจทย์สถานการณ์ และการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้ผู้บริหารเร่งพัฒนาในด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การบริหารจัดการ และด้านอาจารย์ผู้สอน โดยการมีนโยบายที่ชัดเจน การจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดหาอุปกรณ์ การกำหนดตำแหน่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริง และการพัฒนาอาจารย์ผู้สอน

คำสำคัญ: การประเมินความต้องการจำเป็น; ยุคสังคมปกติวิถีใหม่; สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

Needs Assessment for the Development of Simulation – Based Learning in the Era of the New Normal Society of the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

Kwanta Boonvas[1] Sopah Raksatham[1] Suthanan Kunlaka[1] Monpanee Khamwong[1]

[1]Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok

Corresponding author: Sopah Raksatham; Email: sopah.r@bcn.ac.th

Received: August 11, 2022 **Revised:** November 3, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

Abstract

The objectives of this study were to: 1) explore the situation, problems, and needs in developing simulation-based learning (SBL) in the era of the new normal society, 2) prioritize needs, and 3) provide recommendations for SBL development. The sample consisted of 24 administrators or heads of simulation learning centers in a nursing college and 300 nursing instructors of the faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute. The research tools included questionnaires and a focus group interview guide. Data were analyzed using descriptive statistics, a modified priority needs index technique, and content analysis. The results revealed that: 1) The average scores of the needs for SBL development related to the actual and expected situation of the learning support subscale yielded a moderate level ($\overline{X}$=3.07, SD=1.03) and a high level ($\overline{X}$=4.32, SD=.95), respectively. 2) The need for SBL development was prioritized from learning facility support, following by management, and instructor development, respectively, and 3) Three major areas of SBL development included: recruiting a simulation lab technician to support learning management, developing a simulation-scenario bank, and placing budget support for simulation-based learning development. The findings of this study suggest that the administrators should urgently support learning facilities, learning management, and instructor development by establishing a clear support policy, allocating budget for learning facilities, establishing a simulation-lab technician position, and arranging nurse instructors' training and development.

Keywords: needs assessment; new normal society era; simulation-based learning

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทั่วโลก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ยุคสังคมปกติวิถีใหม่ (New normal society era) ที่ได้ส่งผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ การแพร่ระบาดของ COVID-19 ได้ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในช่วงที่มีการระบาดอย่างหนัก จากการที่นักศึกษาไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้เหมือนในสถานการณ์ปกติ ซึ่งถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่ท้าทายอย่างยิ่งสำหรับสถาบันการศึกษาในการจัดการศึกษาให้บัณฑิตมีคุณลักษณะและสมรรถนะทางวิชาชีพที่เป็นไปตามมาตรฐานที่หลักสูตรกำหนดภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมปกติวิถีใหม่[1] ดังนั้นเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้รับประสบการณ์การฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาล เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่ง จึงปรับเปลี่ยนรูปแบบการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้กรณีศึกษา การอภิปรายปัญหาและแนวทางการพยาบาลร่วมกัน หรือการฝึกทักษะทางการพยาบาลในห้องปฏิบัติการเพิ่มมากขึ้น การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองผ่านการดูแบบอย่างจากวีดิทัศน์ในการทำหัตถการต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติในรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation based learning: SBL) ซึ่งการเรียนรู้แบบ SBL สามารถช่วยชดเชยการฝึกปฏิบัติจากสาถานการณ์จริงได้[2]

การเรียนรู้โดยใช้ SBL ทางพยาบาลศาสตร์ศึกษา เป็นวิธีการเรียนการสอนทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงซ้ำได้หลายครั้ง จนเกิดความมั่นใจก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยจริง[3-4] โดยผู้สอนสามารถเลือกชนิดการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้กับแบบจำลองส่วนของอวัยวะมนุษย์ (models) ชุดการฝึกเฉพาะส่วน (partial task trainer) การฝึกเสมือนจริง (virtual reality) การเรียนรู้กับผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patients: SP) การเรียนรู้กับหุ่นมนุษย์เสมือนจริงขั้นสูง (high-fidelity human simulation) และการเรียนรู้ด้วยวิธีการแบบผสมผสาน (hybrid simulation) ให้เหมาะสมกับเนื้อหาการสอน ลักษณะผู้เรียน ความถนัดของผู้สอน และนโยบายการสนับสนุนทรัพยากรการเรียนรู้ของสถาบันการศึกษาพยาบาล[5-6] ผู้สอนสามารถพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาล และทักษะที่ไม่ใช่ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงของผู้เรียน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างปลอดภัย การเรียนรู้วิธีนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งในการเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมก่อนปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง แนวคิดในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของ Jeffries[7] มีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ผู้สอน (teacher) ผู้เรียน (student) ลักษณะการจัดการฝึกปฏิบัติ (educational practices) การออกแบบสถานการณ์จำลอง (simulation design characteristics) และผลลัพธ์การเรียนรู้ (outcomes) นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง[8] ได้แก่ 1) การมีนโยบายการจัดการเรียนการสอนที่ชัดเจน 2) มีอุปกรณ์หุ่นจำลองทั้งอย่างง่ายและหุ่นจำลองเสมือนขั้นสูง จอรับภาพ และอุปกรณ์สนับสนุนอื่น ๆ มีห้องปฏิบัติการและห้องเรียนกลุ่มย่อย ที่สามารถมองเห็นการปฏิบัติการของนักศึกษาได้ 3) อาจารย์ คือบุคคลสำคัญ แม้จะมีนโยบายที่ดี มีอุปกรณ์อย่างดีที่สุด อาจารย์ต้องมีความรู้ที่จะดำเนินการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงได้ มีการฝึกฝนการสร้างสถานการณ์ และนำไปใช้โดยมีการประเมินและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง[6]

ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จำเป็นต้องมีข้อมูล สภาพการณ์จริง ปัญหา หรือความต้องการจำเป็นที่แท้จริงคืออะไร จะต้องพิจารณาตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่เชื่อถือได้จากการประเมินความต้องการจำเป็น ซึ่งการประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment) เป็นกระบวนการประเมินเพื่อกำหนดความแตกต่างของสภาพที่เป็นอยู่จริง (what is) กับสภาพที่

ควรจะเป็น (what should be) โดยระบุสิ่งที่ต้องการให้เกิดว่ามีลักษณะเช่นใด และประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่ามีลักษณะเช่นใด จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ และประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่าควรต้องเปลี่ยนแปลงอะไร การประเมินความต้องการจำเป็นทำให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนการจัดการศึกษา หรือการเปลี่ยนแปลงผลที่เกิดขึ้นปลายทาง การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการประเมินความต้องการจำเป็น จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงสร้างสรรค์ และเป็นการเปลี่ยนแปลงทางบวก ทั้งนี้หากนำผลการศึกษามาจัดเรียงลำดับความสำคัญของความแตกต่าง วิเคราะห์สาเหตุ และนำมากำหนดแนวทางในการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหา จะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหา หรือวางแผนพัฒนาได้ตรงตามความต้องการจำเป็นที่สำคัญ ช่วยแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา ตามลำดับก่อนหลัง[9]

จากความสำคัญของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของสังคมปกติวิถีใหม่ ดังกล่าวมาขั้นต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและออกแบบการจัดการเรียนรู้ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีความเหมาะสม การวางแผนการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ คุ้มค่าและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้เรียนมีความปลอดภัย มั่นใจ มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพตามข้อกำหนดของหลักสูตร ตามอัตลักษณ์ของสถาบันและตามความต้องการของระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2) เพื่อจัดเรียงลำดับความสำคัญตามความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

3) เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้มุ่งสำรวจสถานการณ์ ปัญหาและประเมินความต้องการจำเป็นในการใช้ทรัพยากรในการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของ Jeffries[7] มีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ผู้สอน (teacher) ผู้เรียน (student) ลักษณะการจัดการฝึกปฏิบัติ (educational practices) การออกแบบสถานการณ์จำลอง (simulation design characteristics) และผลลัพธ์การเรียนรู้ (outcomes) ร่วมกับแนวคิดการประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment) ของ สุวิมล ว่องวานิช[9] เป็นกระบวนการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อกำหนดความแตกต่างของสภาพที่เป็นอยู่จริง/สภาพปัจจุบัน (what is) กับสภาพที่ควรจะเป็น/สภาพที่คาดหวัง (what should be) หลังจากนั้นนำผลการศึกษามาจัดเรียงลำดับความสำคัญของความแตกต่าง วิเคราะห์สาเหตุ และนำมากำหนดแนวทางในการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหา จะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหา หรือวางแผนการพัฒนาได้ตรงตามความต้องการจำเป็นที่สำคัญ และตามลำดับก่อนหลัง ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดองค์ประกอบในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ที่จะส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่คาดหวัง เป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านอาจารย์ผู้สอน และ 3) ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษา จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1.1 ผู้บริหารที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้า/ผู้รับผิดชอบศูนย์ปฏิบัติการจำลองเสมือนจริง ในวิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ในการศึกษากลุ่มนี้ ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา จำนวน 30 คน

1.2 อาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 30 แห่ง จำนวน 1,167 คน ผู้วิจัยทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ของ ยามาเน่[10] ที่ความเชื่อมั่นของผลวิจัย 95 % กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 สุ่มได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย วิทยาลัย ละ 10 คน

2. ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากวิทยาลัยที่มีการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เสมือนจริงในกรุงเทพ ปริมณฑล และเครือข่ายภาคตะวันออก ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ รวม จำนวน 5 ศูนย์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม ผู้บริหาร ประกอบด้วย ผู้อำนวยการวิทยาลัย จำนวน 5 คน รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ จำนวน 5 คน หัวหน้าภาควิชา จำนวน 5 คน หัวหน้า/ผู้รับผิดชอบศูนย์ปฏิบัติการจำลองเสมือนจริง จำนวน 5 คน รวมจำนวน 20 คน และกลุ่มอาจารย์ วิทยาลัยละ 2 คน รวมจำนวน 10 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือเก็บรวบรวมสำหรับผู้บริหาร จำนวน 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา และประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL จำนวน 16 ข้อ และ2) แบบสำรวจทรัพยากรที่ใช้สำหรับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยใช้รูปแบบการตอบสนองคู่ (dual-response format) มีลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวนให้เติมคำตอบเป็นตัวเลขในช่องว่างรายข้อ จำนวน 50 ข้อ โดยมีคำถามทุกข้อต้องตอบ 2 สภาพ คือ จำนวนที่เป็นจริง และจำนวนที่ควรจะเป็น

1.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับอาจารย์ จำนวน 2 ชุด ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งและประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL จำนวน 15 ข้อ และ2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นต่อทรัพยากรในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL โดยใช้รูปแบบการตอบสนองคู่ (dual-response format) มีลักษณะเป็นแบบมาตรฐานส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ โดยคำถามทุกข้อต้องตอบ 2 สภาพ คือ สภาพที่เป็นจริง และสภาพที่ควรจะเป็น ระดับ 1, 2, 3, 4, 5 หมายถึง มีสภาพที่เป็นจริง/สภาพที่ควรจะเป็นน้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มาก, และ มากที่สุด ตามลำดับ

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในสภาพที่เป็นจริง/สภาพที่ควรจะเป็น ใช้สูตร ดังนี้

$$\text{ระดับ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5-1}{5} = .8$$

การแปลผลระดับคะแนน มีความหมาย ดังนี้

1.00 – 1.79	หมายถึง มีสภาพที่เป็นจริง/สภาพที่ควรจะเป็นน้อยที่สุด
1.80 – 2.59	หมายถึง มีสภาพที่เป็นจริง/สภาพที่ควรจะเป็นน้อย
2.60 – 3.39	หมายถึง มีสภาพที่เป็นจริง/สภาพที่ควรจะเป็นปานกลาง
3.40 – 4.19	หมายถึง มีสภาพที่เป็นจริง/สภาพที่ควรจะเป็นมาก
4.20 – 5.00	หมายถึง มีสภาพที่เป็นจริง/สภาพที่ควรจะเป็นมากที่สุด

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับผู้บริหาร และอาจารย์พยาบาล เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ มีลักษณะเป็นคำถาม จำนวน 2 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่รับรอง BCNB-2564-01 โดยอาสาสมัครวิจัย ได้รับการอธิบายจนเข้าใจเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ แล้ว คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งส่งลิงค์ของการเข้าถึงไฟล์แบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบสำรวจทางออนไลน์ กรณีที่ผู้วิจัยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะทำการคลิ๊กในช่อง ยินยอมเข้าร่วม ซึ่งผู้ตอบแบบสำรวจจะใช้ในเวลาในการตอบประมาณ 30 นาที

3. ติดตามการตอบกลับของข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งพบว่ามีจำนวนผู้ตอบน้อยกว่าที่กำหนด ผู้วิจัยจึงมีการติดตามแบบสอบถามผ่านทางการโทรศัพท์ พบว่าอาสาสมัครวิจัยบางท่านไม่สะดวกตอบแบบสอบถามออนไลน์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทางไปรษณีย์เพิ่มเติม

4. วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและนำมาจัดเรียงลำดับความต้องการจำเป็นในลำดับที่ 1-5 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่มในรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก แบ่งการสนทนาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มอาจารย์ผู้สอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL และทรัพยากรในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL โดยใช้สถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้ดัชนีความสำคัญของลำดับความต้องการจำเป็น หรือ Modified Priority Needs Index: PNI Modified แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญ เรียงค่า PNI Modified จากมากไปหาน้อย โดยมีสูตรในการคำนวณ คือ PNI Modified=(I-D)/D

เมื่อ PNI หมายถึง ดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น
I หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น (ความต้องการ)
D หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นอยู่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงค่าที่ระบุระดับความต้องการจำเป็นด้วยค่า PNI Modified เป็นรายข้อ โดยข้อที่มีค่ามาก แสดงว่ามีความต้องการจำเป็นในระดับมากหรือสูงกว่าข้อที่มีค่าน้อย ความต้องการจำเป็นที่มีค่ามากหรือสูง จึงควรให้ความสำคัญ และนำมาแก้ไขปรับปรุง หรือพัฒนาก่อน[9]

3. วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL และวิเคราะห์แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ จากการสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารในวิทยาลัยพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้า/ผู้รับผิดชอบศูนย์ปฏิบัติการจำลองเสมือนจริง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 30 แห่ง จำนวน 30 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่ข้อมูลครบสมบูรณ์คืน จำนวน 24 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 80 ของแบบสอบถามทั้งหมด ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.67 มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 83.30 ดำรงตำแหน่งชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 79.16 มีประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.83 ได้รับการอบรมหลักสูตร SBL ร้อยละ 54.17 มีประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ร้อยละ 87.50 มีประสบการณ์สร้าง scenario ร้อยละ 79.17

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 30 แห่ง จำนวน 300 คน ได้แบบสอบถามที่ข้อมูลครบสมบูรณ์คืนทุกฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.67 มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 62.33 ดำรงตำแหน่งชำนาญการ-ชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 89 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.33 ได้รับการอบรมหลักสูตร SBL ร้อยละ 52.33 มีประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ร้อยละ 85.34 มีประสบการณ์สร้าง scenario ร้อยละ 77.33

1.2 ความต้องการจำเป็นในด้านทรัพยากรที่ใช้สำหรับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้า/ผู้รับผิดชอบศูนย์ปฏิบัติการจำลองเสมือนจริง ตามจำนวนที่เป็นจริงที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ในจำนวน 50 รายการ คือ มี scenario สาขาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ($\overline{X}$=12.05, SD=40.54) รองลงมาคือ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ($\overline{X}$=7.00, SD=5.12) สำหรับจำนวนที่ควรจะเป็น คือ มี scenario สาขาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ($\overline{X}$=16.05, SD=42.65) รองลงมาคือ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ($\overline{X}$=10.00, SD=6.10) เช่นกัน สำหรับ Nursing Simulator for Mental Health พบว่าไม่มี แต่มีความต้องการในจำนวนที่ควรจะเป็น ($\overline{X}$=1.53, SD=1.39)

1.3 ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย ด้านการบริหารจัดการ ด้านอาจารย์ผู้สอน และด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้พบว่า ความต้องการตามสภาพที่เป็นจริงด้านการบริหารจัดการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.58, SD=.95) ความต้องการตามสภาพที่ควรจะเป็นอยู่

ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.38, SD=.82) ความต้องการตามสภาพที่เป็นจริงด้านอาจารย์ผู้สอนโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.73, SD=.83) ความต้องการตามสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.44, SD=.80) ความต้องการตามสภาพที่เป็นจริงด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.07, SD=1.03) ความต้องการตามสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.32, SD=.95)

\ 2. การจัดเรียงลำดับความสำคัญตามความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2.1 ผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นในด้านทรัพยากรที่ใช้สำหรับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้า/ผู้รับผิดชอบศูนย์ปฏิบัติการจำลองเสมือนจริง ในจำนวน 50 รายการ โดยใช้ดัชนีความสำคัญของลำดับความต้องการจำเป็น มีค่า PNI Modified อยู่ระหว่าง .33-33.17 ด้านที่พบว่ามีค่า PNI Modified มากที่สุด มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 1 คือ Nursing Simulator for Gerontology ลำดับที่ 2 คือ Body Interact (Digital simulator) ลำดับที่ 3 คือ ห้องปฏิบัติการสำหรับ Sim Newborn ผลการจัดเรียงลำดับความต้องการจำเป็นในด้านทรัพยากรที่ใช้สำหรับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL 5 อันดับแรก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลำดับความต้องการจำเป็นด้านทรัพยากรที่ใช้สำหรับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL (n=24)

รายการ	I	D	I-D/D	ลำดับที่
- Nursing Simulator for Gerontology	2.05	.06	33.17	1
- Body Interact (Digital simulator)	1.35	.05	26.00	2
- ห้องปฏิบัติการสำหรับ Sim Newborn	1.25	.10	11.50	3
- ห้อง Debriefing สำหรับ Sim Baby	2.25	.21	9.71	4
- ห้อง Debriefing สำหรับ Sim Newborn	2.10	.25	7.40	5

2.2 ผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของอาจารย์พยาบาล มีค่า PNIModified อยู่ระหว่าง .19-.40 ด้านที่พบว่ามีความสำคัญเป็นลำดับที่ 1 คือ ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ลำดับที่ 2 คือ ด้านการบริหารจัดการ ลำดับที่ 3 คือ ด้านอาจารย์ผู้สอน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลำดับความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL (n=300)

รายการ	I		D		I-D/D	ลำดับที่
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ		
- ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	4.32	มากที่สุด	3.07	ปานกลาง	.40	1
- ด้านการบริหารจัดการ	4.38	มากที่สุด	3.58	มาก	.22	2
- ด้านอาจารย์ผู้สอน	4.44	มากที่สุด	3.73	มาก	.19	3

2.2.1 ด้านการบริหารจัดการ มีค่า PNI Modified อยู่ระหว่าง .12-.37 ผลการจัดเรียงลำดับความต้องการจำเป็นในด้านบริหาร 5 อันดับแรก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลำดับความต้องการจำเป็นด้านการบริหารจัดการ (n=300)

รายการ	I		D		I-D/D	ลำดับที่
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ		
- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริง ได้รับการอบรมให้มีความชำนาญ	4.26	มากที่สุด	3.11	ปานกลาง	.37	1
- การจัดหาหุ่นจำลองมนุษย์เสมือนจริงสำหรับการจัดการเรียนรู้ทุกสาขาการพยาบาลอย่างเพียงพอ	4.31	มากที่สุด	3.32	ปานกลาง	.30	2
- การบริหารจัดการระบบหรือวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL	4.44	มากที่สุด	3.45	มาก	.29	3
- การจัดหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับการจัดการเรียนรู้ทุกสาขาการพยาบาลอย่างเพียงพอ	4.40	มากที่สุด	3.46	มาก	.27	4
- การจัดสรรอาคารสถานที่ห้องปฏิบัติการจำลองเสมือนจริงอย่างเพียงพอ	4.42	มากที่สุด	3.54	มาก	.25	5

2.2.2 ด้านอาจารย์ผู้สอน มีค่า PNI Modified อยู่ระหว่าง 0.12-.32 ผลการจัดเรียงลำดับความต้องการจำเป็นในด้านอาจารย์ผู้สอน 5 อันดับแรก ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ลำดับความต้องการจำเป็นด้านอาจารย์ผู้สอน (n=300)

รายการ	I		D		I-D/D	ลำดับที่
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ		
- ผู้สอนมีความชำนาญในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ SBL อย่างครบถ้วนและเหมือนจริงมากที่สุด	4.40	มากที่สุด	3.34	ปานกลาง	.32	1
- ผู้สอนมีความรู้ ความสามารถในการสร้าง/ออกแบบ scenario สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร	4.39	มากที่สุด	3.48	มาก	.26	2
- ผู้สอนมีความชำนาญในการออกแบบการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้	4.38	มากที่สุด	3.56	มาก	.23	3
- ผู้สอนมีการเตรียมความพร้อมของตนเองก่อนการสอน	4.52	มากที่สุด	3.79	มาก	.19	4
- ผู้สอนจัดเตรียมสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพลักษณะต่างๆ ที่มีความหลากหลาย	4.43	มากที่สุด	3.72	มาก	.19	4
- ผู้สอนประเมิน/ สะท้อนผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL และนำไปปรับปรุงการสอนครั้งต่อไป	4.44	มากที่สุด	3.80	มาก	.17	5

2.2.3 ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ มีค่า PNI Modified อยู่ระหว่าง .35-.48 ผลการจัดเรียงลำดับความต้องการจำเป็นในด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ 5 อันดับแรก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ลำดับความต้องการจำเป็นด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ (n=300)

รายการ	I		D		I-D/D	ลำดับที่
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ		
- มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริง เพียงพอ	4.28	มากที่สุด	2.89	ปานกลาง	.48	1
- มีระบบบันทึกและถ่ายทอดสัญญาณแบบออนไลน์ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่าน smart phone	4.28	มากที่สุด	2.96	ปานกลาง	.45	2
- คลัง scenario มีเพียงพอครบทุกสาขาการพยาบาล	4.35	มากที่สุด	3.05	ปานกลาง	.43	3
- มีหอผู้ป่วยจำลองเสมือนจริงเพียงพอทุกสาขาการพยาบาล	4.28	มากที่สุด	3.00	ปานกลาง	.43	3
- มีผู้ป่วยมาตรฐาน (SP) เพียงพอตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม	4.22	มากที่สุด	3.00	ปานกลาง	.41	4
- ห้องปฏิบัติการในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL เพียงพอทุกสาขาการพยาบาล	4.38	มากที่สุด	3.14	ปานกลาง	.39	5

3. แนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่

3.1 แนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ตามข้อเสนอของกลุ่มผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

1) มีนโยบายส่งเสริมการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL โดยจัดทำเป็นแผนงาน/โครงการตามแผนปฏิบัติการทุกปี เพื่อส่งเสริมให้เกิดการจัดการเรียนการสอนทุกภาควิชา และเป็น interprofessional education (IPE)

2) กำหนดนโยบายพัฒนาอาจารย์ผู้สอนในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ด้วยการจัดอบรม/ประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ทุกภาควิชา โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทางวิชาชีพ (professional learning community: PLC)

3) การจัดทำคลังโจทย์สถานการณ์ (scenario)

4) สนับสนุนงบประมาณในการจัดหาสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้สำหรับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL เช่น ห้องปฏิบัติการ หุ่น/หุ่นมนุษย์จำลอง และโปรแกรมสถานการณ์จำลองต่าง ๆ เป็นต้น การกำหนดหุ่นมนุษย์จำลองขั้นพื้นฐาน เช่น sim man, sim mom ที่ควรจะต้องมีทุกวิทยาลัย สำหรับศูนย์การเรียนรู้ควรจะมีหุ่นมนุษย์จำลองครบทุกวัย

5) สนับสนุนงบประมาณในการจัดหา/จัดสรรอัตรากำลังพัฒนาเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริง เป็นต้น

6) สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาผู้ป่วยมาตรฐาน (SP)

7) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอาจารย์ในวิทยาลัย และอาจารย์ในระดับเครือข่าย วางแผนในการประชุมเสวนากลุ่ม เพื่อถอดบทเรียนร่วมกันระหว่างอาจารย์ผู้สอน นำไปสู่การเกิดองค์ความรู้เพิ่มเติมและนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

8) ประสานความร่วมมือกับพยาบาลพี่เลี้ยง จากหน่วยบริการ (สถาบันแหล่งฝึก) เพื่อช่วยพัฒนาโจทย์สถานการณ์จำลอง เพื่อให้ได้กรณีศึกษาจากผู้ป่วยจริง/เชิญเป็นทีมร่วมสอนในหลักสูตร

3.2 แนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ตามข้อเสนอของกลุ่มอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

1) ควรมีเจ้าหน้าที่เฉพาะ เช่น เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริง ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้งานหุ่นจำลอง ในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL สามารถเตรียมหุ่น และอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้งานได้

2) ด้านอาจารย์ ควรมีการพัฒนาการสอนแบบ SBL แก่อาจารย์อย่างต่อเนื่อง

3) ด้านหลักสูตร ในแต่ละวิชาควรจัดจำนวนชั่วโมงที่เหมาะสมในการจัดการเรียนรู้แบบ SBL เนื่องจากต้องใช้เวลามากกว่าการสอนในห้องเรียนปกติ

อภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1) สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้า/ผู้รับผิดชอบศูนย์ปฏิบัติการจำลองเสมือนจริง และอาจารย์พยาบาล ได้รับการอบรมหลักสูตร SBL ร้อยละ 54.17 และ 52.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การจัดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์ในการสร้าง scenario แสดงให้เห็นว่าคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้เห็นถึงความสำคัญ และมีการเตรียมความพร้อมด้านอาจารย์ผู้สอนสำหรับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ สอดคล้องกับผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของอาจารย์พยาบาลที่พบว่า ด้านอาจารย์ผู้สอน มีความสำคัญตามความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ เป็นลำดับที่ 3 สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของ Jeffries[7] ที่พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ผู้สอน ที่จะต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

ความต้องการจำเป็นในด้านทรัพยากรที่ใช้สำหรับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL ตามจำนวนที่เป็นจริงและตามจำนวนที่ควรจะเป็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดและมีค่าใกล้เคียงกัน ในจำนวน 50 รายการ คือ มี scenario สาขาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น รองลงมาคือ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าจะมี จำนวน scenario อยู่ในระดับมากแล้ว แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ดังนั้นผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ควรสนับสนุนให้อาจารย์ในสาขามีการสร้าง scenario สาขาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และควรให้อาจารย์มีส่วนร่วมในการวางแผน เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในวิทยาลัย รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในวิทยาลัย และระดับคณะ เพื่อการพัฒนา scenario ที่สมบูรณ์ สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของ Jeffries[7] ที่พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การออกแบบ/สร้าง scenario ซึ่ง scenario ที่ดีต้องประกอบไปด้วย เค้าโครงสถานการณ์ สถานการณ์จำลองของผู้ป่วย หรือสิ่งแวดล้อมในคลินิก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าอาจารย์พยาบาลมีความต้องการในการพัฒนาทักษะอาจารย์ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL[11] สำหรับ Nursing Simulator for Mental Health พบว่าไม่มี และมีความต้องการในจำนวนที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด อาจเนื่องจากในการจัดการเรียนรู้สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชปัจจุบันยังมีการใช้หุ่นผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือนจริงน้อย จึงสมควรที่จะได้รับการพัฒนาทั้งด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และด้านอาจารย์ผู้สอน ที่จะส่งผลให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่คาดหวัง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า

นักศึกษาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดสูงกว่านักศึกษาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีการปกติโดยการทบทวนเนื้อหา แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลอง ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความ มั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น[12-13]

ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย ด้านการบริหารจัดการ ด้านอาจารย์ผู้สอน และด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้พบว่า การประเมินความต้องการตามสภาพที่เป็นจริงด้านการบริหารจัดการ และด้านอาจารย์ผู้สอนโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สำหรับความต้องการตามสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ว่าในสภาพที่เป็นจริง ด้านการบริหารจัดการและด้านอาจารย์ผู้สอนมีการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL อยู่ในระดับมากแล้ว แต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ สำหรับด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ พบว่าการประเมินความต้องการตามสภาพที่เป็นจริงโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความต้องการตามสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็น ของอาจารย์พยาบาลที่พบว่า ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ มีความสำคัญตามความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL เป็นลำดับแรก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Fogg et. al[14] ที่พบว่าสถาบันการศึกษาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความจำเป็นในการปรับวิธีการเรียนรู้จากในสถานการณ์จริงในคลินิก มาเป็นการเรียนรู้โดยใช้ SBL เนื่องจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขระงับการฝึกปฏิบัติเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2) การจัดเรียงลำดับความสำคัญตามความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นในด้านทรัพยากรที่ใช้สำหรับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL ที่พบว่าความต้องการจำเป็นที่ควรได้รับการปรับปรุง/พัฒนาเร่งด่วนที่สุด 3 อันดับแรก คือ Nursing Simulator for Gerontology, Body Interact และห้องปฏิบัติการสำหรับ Sim Newborn อธิบายได้ว่า ทรัพยากรดังกล่าวของคณะพยาบาลศาสตร์มีจำนวนน้อย และเนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2562 เป็นต้นมา ทำให้สถาบันที่เป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาพยาบาลต้องระงับการฝึกปฏิบัติ จึงทำให้ต้องมีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองหรือในห้องปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น จึงส่งผลทำให้ไม่เพียงพอกับความต้องการ

ผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของอาจารย์พยาบาล พบว่าความต้องการจำเป็นที่ควรได้รับการปรับปรุง/พัฒนาเร่งด่วนที่สุดอันดับแรก คือ ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ โดยพบว่ามีความต้องการจำเป็นที่ควรได้รับการปรับปรุง/พัฒนาเร่งด่วนที่สุดอันดับแรกคือ ต้องการมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริงอย่างเพียงพอ รองลงมาคือ ต้องการให้มีระบบบันทึกและถ่ายทอดสัญญาณแบบออนไลน์ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่าน smart phone ลำดับที่ 3 คือ ต้องการให้มีคลัง Scenario และมีหอผู้ป่วยจำลองเสมือนจริงเพียงพอทุกสาขาการพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางพัฒนาการจัดการเรียนรู้เสมือนจริงจากการแสดงความคิดเห็นของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาล และสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะต้องมีการเพิ่มสื่อวิดิทัศน์และจำนวนคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ต มีการสนับสนุนระบบการยืม-คืนอุปกรณ์ให้มีความคล่องตัวมากขึ้น[15] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Luctker-Flude[5] ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL คือจะต้องมีนโยบายการสนับสนุนทรัพยากรการเรียนรู้ของสถาบันการศึกษาพยาบาล

ด้านบริหารจัดการ พบว่าความต้องการจำเป็นที่ควรได้รับการปรับปรุง/พัฒนาเร่งด่วนที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริง ได้รับการอบรม ต้องการจัดหาหุ่นจำลองมนุษย์ทุกสาขา

การพยาบาลอย่างเพียงพอ และต้องการบริหารจัดการระบบหรือวิธีการปฏิบัติงานเพื่อช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางพัฒนาของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาล และสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะต้องมีการจัดซื้อและเตรียมหุ่นจำลองและวัสดุอุปกรณ์การฝึกให้เพียงพอกับจำนวนนักศึกษา และทักษะการพยาบาลที่นักศึกษาต้องฝึกบ่อยครั้ง การขยายเวลาการใช้ห้องปฏิบัติการนอกเวลา และการแนะนำวิธีดูแลรักษาอุปกรณ์และหุ่นจำลอง[15] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ สุพรรณี กัณหดิลก และตรีชฎา ปุ่นสำเริง[8] และ Luctker-Flude[5] ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL คือ จะต้องมีนโยบายการสนับสนุนทรัพยากรการเรียนรู้ของสถาบันการศึกษาพยาบาล มีอุปกรณ์ หุ่นจำลองทั้งอย่างง่ายและหุ่นจำลองขั้นสูง มีอุปกรณ์สนับสนุนอื่น ๆ มีห้องปฏิบัติการและห้องเรียนกลุ่มย่อยที่สามารถมองเห็นการปฏิบัติการของผู้เรียนได้

ด้านอาจารย์ผู้สอน พบว่าความต้องการจำเป็นที่ควรได้รับการปรับปรุง/พัฒนาเร่งด่วนที่สุด คือความต้องการผู้สอนมีความชำนาญในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ SBL ต้องการให้มีความสามารถในการสร้าง Scenario สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร และต้องการให้มีความชำนาญในการออกแบบการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ สอดคล้องกับแนวคิด ของ Jeffries[7] และสุพรรณี กัณหดิลก และตรีชฎา ปุ่นสำเริง[8] ที่กล่าวว่าผู้สอนเป็นบุคคลสำคัญในการที่จะพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ อาจารย์จะต้องมีความรู้ที่จะดำเนินการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีการฝึกฝนการสร้างสถานการณ์ และเมื่อนำไปใช้แล้วต้องมีประเมินผลและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

3) แนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลมีความคิดเห็นเป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ ควรมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริง ที่สนับสนุนการจัดการเรียนรู้ มีการจัดคลังโจทย์สถานการณ์ (scenario) และควรมีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

จากการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในทุกด้าน เพื่อให้บัณฑิตมีคุณลักษณะ และสมรรถนะทางวิชาชีพที่เป็นไปตามมาตรฐานที่หลักสูตรกำหนดภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมปกติวิถีใหม่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารควรเร่งพัฒนาในด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การบริหารจัดการ และด้านอาจารย์ผู้สอน โดยการมีนโยบายที่ชัดเจน การจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดหาอุปกรณ์ บุคลากรในตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการห้องจำลองเสมือนจริง และการพัฒนาอาจารย์ผู้สอน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ให้ครอบคลุม หรือศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในนักศึกษาพยาบาล

References

1. Chaleoykitti S, Artsanthia J, Daodee, M S. The effect of COVID-19 disease: teaching and learning in nursing. Journal of Health and Nursing Research 2020;36(2):255-62.(in Thai)
2. Lateef F, Suppiah M, Chandra S, Yi TX, Darmawan W, Peckler B, et al. Simulation centers and simulation-based education during the time of COVID 19: A multi-center best practice position paper by the world academic council of emergency medicine. J Emerg Trauma Shock 2021;14(1):3-13.

3. Cordeau MA. (2013). Teaching holistic nursing using clinical simulation: a pedagogical essay. Journal of Nursing Education and Practice 2013;3(4):40-50.
4. Lateef F. Maximizing learning and creativity: understanding psychological safety in simulation-based learning. J Emerg Trauma Shock 2020;13:5-14.
5. Luctker-Flude M, Wilson-Keates B, Larocque M. Evaluating high-fidelity human simulators and standardized patients in undergraduate nursing health assessment course. Nursing Education Today [internet].2012[2012 May 32]. Available: http://dx.doi.org/10.1016/j. nedt.2011.04.011.
6. Suwannakeeree W, Jullmusi O, Tangkawanich T. Simulation-based learning management for nursing students. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2016;28(2):1-14.(in Thai)
7. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating: simulations used as teaching strategies in nursing. Nursing Education Perspectives 2005;26(2):96-103.
8. Kanhadilok S, Punsumreung T. Simulation based learning: design for nursing education. Journal of Nursing and Education 2016;9(1):1-14.(in Thai)
9. Wongwanich S. Needs assessment research. 3rd ed. Revised edition. Bangkok: Chulalongkorn Univerity Press;2015.(in Thai)
10. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
11. Tanasansutee C, Lertlum L, Panawatthanapisuit S. The development of an instructional skill using simulation based learning. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin 2019;9(2):55-70.(in Thai)
12. Khamwong M, Kunlaka S, Sirimai W, Noochusuk C. Effect of simulation-based learning on self-confidence in therapeutic communication practice of nursing students. Journal of Health and Nursing Research 2020;36(1):201-12.(in Thai)
13. Sinthuchai S, Ubolwan K, Boonsin S. Effects of high-fidelity simulation based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum. Rama Nurse Journal 2017;23(1):113-27.(in Thai)
14. Fogg N, Wilson C, Trinka M, Campbell R, Thomson A, Merrit L, et al. Transitioning from direct care to virtual clinical experiences during the COVID-19 pandemic. Journal of Professional Nursing 2020.Doi: https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.09.012.
15. Klinchat R, Eiu-Seeyok B, Namwong T, Phasanasophon P. Developing the appropriate nursing laboratory for self-learning of nursing students of Phrapokklao nursing college, Chanthaburi. Journal of Phrapokklao Nursing College 2019;3(1);188-99.(in Thai).

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่[1]

The Relationship Between Self Esteem, Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors, and Health Promoting Behavior of Older Adults at Nachack Sub District, Muang Phrae District, Phrae Province[1]

ศิราวัลย์ เหรา[2] วิจิตรา ปัญญาชัย[2]

Sirawal Haera[2] Wichittra Panyachai[2]

[1]งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]Boromarajonani College of Nursing Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Correspondence author: Sirawal Haera; Email: Sirawalpoh@gmail.com

Received: March 29, 2022 **Revised:** August 30, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม n4Studies สำหรับการคำนวณหาค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่รู้จำนวนประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 540 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ โดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.93, S.D.+ 1.07) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\overline{X}$ =4.17, SD S.D.+ .89) ในขณะที่ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด ($\overline{X}$ =3.34, S.D.+ 1.48) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.47) และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.86) ข้อเสนอแนะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด จึงควรมีนโยบายและให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ความรู้และรณรงค์ให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม และการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุเป็นลำดับแรก รวมทั้งการเสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุร่วมด้วย

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; การรับรู้ประโยชน์; ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

The Relationship Between Self Esteem, Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors, and Health Promoting Behavior of Older Adults at Nachack Sub District, Muang Phrae District, Phrae Province[1]

Sirawal Haera[2] Wichittra Panyachai[2]

[2]Boromarajonani College of Nursing Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Correspondence author: Sirawal Haera; Email: Sirawalpoh@gmail.com

Received: March 29, 2022 **Revised:** August 30, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

Abstract

The purpose of this study was to determine health promoting behaviors, of older adults and the relationship between self-esteem, perceived benefits of health promoting behaviors and health promoting behaviors of older adults in which offered by Nachack Sub District, Muang Phrae District, Phrae Province. The sample size of 540 persons was identified by the n4Studies finite population average estmation program. The data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's product moment correlation. The result found that health promoting behaviors of older adults in the area of Nachack Sub District, Muang Phrae District, Phrae Province was at a high level ($\overline{X}$=3.93, S.D.+1.07). When considering each individual part of health promoting behaviors, the highest mean score was nutrition ($\overline{X}$=4.17, SD+.89), whereas the lowest mean score was exercise ($\overline{X}$=3.34, SD+1.48). Self-esteem was positively significantly correlated with the health promoting behaviors of older adults at p=.01 (r=.47). The mean score of perceived benefits of health promoting behaviors was positively significantly correlatied with the health promoting behaviors of older adults at p=.01 (r=.86). In this study, it is suggested that an agency or health organization that may be concerned should have a policy, plan, and program in place promote health and exercise as suitable and good for older adults. Promoting health promoting behaviors of older adults must first improve the perceived benefits of health promoting behaviors and improved self-esteem for older adults as well.

Keywords: health promoting behaviors; older adults; perceived benefits; self-esteem

ความเป็นมาและความสำคัญ

สังคมไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากโครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากถึง 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด จึงเป็น “สังคมสูงวัย” (aged society) ซึ่งเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุนี้มากเป็นอันดับสองในอาเซียน และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึง ร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ.2574[1]

ในปีพ.ศ. 2556 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย โดยสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 13,642 คน จาก 28 จังหวัด พบ ผู้สูงอายุไทยมีความเจ็บป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 1) ขณะที่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์และไม่มีโรค/ปัญหาสุขภาพดังกล่าว และพบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติตัวได้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 15-30 นาทีเป็นประจำ (ร้อยละ 57) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ (ร้อยละ 65) รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ 66) ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 83) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84) ปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกที่สำคัญต่อการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง 5 ประการ ได้แก่ การจัดกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ หรือเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน/ชุมชนเป็นประจำ มีและใช้สมุดคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุมีฟันใช้งานมากกว่า 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การสำรวจนี้พบความชุกสูงถึงร้อยละ 43 ในเพศชาย และร้อยละ 50 ในเพศหญิง[2] ปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุพบได้บ่อย ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่ควรได้รับความสนใจในการให้บริการเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อลดภาวะพึ่งพาผู้อื่น โดยเมื่อเป็นโรคแล้วถ้าสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพนเดอร์[3] กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนกระทำเพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุกไปสู่ภาวะสุขภาพดี หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย และการที่บุคคลให้คุณค่ากับภาวะสุขภาพของตนมากเท่าไร บุคคลนั้นจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำไปปฏิบัติ ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมหรือสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ จึงเป็นกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้ผู้สูงอายุ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

แผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 1) มาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น 1.1 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหมายถึง การให้บริการคำปรึกษาทั่วไป เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ และการออกกำลังกาย โดยมีดัชนีชี้วัดเรื่องสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์[4] ดังนั้น กิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ต้องเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์[3] ที่กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) เป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนกระทำเพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุกไปสู่ภาวะสุขภาพดี หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย และการที่บุคคลให้คุณค่ากับภาวะสุขภาพ

ของตนมากเท่าไร บุคคลนั้นจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำไปปฏิบัติ ดังนั้น การส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง จึงสามารถสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ทั้งนี้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมว่าประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด และแนวคิดดังกล่าวได้นำมาใช้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จากรายงานการศึกษาของวริศา จันทรังสีวรกุล และคณะ[5] พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสวรรค์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่จารี ศรีปาน[6] ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

จังหวัดแพร่ มีประชากรอาศัยอยู่ประมาณ 449,810 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุประมาณ 89,109 คน[7] คิดเป็นร้อยละ 19.81 แสดงว่าประชากรของจังหวัดแพร่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นโครงสร้างของประชากรที่เข้าสู่ภาวะ “สังคมสูงวัย (aged society)” แล้ว และจังหวัดแพร่ ยังมีค่าดัชนีการสูงวัยสูงสุด เป็นอันดับ 3 ของประเทศ เท่ากับ 148.91 สำหรับตำบลนาจักร พื้นที่สนามวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลประชากรปี พ.ศ. 2560 จากสถิติขององค์การบริหารส่วนตำบลมีประชากรทั้งหมด 7,103 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,316 คน คิดเป็นสัดส่วนค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 18.52 และมีค่าดัชนีการสูงวัยสูงสุด เท่ากับ 124.15[8] ทำให้ชุมชนตำบลนาจักร เข้าสู่สังคมสูงวัยที่กำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) ได้ในเวลาอันใกล้ คณะผู้วิจัยเป็นบุคลากรสาธารณสุขและปฏิบัติหน้าที่อาจารย์พยาบาล รับผิดชอบสอนและนิเทศวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย จึงตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความสูงวัย สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการให้บริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ มุ่งเน้นส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่าง ๆ ครอบคลุมโภชนาการ การออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ เพื่อนำข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดี และบรรลุความสุขในช่วงวัยสำคัญของชีวิต ตลอดทั้งชุมชนตำบลนาจักรเป็นที่ตั้งของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และเป็นแหล่งฝึกหลักของวิทยาลัยฯ ที่ได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์เข้าสู่ปีที่ 2 ดังนั้น ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนจัดการศึกษาของวิทยาลัยฯ และ เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการจัดการเรียนการสอนและการนิเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแก่นักศึกษา รวมถึงเป็นแนวทางในการวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมือง จังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมือง จังหวัดแพร่
3. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

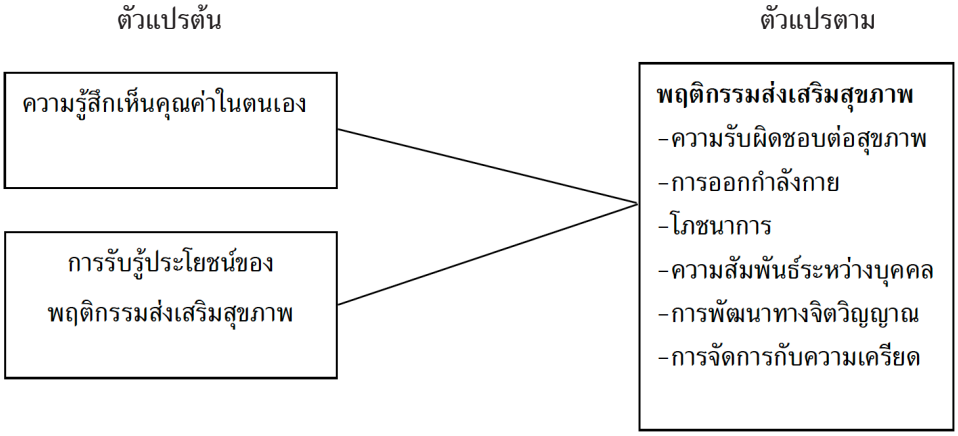
สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาจักร อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาจักร อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[3] ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเชื่อว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นความสามารถที่แท้จริงของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อผลในการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้จะทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวก พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการปฏิบัติ 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด เพนเดอร์เสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ.1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ 1) คุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งศึกษาในปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตวิทยาได้แก่ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง 2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[9] ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าจะทำให้เกิดความเชื่อมั่น รักตัวเองและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการที่บุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองจะส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น ในขณะเดียวกันการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคงและส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการกระทำซึ่งเป็นจุดสุดท้ายในโมเดลการส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในการบรรลุผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพสำหรับผู้รับบริการเมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวก[3] เขียนดัง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา ประเภทหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุในตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ จำนวน 1,316 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ จำนวน 540 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม n4Studies[10-11] สำหรับการคำนวณหาค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่รู้จำนวนประชากร (for estimating the finite population mean) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 540 คน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคาดเคลื่อนร้อยละ 5 และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก ดังนี้

1. จำแนกประชากรผู้สูงอายุตามพื้นที่เขตปกครองระดับหมู่บ้าน ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลนาจักรจำนวน 9 หมู่บ้าน

2. คำนวณขนาดตัวอย่างสุ่มตามสัดส่วน (proportion to size) ของแต่ละหมู่บ้าน

3. สุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากตามสัดส่วนของของผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ที่ 1 จำนวน 102 คน หมู่ที่ 2 จำนวน 59 คน หมู่ที่ 3 จำนวน 60 คน หมู่ที่ 4 จำนวน 56 คน หมู่ที่ 5 จำนวน 48 คน หมู่ที่ 6 จำนวน 56 คน หมู่ที่ 7 จำนวน 51 คน หมู่ที่ 8 จำนวน 56 คน และหมู่ที่ 9 จำนวน 52 คน รวมทั้งหมด 540 คน

เกณฑ์คัดเข้าตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ที่มีความเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสารได้ดี
3. เป็นผู้ที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยได้

เกณฑ์คัดออกตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามตามที่กำหนดไว้ในแบบสอบถาม
2. มีความประสงค์จะออกจากการศึกษาหรือขอถอนตัว

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยดัดแปลง มาจากจารุณี วาระหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์[12]เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งคณะผู้วิจัยดัดแปลงมาจากจารุณี วาระหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์[12] แบบสัมภาษณ์มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 5 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนี้

4.51-5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.51-4.50	หมายถึง	มาก
2.51-3.50	หมายถึง	ปานกลาง
1.51-2.50	หมายถึง	น้อย
1.00-1.50	หมายถึง	น้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของจารุณี วาระหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์12 เป็นข้อความด้านบวกทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	5	คะแนน
เห็นด้วยมาก	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

4.51-5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.51-4.50	หมายถึง	มาก
2.51-3.50	หมายถึง	ปานกลาง
1.51-2.50	หมายถึง	น้อย
1.00-1.50	หมายถึง	น้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของจารุณี วาระหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์[12] เป็นข้อความด้านบวกทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	5	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	3	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2	คะแนน
ปฏิบัติน้อย/ไม่ปฏิบัติ	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

4.51-5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.51-4.50	หมายถึง	มาก
2.51-3.50	หมายถึง	ปานกลาง
1.51-2.50	หมายถึง	น้อย
1.00-1.50	หมายถึง	น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลาของจารุณี วาระหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์[12] วิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา รวมถึงความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหาแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย (index of item –objective congruence : IOC) มีค่าเท่ากับ .87 จากนั้นนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุหมู่ 2 บ้านหนองเจริญ และ 9 บ้านหนองอ่วน ตำบลแม่ยางตาล อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ .89 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ .91 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ลำดับที่ PPH No. 024/2561 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2561 และขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ให้ข้อมูลโดยลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ์เข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเป็นความลับและการเปิดเผยข้อมูลเฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการศึกษาทางวิชาการ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษา 1 ปี หลังจากนั้นจะนำเอกสารของกลุ่มตัวอย่างไปทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. นำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ เสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาจักร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจักร อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม รวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ การแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับ คะแนนของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง คะแนนของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.40 มีอายุระหว่าง 60–69 ปี ร้อยละ 63 มีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 57 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.50 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 63.90 ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 55.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.40 รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.60 ผู้สูงอายุมีความพอเพียงของรายได้ ร้อยละ 72.80 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.00 สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.60

2. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.78 ($\overline{X}$=3.88, SD+1.12) เช่นเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.11 ($\overline{X}$=4.03, SD+ .92) สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.22 ($\overline{X}$=3.93, SD+ 1.07) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า ด้านโภชนาการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.52 ($\overline{X}$=4.17, SD+ .89) ในขณะที่ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.37($\overline{X}$=3.34, SD+1.48) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (n=540)

ข้อความ	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ	การแปลผล
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	**3.88**	**1.12**	**67.78**	**มาก**
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	**4.03**	**.92**	**76.11**	**มาก**
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	**3.93**	**1.07**	**72.22**	**มาก**
ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ	4.10	1.01	72.22	มาก
การออกกำลังกาย	3.34	1.48	50.37	ปานกลาง
โภชนาการ	4.17	.89	83.52	มาก
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.05	.98	76.85	มาก
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	4.08	.98	75.93	มาก
การจัดการความเครียด	3.84	1.07	67.41	มาก

3. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.47) และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.86) ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (n=540)

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (r)
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	.47**
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	.86**

** p< .01

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ พบว่า โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านโภชนาการ ($\overline{X}$=4.17, SD+ .89) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการออกกำลังกาย ($\overline{X}$=3.34, SD+1.48) สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา สิทธิกัน[13] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของลักษณา พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ[14] ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.40 ซึ่งเพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของสรีระของบุคคล มีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างของระดับพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ[3] ซึ่งเพศชายสามารถเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นวัยที่เริ่มเจ็บป่วย การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง มีความเสื่อมด้านร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายมากขึ้น อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ สอดคล้องกับ Orem[15] ได้กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้นจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาที่มีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.60 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายได้ สำหรับสถานภาพสมรสมีความสำคัญในแง่ของการได้รับการสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยจากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือสังคม จะทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจ หรือการสนับสนุนทางด้านการเงิน ซึ่งสามารถนำไปแก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี[3] สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนัดดา เกิดแพร[16] ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลมะขามสูง อำเภอเมือง

จังหวัดพิษณุโลก พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแล และช่วยเหลือ รองลงมาคือ ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ เป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ การที่มีระดับการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา มั่นล้วน วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และนิภา สุทธิพันธ์[17] ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า สถานภาพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และรายได้ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุอาจตระหนักถึงความสำคัญในการแสวงหาความรู้และวิธีการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่มากพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

2. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.47) สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี วาระหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์[12] ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r =.36) เช่นเดียวกับการศึกษาของลักษณา พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ[14] ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r=.43) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุของชุมชนชนบทกึ่งเมือง พบปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลสำคัญในเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 86.2 อาศัยอยู่กับครอบครัว คือ คู่สมรส บุตร หลาน ญาติ และยังคงมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวถึงร้อยละ 60 เป็นแม่บ้านร้อยละ 22.20 ผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพหรือมีรายได้จากแหล่งรายได้อื่น ๆ ถึง ร้อยละ 71.90 โดยแหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ลูกหลาน ค้าขาย เงินบำนาญคู่สมรส เงินสะสม/มรดก เงินตอบแทน และค่าเช่า จึงรู้สึกมีความเพียงพอด้านรายได้ถึงร้อยละ 72.80 นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 63 มีอายุ 60–69 ปี ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 48.90 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55 ข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นนี้สะท้อนให้เห็นถึงผู้สูงอายุยังคงมีความสัมพันธ์และได้รับการยอมรับนับถือจากคนในครอบครัวและชุมชน มีแหล่งรายได้ที่มั่นคง และยังมีร่างกายที่ปกติแข็งแรง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีความเชื่อมั่น มีการยอมรับตนเอง มีความรู้สึกมั่นคงทั้งด้านสุขภาพร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.88, SD+ 1.12) โดยเมื่อจำแนกตามรายข้อ ข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น($\overline{X}$=4.28, SD+.81) สอดคล้องกับมโนทัศน์ของ Pender NJ[3] ที่กล่าวว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม โดยความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านจิตวิทยา ทั้งนี้การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นการประเมินตนเองในขีดความสามารถและเป็นการรับรู้จากการประเมินของบุคคลอื่น โดยผ่านการกระทำหรือพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองยังส่งผลต่อพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตทั้งด้านสุขภาพ สถานภาพ และความมั่นคงในชีวิต[18] รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางบวกที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ

3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.86) สอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นนเรศ กาศอุดม คณิสร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์[19] ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก พบว่า ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 63.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของจารุณี วาระหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์[12] ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.70) เช่นเดียวกับการศึกษาของศิราวัลย์ เหรา และคณะ[20] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุ้ม ตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุ้ม ตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.61) และการศึกษาของลักษณา พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ[15] ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r=.71) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.03, SD+.92) ในขณะที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.93, SD+1.07) เช่นเดียวกัน ดังนั้น จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า มีความสอดคล้องกันระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ซึ่งเมื่อจำแนกการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายข้อ พบว่า การรับประทานปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วต่าง ๆ มีประโยชน์ต่อร่างกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\overline{X}$=4.30, SD+ .75) ในขณะที่การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช มีประโยชน์ต่อร่างกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด ($\overline{X}$= 3.64, SD+ 1.16) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกันกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh and Parsons[21] ได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองจะส่งผลให้บุคคลกระทำกิจกรรมมากขึ้น และจะเป็นตัวสนับสนุนหลักในแบบแผนของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพราะการรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการให้บริการพยาบาล ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นไป เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติในเชิงบวกและมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการจัดการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ควรมุ่งเน้นเนื้อหาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นในด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่ง

เสริมสุขภาพ

3. ด้านการบริหาร ควรมีนโยบายและให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม

4. ด้านการทำวิจัย ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยเชิงผสมผสานเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาจนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้ หรือวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ที่ให้โอกาสในการทำวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาจักร อำเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาจักร อำเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ที่ให้โอกาสดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การรวบรวมข้อมูลได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุในตำบลนาจักร อำเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research. Situation of the Thai elderly 2015. Pramote P. (Editor). Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Company Limited;2015.(in Thai)
2. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Report: The Report of health status of the Thai elderly 2013: the implementation of health promotion programs for elderly and disabled population. Nonthaburi: Wacharin PP Printing; 2014.(in Thai)
3. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange. 1996.
4. Department of Older Persons. The 2nd Nation Plan on The Elderly 2002-2021 1st Revised of 2009. [internet]. 2016. [cited 2017 May 1] Available from: http://www.dop.go.th/main/ law_list.php?id=28
5. Chantarungseevorakul W, Kontha J, Boonnuan W. Health promoting behaviors and health status of the elderly at Nakhonsawan municipality [Research Report]. Boromarajonani College of Nursing Sawanpra charak Nakhonsawan Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development Ministry of Public Health;2010.(in Thai)
6. Sripan C. Health Promotion Behaviors of the Elders in Langsuan District, Chumphon Province. Journal of Yala Rajabhat University 2011;6(2):123-130.(in Thai)
7. Official Statistics Registration System. Population and house statistics at the current database. [internet]. 2016. [cited 2017 May 1] Available from: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/ upstat_m.php
8. Community Development Department Nachack Sub-district Administrative Organization. The report of elderly statistic of Nachack sub-district Administrative Organization. Phrae;2017.(in Thai).
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed. New Jersey: Pearson Education;2006.
10. Wayne W., D. Biostatistic: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. John Wiley & Sons;1995.

11. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies. Sample size and power calculations for android. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program-The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University;2014.
12. Warahut J, Chitviboon A. Health promoting behaviors of elderly in the elderly club of Boromarajonani College of Nursing, Songkhla [Research Report]. Boromarajonani College of Nursing, Songkhla Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development Ministry of Public Health;2010.(in Thai)
13. Sithikan W. Factors associated with health promotion behaviors of the elderly in Ban Hong Subdistrict Municipality, Ban Hong district, Lamphun province [Master thesis]. Chiangmai: Chiang Mai Rajabhat University;2017.(in Thai)
14. Ponpumma L, Yodprasert T. Health promotion behavior among elderly person in Bansuan sub-district, Chon Buri province. Journal of Health Science 2019;28(2):236-43.(in Thai)
15. Orem DE. Nursing concepts of practice. 5th ed. St. Louis: Mosby;2001.
16. Kerdprae C. Health promotion behaviors for the elderly in Makhamsung sub-district. Muang district, Phitsanulok province. Annual report of the Health Promotion Center 9 Phitsanulok Province. [internet]. 2015. [cited 2015 February 10] Available from www.hpc9.anamai. moph.go.th/research
17. Munluen K, Kanchanasit W, Suthiphan N. The elderly health behavior in Bannongprong district health promotion hospital, Amphoe mueang, Burirum province. Continuing report of The 6th National Conference Nakhonratchasima College of the Year 2019, "Aged Society: Opportunities and Challenges of Higher Education" (pages 889-97). Nakhonratchasima: Nakhonratchasima College;2019.(in Thai)
18. Wongwichan N, Sonthirat S. Attitude toward aging, self-care, social skills and well-being of the elderly in Amphoe Kabin Buri's the Elderly Club, Prachin Buri Province J. of Soc Sci & Hum. [internet]. 2013[cited 2022 May 5]. Available:https://so04.tci-thaijo.org/index.php/ socku/article/view/79874
19. Gadudom P, Kaewdang K, Namwong T. Health behaviors of the elderly in the Eastearn region of Thailand. Journal of Phrapokklao Nursing College 2007;18(1):1-10.(in Thai).
20. Haera S, Thepthongkam D, Leaudnakrob N, Nualthong W, Khamfongkhrua W. The relationship between self-esteem, perceived benefits of health promoting behaviors, and health promoting behaviors of the Elderly [Research Report]. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development Ministry of Public Health;2014.(in Thai)
21. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6th ed. New Jersey: Pearson Education;2011.

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน: บทบาททีมสุขภาพ

Caring for Pediatric Patients with Acute Lymphoblastic Leukemia: Health Care Provider Roles

พัชราภา กาญจนอุดม[1] พูลสุข ศิริพูล[2]

Patcharapa Kanchanaudom[1] Pulsuk Siripul[2]

[1]นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[1]Student of Doctor of Philosophy in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2]Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

Corresponding author: Patcharapa Kanchanaudom; Email: patcharapa@bnc.ac.th

Received: March 28, 2022 **Revised:** August 13, 2022 **Accepted:** August 24, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลันนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน โดยบุคลากรทีมสุขภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลันจำนวน 10 คน เป็นกุมารแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน โดยบุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมสู่การรักษา โดยทำการตรวจวินิจฉัย ให้ข้อมูลการรักษา ประเมินการปรับตัวของเด็กและผู้ดูแล และเตรียมความพร้อมก่อนให้ยา 2) การดูแลตามการรักษา โดยให้การรักษาตามขั้นตอน ลดความเสี่ยงจากการให้ยา จัดการอาการแทรกซ้อน ติดตามผลการรักษา ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในช่วงการรักษา และช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 3) การดูแลตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยแก้ไขโรคแทรกซ้อน และให้การรักษาต่อไป 4) การดูแลตามผลการรักษา โดยการชี้แจงทางเลือก รักษาตามการตัดสินใจของครอบครัว ดูแลแบบประคับประคอง ส่งเสริมการอยู่กับครอบครัว และติดตามการเยี่ยม ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อความรู้ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลันสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน; การดูแล; บุคลากรทีมสุขภาพ; ผู้ป่วยเด็ก

Caring for Pediatric Patients with Acute Lymphoblastic Leukemia: Health Care Provider Roles

Patcharapa Kanchanaudom[1] Pulsuk Siripul[2]

[1]Student of Doctor of Philosophy in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

[2]Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

Corresponding author: Patcharapa Kanchanaudom; Email: patcharapa@bnc.ac.th

Received: March 28, 2022 **Revised:** August 13, 2022 **Accepted:** August 24, 2022

Abstract

The objective of this study was to describe the provision of care for Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) pediatric patients by health care providers using descriptive qualitative research. The key informants were purposively selected to include 10 health care providers involved in caring for ALL pediatric patients: a physician and 9 nurses. The place of study was one of the tertiary hospitals in the eastern region of Thailand. Data were collected using participant behavioral observations and in-depth interviews. Data were analyzed using content analysis. The results of this study showed that the care of ALL pediatric patients in the context of one of the tertiary hospitals in the Eastern region of Thailand by health care provider was divided according to the stage of illness and the treatment period, which had four characteristics: 1) preparation for treatment by diagnosing, providing information about the treatment, assessing the ability of the child and the caregiver and preparing the child before giving medicine; 2) symptomatic therapy by reducing the risks of medication, managing complications, and monitoring treatment results, providing information for self-care during treatment, and helping with problems; 3) care according to the variations in health status consists of resolving complications and continuing treatment; 4) care according to treatment outcomes included clarification of options, treatment according to family's discretion, palliative care, promotion of family life and follow up visitation. The results of this study provide information which can be used to guide health personnel to provide appropriate and effective care for pediatric patients with ALL.

Keywords: acute lymphoblastic leukemia; caring; health care provider; pediatric patients

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเสียชีวิตในระดับต้น ๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในเด็ก คือ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวคิดเป็นร้อยละ 26[1] สำหรับในประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งสมอง โดยอุบัติการณ์เป็น 38.1 คน, 6.4 คน และ 6.3 คนต่อประชากรล้านคนตามลำดับ และในจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนี้ เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟ บลาสชนิดเฉียบพลัน (Acute Lymphoblastic Leukemia: ALL) มากกว่าโรคมะเร็งขาวชนิดอื่น[2] ซึ่งผู้ป่วยเด็กโรค ALL จะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการหลัก เนื่องจากเด็กตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ในปัจจุบันใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของปี พ.ศ.2561 (National protocol for the treatment of ALL, 2018) ที่ได้มีการปรับปรุงแผนการรักษาใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการปรับระยะเวลาการรักษาและปริมาณของยาเคมีบำบัดในแต่ละระยะทุก 2-3 ปี เพื่อให้ทันต่อความก้าวหน้าของโรค โดยหวังผลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและหายจากโรคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการรักษาจะต้องใช้ระยะเวลานาน 2-3 ปี และมีการติดตามรักษาภายหลังจากรักษาครบแล้วในระยะเวลา 5 ปี[3] ผู้ป่วยเด็กโรค ALL สองในสามหรือมากกว่าสามารถรักษาจนหายขาดได้ มีอัตราปลอดการกลับเป็นซ้ำและอัตรารอดชีวิตที่สูงขึ้น[4] โดยมีอัตราการรอดชีวิตหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคเกิน 5 ปี จากร้อยละ 58 ปัจจุบันเพิ่มเป็นร้อยละ 84 เป็นผลมาจากการปรับปรุงแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยเด็กโรค ALL ให้เหมาะสมกับการดำเนินของโรคมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำและรวดเร็วขึ้น[5] จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กโรค ALL ได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงการรักษาในปัจจุบันจึงทำให้ผู้ป่วยเด็กโรค ALL เผชิญกับการรักษา มีอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นตามการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ควรเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ปัจจุบัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการพัฒนาในหลากหลายวิธี มีการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคและการรักษาที่ได้รับ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL โดยตัวของผู้ป่วยเด็กเอง ผู้ปกครอง และบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมและกิจกรรมการพยาบาลโดยบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยเด็กสามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง หรือลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างได้รับการรักษา ได้แก่ การดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อบรรเทาการเกิดแผลในช่องปาก[6] การป้องกันการติดเชื้อ[7] การลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า[8] เป็นต้น ซึ่งผลจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนใหญ่ให้ผลในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ภายใต้แนวทางการรักษาแบบเดิม ซึ่งปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาที่อาจจะส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่เหมือนเดิมหรือแตกต่างไปจากเดิมตามการรักษาที่ได้รับ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นตามบริบทในปัจจุบัน

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออก ที่ให้บริการด้านสุขภาพสำหรับประชาชนและเป็นศูนย์กลางในการรักษาโรคมะเร็งในเด็กของภาคตะวันออก ที่รับผู้ป่วยเด็กโรค ALL จากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพมารักษา จากสถิติผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสูงเป็นอันดับแรกของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้งหมด โดยในปี 2561, 2562 และ 2563 มีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 68.97, 65.31 และ 69.23 ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้งหมดต่อปีตามลำดับ[9] นอกจากนี้ยังเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งแรกของประเทศที่ได้รับการรับรองคุณภาพในระดับนานาชาติ โดยผ่านการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลในระดับสากล (Joint Commission International: JCI) และผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital accreditation: HA) จึงเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้บริการได้ครบถ้วนมีการพัฒนาศักยภาพ

โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมีนโยบายในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง (Excellent cancer center) ซึ่งโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นหนึ่งในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความต้องการข้อมูลการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL อย่างครอบคลุมแบบองค์รวมโดยเฉพาะในมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพสามารถสะท้อนภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยและการรักษาจนถึงปัจจุบัน

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ของบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิของภาคตะวันออก ตามมุมมอง วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยและการรักษา สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ครอบคลุมทุกมิติและเป็นองค์รวม ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรค ALL สามารถดำรงชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยของโรค มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลันของบุคลากรทีมสุขภาพ ในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคตะวันออก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลันของบุคลากรทีมสุขภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ บุคลากรทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL จำนวน 10 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค ALL ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม หน่วยเคมีบำบัด และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม[4] โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ให้ความยินยอมและความร่วมมือในการวิจัย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant behavioral observation) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรค ALL และครอบครัว และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ป่วยเด็กโรค ALL และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL 2) แบบสัมภาษณ์ บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL เป็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น “ในหน่วยงานของท่านมีใครบ้างที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมีบทบาทอย่างไร” “หน่วยงานของท่านมีนโยบาย แนวคิด ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างไรบ้าง” และ “ท่านมีส่วนร่วม บทบาท และวิธีการในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างไรบ้าง” เป็นต้น โดยแนวคำถามผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่กุมารแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งในเด็กจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กจำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบเพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และได้นำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 3) แบบบันทึกภาคสนาม เป็นการบันทึกรายละเอียดที่เกี่ยวข้องและสถานการณ์บริบทพื้นที่ รวมทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ที่เกิดขึ้น และ 4) เครื่องบันทึกเสียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังที่โครงการวิจัยผ่านจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับอนุญาตในการเข้าไปศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกที่เป็นพื้นที่ศึกษา และผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก แนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการจัดพยาบาลที่เป็นผู้แนะนำผู้วิจัยในการเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ (gate keeper) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อพบผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมจึงให้ลงนามยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลร่วมกันหลายวิธี ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของบุคลากรทีมสุขภาพในการให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรค ALL และครอบครัว และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ป่วยเด็กโรค ALL และครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเลือกสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 40–50 นาที ในขณะสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อและการรับรู้ต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL เจาะลึกประเด็นต่าง ๆ เพื่อให้เห็นภาพและเข้าใจบริบทของผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับการบันทึกเสียงและการบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น เลขที่ HE 622019 รับรองวันที่ 17 เมษายน 2562 การรักษาความลับได้ใช้รหัสแทนชื่อเพื่อไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องสืบค้นตัวผู้ให้ข้อมูลได้ การนำเสนอข้อมูลได้กระทำเป็นภาพรวม บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน เป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย และถอนตัวจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ของไดเคลแมนและอัลเลน (Diekelman and Allen)[10] โดย 1) อ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ 2) เขียนสรุปข้อความและจัดระบบแยกประเภทกลุ่มข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อความตามที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของข้อมูล 4) พิจารณาหารูปแบบความสัมพันธ์ เชื่อมโยงของข้อมูลที่ได้ ตรวจสอบความถูกต้องของการตีความกับผู้ให้ข้อมูล และตรวจสอบกับทฤษฎีหรือวรรณกรรมที่มีอยู่ รวมถึงตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง 5) เปรียบเทียบความเหมือนความต่างของเนื้อหา 6) ค้นหาความสัมพันธ์ของประเด็นสำคัญของข้อมูลที่ได้ นำมาสร้างข้อสรุปจากการศึกษา และ 7) เขียนเค้าโครงของประเด็นสำคัญเป็นเค้าโครงสุดท้าย

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามแนวคิดของ Lincon and Guba[11] ประกอบด้วย 1) ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ที่สามารถแสดงความคิดเห็น ความเชื่อและความรู้สึกตามการรับรู้ต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL สร้างสัมพันธภาพ

กับบุคลากรทีมสุขภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีการสะท้อนคิดและบันทึกการสะท้อนคิดตลอดกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนสรุปว่ามีความเข้าใจตรงกันหรือไม่ทั้งในระยะของการเก็บรวบรวมข้อมูลและเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การเชื่อมโยงได้ (transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์หรือประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกัน โดยมีการบรรยายรายละเอียดของการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกัน 3) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการจดบันทึก วิเคราะห์และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน และบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยและการสรุปผลการวิจัย ที่สามารถเข้าใจและตรวจสอบได้ และ 4) การยืนยันผล (confirm-ability) ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงแหล่งข้อมูล และสามารถตรวจสอบความถูกต้องย้อนหลังได้

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลจำนวน 9 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง มีอายุ 23-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50) รองลงมา คือ อายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 30) และ อายุ 52-55 ปี (ร้อยละ 20) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลมีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลเด็กมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 44.44) รองลงมา 5-10 ปี (ร้อยละ 22.22) น้อยกว่า 2 ปี (ร้อยละ 22.22) และ 3-5 ปี (ร้อยละ 11.11) ตามลำดับ ส่วนแพทย์ มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี โดยพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการให้เคมีบำบัด (ร้อยละ 66.67) ส่วนผู้ที่ยังไม่ผ่านการอบรมเนื่องจากคุณสมบัติการปฏิบัติงานยังมีประสบการณ์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (ร้อยละ 44.44)

ผลการศึกษา พบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลันของบุคลากรทีมสุขภาพ ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก สามารถจำแนกตามระยะการเจ็บป่วยของโรคและการรักษาเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การเตรียมความพร้อมสู่การรักษา ประกอบด้วย ทำการตรวจวินิจฉัย ให้ข้อมูลการรักษา ประเมินการปรับตัวของเด็กและผู้ดูแล และเตรียมความพร้อมก่อนให้ยา 2) ดูแลตามการรักษา ประกอบด้วย ให้การรักษาตามขั้นตอน ลดความเสี่ยงจากการให้ยา จัดการอาการแทรกซ้อน ติดตามผลการรักษา ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในช่วงการรักษา และช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 3) การดูแลตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย แก้ไขโรคแทรกซ้อน และให้การรักษาต่อไป 4) การดูแลตามผลการรักษา ประกอบด้วย ชี้แจงทางเลือก รักษาตามการตัดสินใจของครอบครัว ดูแลแบบประคับประคอง ส่งเสริมการอยู่กับครอบครัว และติดตามการเยี่ยม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมสู่การรักษา เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ที่เริ่มตั้งแต่มีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นโรค ALL และภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมีความพร้อมในการได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ทำการตรวจวินิจฉัย ให้ข้อมูลการรักษา ประเมินการปรับตัวของเด็กและผู้ดูแล และเตรียมความพร้อมก่อนให้ยา มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ทำการตรวจวินิจฉัย เมื่อตรวจพบอาการที่สงสัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรค ALL ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการทำหัตถการเพื่อวินิจฉัยโรค ด้วยการตรวจไขกระดูก (bone marrow) โดยแพทย์ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ALL เป็นการนำผลชิ้นเนื้อไปตรวจ พยาบาลจะเป็นผู้เตรียมผู้ป่วยเด็กและญาติก่อนการทำหัตถการ ติดตามผลการตรวจเกล็ดเลือด (platelet) และดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับเกล็ดเลือดก่อนการทำหัตถการหากเกล็ดเลือดมีค่าต่ำกว่า 50,000 cell/cumm.

ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า “ส่วนใหญ่เด็กจะมาด้วยมีเลือดออกผิดปกติหรือมีไข้ เมื่อตรวจเลือดพบว่าเกล็ดเลือดต่ำ ก็จะเข้าข่ายโรคมะเร็ง จะมีการรายงานอาจารย์แพทย์ฮีมาโต (มีความเชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยา) แพทย์ก็จะทำการตรวจวินิจฉัยด้วยการตรวจไขกระดูก เพื่อเอาผลชิ้นเนื้อไปตรวจหาเซลล์มะเร็ง จะต้องมีการเตรียมตัวคนไข้ก่อนเจาะไขกระดูก และแจ้งญาติเพราะคนไข้ของเราเป็นคนไข้เด็ก พ่อแม่จะค่อนข้างกังวลมาก แล้วแนะนำเด็กในการปฏิบัติตัว พยาบาลจะมีส่วนช่วยแพทย์ในการเตรียมอุปกรณ์ สไลด์ ขวดสเตอร์ไรด์ และฟอร์มาลีนถ้าจะส่งชิ้นเนื้อ ก่อนทำหัตถการต้องช่วยแพทย์ดูเรื่องเกล็ดเลือดคือ ถ้าเกล็ดเลือดมากกว่า 50,000 ถึงจะเจาะได้ ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 ก็ต้องงดและแก้ไขโดยการให้เกล็ดเลือดก่อน” (IN3) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า “ถ้าคนไข้มีเลือดออกผิดปกติ ซีดหรือมีไข้มาจะแจ้งหมอฮีมาโตทราบ แพทย์ก็จะทำการเจาะไขกระดูกเพื่อที่จะเอาผลชิ้นเนื้อไปตรวจ พยาบาลจะมีส่วนในการเตรียมคนไข้ แจ้งให้พ่อแม่ทราบ ต้องให้แนะนำในขั้นตอนต่าง ๆ ถ้าเป็นเด็กโตก็จะเข้าใจ และต้องดูเกล็ดเลือดก่อนถ้ามากกว่า 50,000 ถึงจะเจาะได้ อันนี้เรามีส่วนช่วยแพทย์ในการเตรียมตัวคนไข้และญาติก่อนเจาะไขกระดูก” (IN6)

1.2 ให้ข้อมูลการรักษา เป็นการให้ข้อมูลโดยแพทย์เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และการพยากรณ์โรค โดยการทำ Family Meeting (การแจ้งข่าวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กให้ครอบครัวของเด็กทราบ) เพื่อให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กทราบและตัดสินใจในการรักษา ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า “ถ้าผล bone marrow ออกก็จะทำ Family Meeting โดยแพทย์จะเรียกญาติสายตรงในครอบครัวมาแจ้งข่าวร้ายว่าลูกเป็นมะเร็ง เพื่อคุยเรื่องแผนการรักษา และผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา บางคนอาจจะไม่อยากให้การรักษาแบบทางวิทยาศาสตร์คือการให้ยาเคมีบำบัด และขอไปรักษาแบบพึ่งสมุนไพร แพทย์จะคุยกับญาติตั้งแต่เริ่มครั้งแรกเรื่องของการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่แล้วก็จะเป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีส่วนน้อยที่จะกลับไปรักษาด้วยการพึ่งสมุนไพร” (IN1) และแพทย์รายหนึ่งเล่าว่า “เมื่อตรวจพบว่ามีเด็กที่เป็น ALL ก็จะเชิญญาติสายตรงของเด็กมาคุยถึงเรื่องแนวทางการรักษาและอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี เพื่อให้ผู้ดูแลตัดสินใจในการรักษา การรักษาปัจจุบันคือการได้รับยาเคมีบำบัด ขึ้นอยู่กับว่าเด็กเป็นกลุ่มไหน ถ้าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงก็มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ประมาณ 60 % แต่ถ้ากลุ่มเสี่ยงต่ำ อัตราการรอดชีวิตจะเกิน 80% และในระหว่างให้ยาเคมีบำบัดอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้” (ID1)

1.3 ประเมินการปรับตัวของเด็กและผู้ดูแล เป็นการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยเด็กและบิดามารดาเมื่อรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร และการที่จะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมทั้งเซ็นเอกสารยินยอมในการรักษา หากยินยอมให้บุตรรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า “เมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยใหม่ ๆ ว่าเป็นโรคนี้และการรักษาที่ลูกจะได้รับ ต้องดูว่าสภาพจิตใจพ่อแม่เขาเป็นอย่างไร อันดับแรกคือพ่อแม่ยอมรับได้หรือไม่กับการป่วยของลูก และยินยอมที่จะให้ลูกรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือไม่ ถ้าเขายอมรับจะให้เซ็นเอกสารยินยอมให้การรักษา และต้องดูสภาพจิตใจของเด็กด้วยว่าสามารถปรับตัวได้หรือไม่ แต่ถ้าเป็นเด็กโตก็จะรู้เรื่องแล้ว” (IN2) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า “พ่อแม่ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ALL บางคนอาจจะยังทำใจยอมรับไม่ได้ ภายหลังแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ต้องดูว่าพ่อแม่เด็กยอมรับการเจ็บป่วยของลูกได้หรือไม่ มีการปรับตัวอย่างไร ถ้าเขารับได้ ก็จะให้เซ็นเอกสารยินยอมในการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะยินยอมให้รักษาด้วยยาเคมีบำบัด” (IN1)

1.4 เตรียมความพร้อมก่อนให้ยา เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กก่อนให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการให้ยาเคมีบำบัดตามที่กำหนดไว้แนวทางการรักษา (protocol) ของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า “เมื่อมีการวินิจฉัยแน่นอนว่าเด็กเป็นโรคมะเร็ง ญาติยอมรับและยินยอมที่จะรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ก่อนการให้ยาเคมีบำบัด เราต้องให้ความสำคัญกับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เนื่องจากจะมีผลต่อการคิดค่าพื้นที่ผิวของร่างกาย (Body surface area; BSA) ซึ่งส่งผลต่อการให้ยาเคมีบำบัดที่อาจจะมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ถ้ามากไปจะมีผลข้างเคียงกับเด็ก ถ้าได้น้อยไปยาเคมี

บำบัดจะออกฤทธิ์ไม่ดี ดังนั้นเด็กที่มาให้ยาเคมีบำบัดทุกคนก็ต้องชั่งน้ำหนักก่อนให้ยา ไม่ว่าจะมากี่วันแล้วก็ตาม" (IN3) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า "ในการเจาะแลปจะดูตามโปโตคอลว่าต้องตรวจแลปตัวไหนบ้าง แล้วค่าปกติเท่าไหร่ถึงจะให้ยาเคมีบำบัดได้ หากพบว่าผลเลือดไม่ดี ยังไม่พร้อมที่จะให้ จะพักยาเคมีบำบัดไปก่อนรอให้ร่างกายฟื้นตัวถึงจะเจาะเลือดและดูผลใหม่ ถ้าคนไหนที่ผลปกติก็จะให้เคมีบำบัดได้เลย" (IN4)

2. การดูแลตามการรักษา เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามแนวทางการรักษา (Protocol) ที่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ให้การรักษาตามขั้นตอน ลดความเสี่ยงจากการให้ยา จัดการอาการแทรกซ้อน ติดตามผลการรักษา ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในช่วงการรักษา และช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ให้การรักษาตามขั้นตอน คือ การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กโรค ALL ได้รับยาเคมีบำบัดตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "แพทย์จะเป็นผู้เตรียมโปรโตคอลของผู้ป่วยเด็กแต่ละคน ในเล่มโปรโตคอลนี้จะมีประวัติของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด ผลตรวจพิเศษทุกอย่าง bone marrow หรือ bone scan เอกซเรย์ ผลแลป รวมทั้งมีแนวทางในการให้ยาเคมีบำบัดด้วย ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบว่าที่แพทย์ปริ้นออกมาแล้วตรงกับโปรโตคอลในตัวเล่มใหญ่หรือไม่ เพราะว่าโรคมะเร็งแต่ละชนิด ยาเคมีบำบัดที่ให้แต่ละชนิดมันจะไม่เหมือนกัน ในเล่มของผู้ป่วยจะต้องมีแนวทางการให้ยาครบคอร์สของเด็ก ว่าเป็นกลุ่ม high risk หรือกลุ่ม risk จะทราบว่าตอนนี้เด็กได้รับการรักษาอยู่ในเฟสไหน ได้รับยาเคมีบำบัดอะไรบ้าง ครั้งต่อไปจะมาแอดมิดเมื่อไหร่ รายละเอียดจะอยู่ในนั้นทั้งหมด" (IN3) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า "สำหรับโปรโตคอล แพทย์จะมีหน้าที่ในการปริ้นโปรโตคอลออกมาให้ พยาบาลมีหน้าที่ในการตรวจสอบว่าโรคที่เด็กเป็นกับโปรโตคอลที่แพทย์ปริ้นออกมาของเด็กตรงกันหรือไม่ เพราะโรคมะเร็งแต่ละชนิดการให้ยาเคมีบำบัดไม่เหมือนกัน และพยาบาลจะเป็นผู้ให้ยาเคมีบำบัดตามโปโตคอลของผู้ป่วยเด็กในแต่ละคน" (IN7)

2.2 ลดความเสี่ยงจากการให้ยา เป็นการดูแลเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องของการให้ยาตามแนวทางการรักษา (protocol) ประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย การตรวจสอบเส้นเลือดและตำแหน่งของเส้นเลือด เฝ้าระวังการให้ยาที่มีผลต่อการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด (extravasation) การบริหารยาตามเวลาที่กำหนด ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "มาตรการของโรงพยาบาลคือต้องตรวจทานการรักษากับโปรโตคอล การตรวจสอบความถูกต้องของยาต้องเช็คยา 2 คนเช็ค คือต้องเช็คกับพยาบาลที่ผ่านการอบรม เช็คกันสองคนต้องดูชื่อนามสกุล ระหว่างที่เช็คยาต้องใส่อุปกรณ์ใส่เป็นแมสคาร์บอนและถุงมือสำหรับให้เคมีบำบัด ตรวจสอบความถูกต้องของการผสมยา จำนวนถูกต้องตามโปรโตคอลหรือไม่ ตรวจสอบการรั่วซึมและการตกตะกอนของยาเคมีบำบัดก่อนที่จะไปให้คนไข้ สอบถามคนไข้ถึงประวัติการแพ้ยา เพราะการให้ยาแต่ละรอบจะไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ต้องเช็คเส้นเลือดก่อนให้ ถ้าเส้นไม่ flow ต้องเปิดเส้นใหม่ แล้วค่อยให้ยาคนไข้ได้ คือพยาบาลเจ้าของเคสทุกคนต้องตรวจทาน" (IN5) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า "เรื่องของการบริหารยาจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ผ่านการอบรม เพราะยาแต่ละตัวจะมีความเฉพาะไม่เหมือนกัน บางตัวต้องระวังเรื่องตกตะกอน เพราะฉะนั้นต้องให้ก่อนยาตัวอื่น ๆ หรือยาเคมีบำบัดบางตัวต้องให้ทาง IV slowly push จะต้องให้แพทย์เป็นคนฉีดเท่านั้น รวมทั้งการให้ยาทาง IM แพทย์จะต้องเป็นคนให้เท่านั้น พยาบาลจะให้เฉพาะยาที่ให้ผ่านเครื่อง drip เท่านั้น" (IN3) "ส่วนการรั่วของยาเคมีบำบัด จะมีชุด Spill Kit ที่ใช้กับเคมีรั่วไหล ถ้าไม่มั่นใจว่าอันไหนที่เป็นประคบอุ่นหรือว่าประคบเย็นให้ดูที่ข้างกล่อง จะมีวิธีการปฏิบัติในกรณีที่มียารั่วแล้วต้องปฏิบัติอย่างไร ส่วนมากจะไม่ค่อยมีรั่วไหล เพราะมีการตรวจเส้นเลือดก่อน ถ้าพบเริ่มบวมจะประคบทันทีตามชนิดของยาแต่ละตัว (IN4)

2.3 จัดการอาการแทรกซ้อน เป็นการให้การดูแลในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ อาการอาเจียน อาการปวด แผลในปาก ท้องอืด หรือถ่ายเหลว ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "การดูแลเด็กที่ให้ยาเคมีบำบัด คือหนึ่งดูว่าเด็กเป็นภาวะไหน สองระดับของการให้ยาเคมีตามโปรโตคอลที่รักษาถึงระยะ

ไหน เพราะว่าการดูแลแต่ละเคสจะไม่เหมือนกัน จะดูแลเป็นสเต็ป คือ ก่อนจะให้เคมีบำบัดคือดูแลทั่วไปไม่ให้มีการติดเชื้อเกิดขึ้น เพราะหลังจากนั้นจะเป็นช่วงที่ระยะเม็ดเลือดขาวมันร่วง ต้องป้องกันการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ระวังเรื่องอาหารการกิน การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เรื่องการติดเชื้อจะเน้นย้ำมากขึ้น แต่ก่อนให้ก็ดูทั่วไปเหมือนเตรียมตัวที่จะให้เคมี แล้วต้องดูแลจัดการกับอาการจากผลข้างเคียงของยาที่เด็กได้รับ เช่น อาเจียน ปวด แผลในปาก ท้องอืด หรือว่าถ่ายท้องตาม side effect ของยาว่าเด็กได้ยาตัวนี้จะเกิดผลข้างเคียงของยามีอะไรบ้าง ต้องดูตามอาการตามยาที่ได้รับ" (IN2) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า "เด็กกลุ่มนี้ต้องเน้นเรื่องการดูแลที่ต้องได้รับยาเคมีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเรื่อง side effect ของยา ส่วนมากหลัก ๆ จะให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมดูเรื่องการให้ยาเคมีบำบัดกับผู้ป่วยเด็ก เพราะพยาบาลจะต้องรู้ว่า side effect หลัก ๆ ที่สำคัญของยาแต่ละตัวคืออะไร เนื่องจากยาแต่ละตัวจะมี side effect ที่ไม่เหมือนกัน เช่น Doxorubicin จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ต้องระวังหลังให้ยาต้องวัด vital sign และต้องสังเกตเด็ก ในขณะที่เด็กนอนนิ่งแต่ heart rate เร็ว ต้องรีบรายงานแพทย์อันดับแรก แพทย์อาจพิจารณาตรวจ echo เด็ก ก่อนและหลังให้ยา Doxorubicin (IN3)

2.4 ติดตามผลการรักษา เป็นการติดตามผลหลังการได้รับการรักษาในแต่ละระยะของการรักษา การมารับการรักษาตามนัด และการตรวจเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษา ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "การรักษาโรคนี้เริ่มมีประสิทธิภาพมากขึ้นจากการที่มีการปรับปรุงโปโตคอลทุก 2 ปี อัตราการรอดของเด็กมากขึ้น แต่อย่างไรในระหว่างเส้นทางการรักษาก็อาจจะมีปัญหาได้เพราะว่าการรักษาโรคนี้ใช้เวลานาน ซึ่งปกติเราจะเน้นย้ำตลอดในเรื่องการที่ต้องมารับการรักษาตามนัด และมาตรวจเลือดเพื่อติดตามดูความก้าวหน้าของการรักษาอย่างต่อเนื่อง" (IN1) และแพทย์รายหนึ่งเล่าว่า "การรักษาจะใช้แนวทางของชมรมโรคมะเร็งในเด็กแห่งประเทศไทยที่จะมีการ revise ทุก 2–3 ปี เราปรับตามที่เขา revise เพราะว่าเราใช้เหมือนกันทั่วประเทศ ซึ่งก็จะนัดเด็กมารับยาและติดตามอาการตามที่กำหนดไว้ในโปโตคอล" (ID1)

2.5 ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในช่วงการรักษา เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลขณะที่เจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัดและเมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน รวมทั้งช่องทางติดต่อเมื่อเกิดปัญหาในขณะที่กลับไปอยู่บ้าน ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "เมื่อผู้ป่วยได้รับยา จะต้องพูดเรื่องการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัดให้เขาฟังตลอด ส่วนมากญาติจะถามว่าให้ยาเคมีบำบัดและหายเลยไหม จะตอบว่าการให้ยาอย่างเดียวไม่ได้จะหายจากตัวโรคเลย ต้องขึ้นอยู่กับการดูแลเด็ก และการตอบสนองต่อยาของเด็กด้วย รวมถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน จะต้องดูแลหรือจะต้องใช้ชีวิตอย่างไรระหว่างให้ยาเคมีบำบัด จะให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่เข้ามาโรงพยาบาล และให้ช่องทางการติดต่อเมื่อเด็กมีปัญหาขณะอยู่ที่บ้าน โดยสามารถโทรมาที่ตึกได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเบอร์โทรศัพท์กลาง" (IN4) และแพยท์รายหนึ่งเล่าว่า "จะมีการคุยกับผู้ปกครองตั้งแต่ตอนแรกวินิจฉัย โดยให้คำแนะนำในเรื่องของอาหาร ต้องกินอาหารสะอาดปรุงสุกใหม่ ๆ ไม่กินอาหารค้างคืน ล้างมือบ่อย ๆ ในห้องจะให้งดซื้อพวงมาลัยหรือว่าดอกไม้ เพราะเวลาแห้งจะมีฝุ่นรา คนที่เฝ้าต้องเป็นคนที่สุขภาพแข็งแรง ไม่ป่วย แนะนำเรื่องวิธีการกินยาที่ถูกต้อง คือยาบางตัวห้ามกินพร้อมนมก็ต้องแจ้งเขาทราบ และจะแนะนำในเรื่องผลข้างเคียงของเคโมด้วย ทุกคนมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้ตั้งแต่มีอาการน้อยไปจนถึงรุนแรง คือ มีผมร่วง เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ อาจมีปวดท้อง ตับอ่อนอักเสบ แพ้รุนแรงจนช็อค น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ที่รุนแรงที่สุดคือลิ่มเลือดสมองอุดตันได้" (ID1)

2.6 ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เป็นการให้ความช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรค ALL เรื่องค่าใช้จ่าย จากเงินช่วยเหลือ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ของสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยฯ กองทุนของโรงเรียนเด็กป่วยโรคเรื้อรัง และกองทุนพระสังฆราช ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "ปัญหาของครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพราะค่ารักษาค่ายาไม่ได้จ่าย ส่วนมากเป็นค่าตรวจแลปนอก ค่ายาบางตัวบาง

ที่ญาติไม่มีเงินจ่าย ค่ากิน ค่าเดินทางต่าง ๆ" (IN1) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า "แนวทางในการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหา จะมีกองทุนสำหรับโรคมะเร็งโดยตรง ของสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยฯ จะให้ค่ายา ค่าแลปนอกเป็นบางส่วนไม่ได้ให้ทั้งหมด จะดูว่าพ่อแม่สามารถจ่ายได้เท่าไหร่ ค่าใช้จ่ายที่เหลือทางกองทุนจะช่วย แต่ถ้าไม่มีจริง ๆ ต้องทำเรื่องขอผู้อำนวยการ ซึ่งในการจะขอเงินกองทุนทุกครั้งต้องให้ผู้อำนวยการเซ็นอนุมัติ (IN3) "มีกองทุนของโรงเรียนเด็กโรคเรื้อรัง ที่จะมีคนมาบริจาคไว้ให้ สามารถที่จะช่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วย ไม่ใช่โรคมะเร็งอย่างเดียว ช่วยค่าใช้จ่ายที่เขาต้องจ่ายเอง และยังมีอีกกองทุนที่จะให้ในเด็กทุกโรคที่มีฐานะยากจน ไม่ได้ให้แค่เฉพาะโรคมะเร็ง คือ กองทุนพระสังฆราช จะให้ทุนละ 5,000 บาท ซึ่งในส่วนของวอร์ดเองยังไม่มีแนวปฏิบัติหรือแนวทางในการช่วยเหลือหรือสนับสนุนครอบครัวที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่จะรู้กันเองว่าถ้าครอบครัวเด็กมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจะมีการช่วยเหลือหรือสนับสนุนโดยช่วยประสานงานและดำเนินการให้" (IN2)

3. การดูแลตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะแรก และพบว่าเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ การติดเชื้อในร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องหยุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวให้ดีขึ้น เช่น การให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ การให้เลือดในผู้ป่วยที่มีอาการซีด เป็นต้น แล้วจึงเริ่มรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในสูตรยาเดิมต่อไป ซึ่งเป็นการเริ่มให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาเดิม ภายหลังการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้ว ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "คนไข้แต่ละคน prognosis ของโรคมันจะไม่เหมือนกัน คนไข้บางคนก่อนให้จะมีภาวะซีดให้เลือดไปแล้ว ให้เคมีบำบัดก็อาจจะซีดอีก แล้วก็จะมีไข้ ติดเชื้อได้ง่ายตั้งแต่ให้ยาครั้งแรก แต่บางคนร่างกายแข็งแรง ผลเลือดดี ให้ยา 7 วัน ก็สามารถรับได้ 7 วันเต็ม ๆ แต่ถ้าคนที่อ่อนแออาจจะได้ยาแค่ประมาณ 3 วันก็จะมีไข้ ติดเชื้อเหมือนตัวโรคมันกำหนด ซึ่งไม่เหมือนกันทุกคน บางทีก็ sepsis หยุดให้ยาเคมีบำบัดแล้วมาให้การรักษาตามโปรโตคอล sepsis ก่อน แล้วค่อยกลับมารับการรักษาตามโปรโตคอลเดิมต่อ" (IN3) และแพทย์รายหนึ่งเล่าว่า "เด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดไปก็จะมีเม็ดเลือดขาวต่ำ ต้องมีการเจาะเลือดประมาณสัปดาห์ละ 2 วัน เพื่อจะได้ดูโอกาสที่เม็ดเลือดขาวจะต่ำลง หากค่า ANC ต่ำกว่า 500 ก็ต้องระวังในเรื่องของการให้ยาเคมีและแยกผู้ป่วย ส่วนมากที่มีซีดก็จะ keep ฮีโมโกลบินให้เกิน 8 ถ้าฮีมาโตคริตต่ำกว่า 25 แล้วก็จะให้เลือด ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 จะให้เกล็ดเลือด" (ID1)

4. การดูแลตามผลการรักษา เป็นการให้การดูแลตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ของผู้ป่วย หากผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามขั้นตอนต่อไป หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา เมื่อได้รับการรักษาครบตามระยะเวลาที่กำหนด ผลการตรวจไขกระดูก พบเซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการเปลี่ยนสูตรยาเคมีบำบัดใหม่ หรือหยุดการรักษาและรักษาตามอาการต่อไป ซึ่งการดูแลที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับ ได้แก่ ชี้แจงทางเลือก รักษาตามการตัดสินใจของครอบครัว ดูแลแบบประคับประคอง ส่งเสริมการอยู่กับครอบครัว และติดตามการเยี่ยม มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ชี้แจงทางเลือก เป็นการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผลของการรักษาและทางเลือกในการรักษา ได้แก่ การให้การรักษาโดยการเริ่มต้นใหม่ ลักษณะการให้ยาจะมีความเข้มข้นสูงขึ้นที่มีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นกว่าเดิม หรือหยุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและให้การรักษาแบบประคับประคอง ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "หากเด็กไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์จะคุยกับญาติใหม่ว่า อาการของโรคมันรุนแรงมากขึ้น ต้องให้การรักษาคือการเริ่มต้นให้ยาใหม่แต่จะเป็นยาที่เข้มข้นขึ้น และข้อเสียคือในระหว่างการให้อาจจะมีการติดเชื้อ ถ้ารุนแรงมากอาจจะถึงเสียชีวิต จะยินยอมให้หรือไม่ หรือว่าจะหยุดให้ยาเคมีบำบัดแล้วให้การรักษาแบบประคับประคอง คือ ถ้าเด็กซีดก็มาให้เลือด เหนื่อยก็มาให้เลือด มีไข้ก็มารับยาฆ่าเชื้อ ซึ่งบางคนก็ไม่ขอรับยาเคมีบำบัด และขอรักษาแบบประคับประคอง" (IN4) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า "ให้ยาเคมีบำบัดจบคอร์สแล้วเด็กจะต้องมีการติดตามอาการทุก 6-12 เดือน มีเด็กบางคน

ที่ให้ครบคอร์สแล้วเว้นไปปี ก็คือกลับมามีไข้ กลับมาแล้วก็มาเจาะไขกระดูกก็เจอบลาสเซลล์อีก อย่างนี้ก็คือ มีการกลับเป็นซ้ำของโรค หมอก็จะคุยกับญาติว่าจะรักษายังไง มี 2 แบบ คือยอมให้เคมีแบบเริ่มใหม่หรือว่าเป็น palliative คือรักษาตามอาการ เช่น มาให้ยาหรือให้เลือดทุกสัปดาห์ ทุกเดือน บางคนก็มาให้เลือดแล้วก็กลับบ้าน" (IN8)

4.2 รักษาตามการตัดสินใจของครอบครัว เป็นการให้การดูแลรักษาตามความยินยอมและตามการตัดสินใจของครอบครัวในการเลือกแนวทางการรักษา ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์จะเชิญญาติมาทำ Family Meeting เพื่อให้ญาติตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษา หากญาติตัดสินใจที่จะหยุดการรักษา จะให้ญาติเซ็นใบยินยอมให้การรักษาไว้ก่อน จะแล้วแต่ญาติว่าจะให้ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยาและช่วยฟื้นคืนชีพหรือไม่ให้ช่วยอะไรเลย เพราะพอเด็กเริ่มแย่ญาติบางคนสติจะไม่ได้แล้ว ตัดสินใจไม่ได้ ณ ตอนนั้น ญาติจะเปลี่ยนแปลงอย่างไรจะแล้วแต่ความคิดและตามการตัดสินใจของญาติ บางเคสที่เป็น palliative แล้วไม่ได้ทำอะไรและไม่เอาทุกอย่างแล้ว" (IN1) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า "มีบางครอบครัว ที่เด็กให้เคมีบำบัดไปแล้วแต่ว่ายังไม่ครบคอร์ส เลือกที่จะไปรักษาสมุนไพร ก็จะขอกลับไปรักษาสมุนไพรหมอแสงที่ดัง ๆ แต่ก็ต้องกลับมารักษาที่เราด้วยอาการปวดท้องบ้าง มีไข้บ้างหรือบางกลุ่มก็ไปหายากินเอง พวกยาต้มอะไรอย่างนี้ เมื่อกลับมารักษาบางเคสไม่ตอบสนองต่อยา ก็จะเป็นเคส palliative เราจะไม่ว่าเขาว่าแม่ทำไมตัดสินใจแบบนี้แล้วเป็นแบบนี้ อันนี้ตามการตัดสินใจของเขา" (IN3) "เมื่อเด็กไม่ตอบสนองต่อการรักษา และสงสัยว่า relapse มา ส่วนใหญ่แพทย์จะต้องทำ bone marrow ซ้ำเพราะว่าสงสัยเชื้อจะกลับมา การรักษาจะมี 2 แบบ คือให้เคมีแบบเริ่มใหม่หรือหยุดการรักษา และรักษาตามอาการ ถ้าญาติตัดสินใจรับเคมีบำบัดต่อ เราก็จะดูแลเรื่องของการให้ยาต่อเต็มที่ ถ้าตัดสินใจรักษาแบบประคับประคองเราก็จะดูแลรักษาอย่างเต็มที่" (IN7)

4.3 ดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยเด็กที่หยุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และให้การดูแลรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น มีการประเมินภาวะจิตใจของพ่อแม่ ให้การดูแลตามความต้องการของครอบครัว ต้องการพาเด็กกลับไปดูแลต่อที่บ้านหรืออยู่ที่โรงพยาบาล ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายคือ ถ้าเป็น case palliative แล้ว ต้องดูแลอีกระดับ คือ หนึ่งดูตามอาการของเด็ก สองภาวะจิตใจของพ่อแม่ว่ารับได้แค่ไหน ตอนนี้ต้องการให้ลูกกลับบ้านหรือให้นอนต่อที่โรงพยาบาล ซึ่งถ้าต้องการพาเด็กกลับบ้าน เด็กอยากทำอะไรก็ให้ทำ อยากกินอะไรก็กิน ไม่ห้ามเขาแล้ว เพราะจะไม่ให้ยาเขาแล้ว ให้เขากิน ให้เขามีความสุข อยากไปเที่ยวไหนให้เขาไป พาเขาไป" (IN2) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า ในกรณีที่เด็กเกิดการกลับมาของโรค และญาติตัดสินใจรักษาแบบประคับประคองเราก็จะดูแลรักษาอย่างประคับประคอง เช่น มีไข้ก็มาให้ยา บางคนก็มาให้ยาให้เลือดทุกสัปดาห์หรือทุกเดือน บางคนก็มาให้เลือดแล้วก็กลับบ้าน" (IN9)

4.4 ส่งเสริมการอยู่กับครอบครัว เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาอยู่กับเด็กได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยกโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัว ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า "บางเคสที่เป็น palliative แล้วไม่ได้ให้การรักษาอะไรแล้ว แต่ว่าแพทย์ไม่ให้กลับบ้าน เราจะจัดโซนให้เขาเป็นห้องแยก เพื่อให้ได้เขาอยู่กับครอบครัวก็จะอนุญาตให้ทั้งพ่อและแม่เฝ้าน้องได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ถ้าเด็กอาการไม่ดีอาจจะอยู่ได้ไม่เกิน 2 อาทิตย์ ส่วนมากจะเป็นเคสที่จะรับย้ายมาจาก ICU ไม่ได้รักษาอะไรเพิ่มเติมแล้วก็มารักษาต่อที่วอร์ด คือแพทย์จะอนุญาตและเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาอยู่กับเด็กได้ตลอด คือเป็นห้องแยกโรคแล้วจัดโซนให้เด็กอยู่ตรงนั้น" (IN5) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า "ถ้าเป็นเคส palliative พ่อแม่ตัดสินใจไม่ได้ทำอะไรแล้ว รักษาตามอาการ แต่ไม่พร้อมที่จะไปดูแลเด็กต่อที่บ้าน หรือหมอยังไม่ให้กลับบ้าน เราจะจัดห้องแยกให้พ่อและแม่อยู่กับเด็กได้ เพราะปกติแล้วจะให้เฝ้าได้แค่คนเดียวเป็นผู้หญิงเท่านั้น" (IN9)

4.5 ติดตามการเยี่ยม เป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็กผ่านระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน(Continuing Care) เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีอุปกรณ์ที่ต้องดูแลซับซ้อน เป็นการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและการกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยม

เพื่อส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลที่เป็นต้นสังกัดของผู้ป่วย ในการดำเนินการติดตามดูแลต่อ ดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่งว่า “การติดตามเยี่ยมเคสของเราจะมีเฉพาะในกรณีที่มีอุปกรณ์กลับบ้าน เช่น เด็กที่มีอาการหลังให้เคมีบำบัดต้องใส่สายยางให้อาหารกลับไปให้อาหารต่อที่บ้าน เป็นเด็กที่มีการดูแลที่ซับซ้อน เราต้องคีย์ข้อมูลผู้ป่วยในระบบ COC ก็คือระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน เฉพาะเคสที่มีอุปกรณ์ที่ต้องดูแลซับซ้อนต้องมีระบบการติดตาม ระบุว่าไปโรงพยาบาลที่เป็นต้นสังกัดของผู้ป่วย หรือ รพ.สต. ที่ใกล้บ้าน ระบบจะมีให้เราเลือกว่าให้ตรวจเยี่ยมภายในกี่วัน 2 วัน 5 วัน 7 วัน และในระบบจะมีการตอบกลับมาที่อีเมลของเรา” (IN3) และพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่า “การเยี่ยมเคสจะไม่มีที่ต้องไปเยี่ยมด้วยตัวเองตรง ๆ ของเราจะมีระบบติดตามเยี่ยม ที่ไม่ได้เยี่ยมทุกเคสจะเยี่ยมเฉพาะเคสที่ใส่อุปกรณ์กลับบ้าน หรือบางคนให้เคมีบำบัดแล้วมีประวัติชัก เด็กไม่ค่อยเหมือนเดิมต้องได้รับการดูแลต่อที่บ้านอย่างนี้เราก็ต้องลงในระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยจะถูกส่งไปโรงพยาบาลที่เป็นต้นสังกัดของผู้ป่วย” (IN6)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลันโดยบุคลากรทีมสุขภาพ ในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ จำแนกตามระยะการเจ็บป่วยของโรคและการรักษาเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การเตรียมความพร้อมสู่การรักษา 2) การดูแลตามการรักษา 3) การดูแลตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และ 4) การดูแลตามผลการรักษา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมสู่การรักษา เป็นการรับรู้ของบุลากรทีมสุขภาพ ที่สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลเด็กเพื่อเตรียมความพร้อมของเด็กก่อนที่จะเข้าสู่การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ALL ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัย ให้ข้อมูลการรักษา ประเมินการปรับตัวของเด็กและผู้ดูแล และเตรียมความพร้อมเด็กก่อนให้ยา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยเด็กโรค ALL ได้รับการตรวจไขกระดูกและยืนยันการวินิจฉัยโรค ALL ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจะได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก แผนการรักษา และการพยากรณ์โรคเพื่อการตัดสินใจในการรักษา มีการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยเด็กและบิดามารดาเมื่อรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กก่อนให้ยาเคมีบำบัดตามที่กำหนดไว้แนวทางการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเตรียมความพร้อมเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะเริ่มต้นการรักษาด้วยกระบวนการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม จะช่วยผู้ป่วยเด็กรับรู้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม[12] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้น บุคลากรทีมสุขภาพต้องมีการประเมินความพร้อมของครอบครัวและตั้งเป้าหมายในการดูแลร่วมกับระหว่างทีมสุขภาพและครอบรัวของผู้ป่วยเด็ก[13]

2. การดูแลตามการรักษา สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางในการแก้ไขปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษา ประกอบด้วย การรักษาตามขั้นตอน ลดความเสี่ยงจากการให้ยา จัดการอาการแทรกซ้อน ติดตามผลการรักษา ให้ข้อมูลการปฏิบัติตนในช่วงการรักษา และช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า บุคลากรทีมสุขภาพจะดูแลให้ผู้ป่วยเด็กโรค ALL ได้รับยาเคมีบำบัดตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว บริหารยาให้ถูกต้องตามเวลาที่กำหนด จัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัดและเมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน และช่องทางการสื่อสาร รวมทั้งติดตามผลภายหลังได้รับการรักษาในแต่ละระยะ สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยเด็ก

และครอบครัวต้องการข้อมูลที่เพียงพอและจำเป็นต้องรู้ข้อมูลเรื่องโรค แนวทางการรักษา การพยากรณ์โรค รู้จักวิธีการดูแลตนเอง เพื่อจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด[14] ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในการจัดการตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัดที่พบบ่อย รวมทั้งฝึกการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อ อาการคลื่นไส้อาเจียน และเยื่อบุช่องปากอักเสบ[13] นอกจากนี้บุคลากรทีมสุขภาพให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรค ALL ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ประสานงานให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนต่าง ๆ ของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าพยาบาลสามารถเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น ช่วยติดต่อหน่วยงานสังคมสงเคราะห์หรือมูลนิธิ กรณีครอบครัวมีความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจการเงิน ขาดรายได้จากการลาออกจากงานเพื่อดูแลเด็กป่วย หรือให้คำปรึกษากรณีที่บิดามารดามีความเครียด วิตกกังวล จากการเจ็บป่วยของบุตร โดยอาจให้บริการในสถานบริการด้านสุขภาพหรือให้ผ่านช่องทางการสื่อสารอื่นที่ เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด เช่น การปรึกษาปัญหาทางไลน์ ทางโทรศัพท์[15]

3. การดูแลตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ที่เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องหยุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวให้ดีขึ้น เช่น การให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในร่างกาย เป็นต้น แล้วจึงเริ่มดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามแนวทางการรักษาเดิมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรักษาอาการแทรกซ้อนที่เกิดเกิดขึ้นให้กลับมาสู่ภาวะปกติ เพื่อได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระยะมีอาการผิดปกติไม่รุนแรง ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในระยะอาการโรคกำเริบ หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ผู้ป่วยมีอาการที่เกิดขึ้นได้แก่ อาการไข้ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ซีด เลือดออก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวด และหายใจลำบาก อาการเหล่านี้จะพบได้บ่อยและเป็นอาการสำคัญ ที่ต้องได้รับการรักษาให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งนอกจากการรักษาแล้ว สิ่งสำคัญอย่างยิ่งคือ การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม[16] ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนอย่างเป็นทางการจึงควรมีความเข้าใจ และมีแนวทางที่ดีในการส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งได้[15]

4. การดูแลตามผลการรักษา สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทั้งการรักษาที่ต้องเริ่มต้นใหม่ หรือการรักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การชี้แจงทางเลือกรักษาตามการตัดสินใจของครอบครัว ดูแลแบบประคับประคอง ส่งเสริมการอยู่กับครอบครัว และติดตามการเยี่ยม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผลของการรักษาและทางเลือกในการรักษา ทั้งผลที่ตอบสนองต่อการรักษา และไม่ตอบสนองต่อการรักษา การให้การดูแลรักษาตามความยินยอมและตามการตัดสินใจของครอบครัวในการเลือกแนวทางการรักษา ให้การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยเด็กที่หยุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และให้การดูแลรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น ให้การดูแลตามความต้องการของครอบครัว ทั้งการดูแลต่อที่บ้านหรืออยู่ที่โรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัว การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็กผ่านระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน(continuing care) เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา มีความต้องการข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ชัดเจนตรงไปตรงมา ไม่มีการปิดบัง มีความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล สามารถติดต่อขอข้อมูล ซักถามหรือขอคำปรึกษาได้โดยตรง และมีความต้องการการดูแลด้านจิตสังคม ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กต้องการการดูแลโดยการได้ผ่อนคลาย หรือทำกิจกรรมที่ชื่นชอบตามวัย ได้ติดต่อ

พบเจอหรืออยู่กับบุคคลอันเป็นที่รัก ได้รับการผ่อนปรนกฎระเบียบบางอย่างของโรงพยาบาล รวมทั้งความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแล ที่ผู้ดูแลต้องการพักผ่อนทำกิจกรรมคลายเครียดแต่ยังต้องการให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลที่ดีเช่นเดิม จึงต้องการมีผู้เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยเด็ก ซึ่งบทบาทพยาบาลในการช่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะสุดท้ายพยาบาลควรจัดให้อยู่ห้องแยก มีสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ โดยติดตามอาการหรือการเปลี่ยนแปลงผ่านกล้องวงจรปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกัน ไม่รบกวนความเป็นส่วนตัว[17]

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ของบุคลากรทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ตลอดระยะของการเจ็บป่วยและการรักษา ที่เน้นการดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษา (protocol) ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ในด้านการเตรียมความพร้อมสู่การรักษา การดูแลตามการรักษา การดูแลตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการดูแลตามผลการรักษา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษา และได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการรักษาตามแนวทางการรักษาจะเป็นสิ่งจำเป็นที่สามารถทำผู้ป่วยเด็กหายจากโรคได้ แต่อย่างไรก็ตามการดูแลจากบุคคลในครอบครัวนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรยึดหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน (continuing care) โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กและสมาชิกในครอบครัวในการปรับวิถีการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อที่บ้าน และการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ALL ได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทีมสุขภาพที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

References

1. World Health Organization. World health statistics 2015[internet].2015 [cited 2016 December 13]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en
2. Imsamran W, Chaiwarawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D. Cancer in Thailand: Volume VIII, 2010-2012. Bangkok: National Cancer Institute, Thailand;2015.
3. The Thai Society of Hematology. National protocol for the treatment of childhood cancers 2018. 1st ed. Nonthaburi: Sahamitr printing & publishing company limited;2018.
4. Tharnprisan P. Rate of relapsed free among childhood acute lymphobastic leukemia treated with Thai national protocol in Srinagarind Hospital [Master thesis]. Khon Kaen: Khon Kean University.2012.(in Thai)
5. The American Cancer Society medical and editorial content team. Key Statistics for childhood cancers [Internet]. Atlanta: American Cancer Society.2021 [cited 2021 Feb 1]. Available from: https://www.\cancer.org/cancer/cancer-in-children/key-statistics.html #references.
6. Vetcho S, Hongchayangkool K, Orapiriyakul R, Wongchanchailert M. Impact of an oral care programme on oral mucositis in cancer schoolchildren being treated with chemotherapy. Thai Journal of Nursing Council 2014;29(2):61-71.(in Thai)

7. Yooyen P, Sanasuttipun W, Srichantaranit A. The effects of a teaching program on knowledge and behavior of caregivers to prevent infection in preschool-aged children with leukemia. Nursing Science Journal of Thailand 2019;37(4):79-92.(in Thai)
8. Sahler OJZ, Dolgin MJ, Phipps S, Fairclough DL, Askins MA, Katz ER, et al. Specificity of problem-solving skills training in mothers of children newly diagnosed with cancer: Results of a multisite randomized clinical trial. Journal of Clinical Oncology 2013;31(10):1329-1335.
9. Medication Records and Statistic Units, Chonburi Hospital. Statistic of children with cancer in Department of Pediatric. Chonburi: Medication Record and Statistic Units, Chonburi Hospital, Thailand;2016.(in Thai)
10. Plodpluang, A. Data analysis in phenomenology studies. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013;23(2):1-10.
11. Lincoln SY, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage Publications;1985.
12. Saengthong W, Hownarn C, Maneesri R. The effects of a preparation program on self-care behaviors of school-aged Children with Acute Leukemia under chemotherapy During the initial stage of treatment. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2020;7(1):158-168.(in Thai)
13. Charoensatsiri R, Saritphisarn L, Nitirat O. A development of a self-management support model to care pediatric acute lymphoblastic leukemia patients with chemotherapy at Prapokklao Hospital. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal 2020;5(3):1-13.(in Thai)
14. Rood JA, Eeltink CM, van Zuuren FJ, Verdonck-de Leeuw IM, Huijgens PC. Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review. Journal of clinical nursing 2015;24:353-69.
15. Ponkaew W, Thasanoh Elter P, Suwanwaiphatthana W, Khumsaen N. Social support for family of children with cancer in the information society. Journal of Health Science Bromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2020;4(3):21-34.(in Thai)
16. Namkhum S, Tangvoraponkchai J. The effect of a preparation program on self-care behaviors in school age children with leukemia during the relapse stage. Journal of Nursing Science and Health 2014;37(3):2-8.(in Thai)
17. Thamanee G, Patoomwan A, Phengjard J. Palliative care needs of children with cancer and their families as perceived by family caregivers. Rama Nurs J 2018;24(3):295-312.(in Thai)

ผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่มีต่อกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ

Effects of the Humanized Health Care Learning Process Development using a Simulated Family System on Creative Systematic Thinking Process through a Three-Basket Technique of Caring Team Leaders in Chaiyaphum Hospital

วงเดือน ภาชา[1] อรุณนีย์ ประทุมถิ่น[1] ศิริมา โกมารทัต[1]
ณิรดา ปิ่นประสงค์[1] สายนาท หวานนุรักษ์[1] พิศมัย สุนาโท[1]
Wongdeuan Luecha[1] Aroonnee Pratumtin[1] Sirima Gomaratus[1]
Nirada Pinprasong[1] Sainat Wannuruk[1] Phissamai Sunato[1]
โรงพยาบาลชัยภูมิ[1] Chaiyaphum Hospital[1]
Corresponding author: Wongdeuan Luecha; Email:Luechawong@outlook.com

Received: April 23, 2022 **Revised:** September 25, 2022 **Accepted:** October 10, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่มีต่อกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเลือกแบบเจาะจงจำนวน 25 ราย เป็นบุคลากรโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเรียกว่าแกนนำกัลยาณมิตร เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า อายุ และความถี่หรือประสบการณ์ในการร่วมเรียนรู้ จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เน้นถึงคุณประโยชน์ของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน ที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเทคนิคการสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบ ทำให้เกิดปัญญา อันเกิดจากการฝึกสมาธิในวงสนทนาเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกันและกันอย่างแท้จริง จึงควรมีการพัฒนาบุคลากรเป็นแกนนำกัลยาณมิตรอย่างต่อเนื่องเพื่อไปสู่เป้าหมายการพัฒนามนุษย์ที่สมบูรณ์

คำสำคัญ: แกนนำกัลยาณมิตร; กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์; เทคนิคตะกร้า 3 ใบ; ระบบครอบครัวเสมือน

Effects of the Humanized Health Care Learning Process Development using a Simulated Family System on Creative Systematic Thinking Process through a Three-Basket Technique of Caring Team Leaders in Chaiyaphum Hospital

Wongdeuan Luecha[1] Aroonnee Pratumtin[1] Sirima Gomaratus[1]
Nirada Pinprasong[1] Sainat Wannuruk[1] Phissamai Sunato[1]
Chaiyaphum Hospital[1]
Corresponding author: Wongdeuan Luecha; Email:Luechawong@outlook.com
Received: April 23, 2022 **Revised:** September 25, 2022 **Accepted:** October 10, 2022

Abstract

This descriptive method research aimed to examine the effects of the humanized health care development using a simulated family system on creative systematic thinking process through three-basket techniques of caring team leaders in Chaiyaphum Hospital. The sample consisted of 25 health care personnel of Chaiyaphum Hospital who participated in the humanized health care learning process with the simulated family system in 2016, and called caring team leaders. Research instruments consisted of the followings elements: 1) a personal information questionnaire. 2) a creative systematic thinking process through three - basket techniques test Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and Pearson correlation coefficient. Qualitative data were analyzed by content analysis. The research result showed that age and experience of participation in the humanized health care learning process with the simulated family system were positively correlated with the level of the creative systematic thinking process at the .05 statistical significance. The content analysis revealed that most of informants focused on benefits of the learning process in humanized health care with the simulated family system development that they can apply in their daily life, especially the three-basket technique. The learning process has produce a wisdom from meditation practice during having a conversation and a genuine respect for each other. The development of these team leaders should be continue to achieve the goal of the complete human development.

Keywords: caring team leaders; creative systematic thinking process; simulated family system; three-basket technique

ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนเป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ของทั้งผู้สอนและผู้เรียน (teacher as a learner) ให้เกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม[1-4] สะท้อนผลการเรียนรู้ผ่านการวิจัยรูปแบบการจัดการศึกษาแบบบูรณาการกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในสังคมพหุวัฒนธรรม และมีการพัฒนารูปแบบเครือข่ายจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยเฉพาะการพัฒนาการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อสร้างชุมชนสุขภาวะ โดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน (หนึ่งวิทยาลัยหนึ่งชุมชน) ที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงการพัฒนาอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข ที่สอดรับกับการพัฒนาองค์คุณธรรม/โรงพยาบาลคุณธรรม ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2555–2559 และ ปี พ.ศ.2560–2564 ทำให้เกิดการขยายองค์ความรู้ของทีมแกนนำร่วมกันระหว่างสถานศึกษาและสถานบริการในการสร้างเครือข่ายคุณธรรม(จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์) เพื่อสร้างชุมชนด้านสุขภาพ[5-7]

โรงพยาบาลชัยภูมิเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 728 เตียง ระดับ S สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการสาธารณสุข 3 ระดับ ได้แก่ การให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และมีพันธกิจหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการดูแลผู้รับบริการให้เกิดดุลยภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หรือ “การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม” ด้วยความรู้ ความเข้าใจในมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน การใช้แนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) คือ กระบวนการติดต่อสื่อสารและการดูแลระหว่างบุคคล ที่มาจากความเข้าใจ จิตวิญญาณ พื้นฐานของชีวิต ความรู้สึกเมตตากรุณา และความเป็นหนึ่งเดียว ซึ่งมีความสำคัญต่อการให้กำลังใจและเสริมพลังอำนาจในระดับบุคคลและส่วนรวมที่จะทำให้ชีวิตสมหวังและมีความสุข ตลอดจนก้าวไปสู่การพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน ด้วยเหตุผลข้างต้นประกอบกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2555–2559 และ ปี พ.ศ.2560–2564 โรงพยาบาลชัยภูมิจึงได้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายคุณธรรม (จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์) และส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาตามหลักสูตรพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน โดยหลักสูตรที่ใช้พัฒนาแกนนำกัลยาณมิตรประกอบด้วย หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) กระบวนการเรียนรู้การคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ 2) กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในสังคมพหุวัฒนธรรม เน้นการฝึกแกนนำเริ่มต้น (critical mass) ไปพร้อมกับการพัฒนาบุคลากรของแต่ละองค์กรจนกระทั่งขยายผลครอบคลุมบุคลากรทั้งองค์กร และคนกลุ่มนี้ถือเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในแต่ละองค์กรอย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดการอบรมแล้วเกิดเป็นชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ (PLC) ที่เรียนรู้ร่วมกันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง[8-9] ที่พัฒนาตนเองเป็นผู้นำกระบวนการเรียนรู้ (facilitator) ต่อมามีการเพิ่มศักยภาพของแกนนำเพื่อเปลี่ยนบทบาทจากเป็นผู้เอื้อกระบวนการเรียนรู้มาเป็นผู้ทำหน้าที่โค้ชแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer coach) ร่วมกับโค้ชผู้บริหาร (administrator coach) และโค้ชผู้เชี่ยวชาญ (expert coach) ทั้งนี้ได้มีการถอดบทเรียนของการพัฒนาโดยใช้วงจรคุณภาพตามบทบาทหน้าที่ของตนนำไปสู่ทักษะการเรียนรู้แบบองค์รวมที่ใช้วิถีคุณธรรม (จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน) นำการพัฒนางานด้านสุขภาพในองค์กร/ชุมชนของตน ทำให้ได้บุคคลแห่งการเรียนรู้ (learner person) ที่มีความรู้คู่คุณธรรมนำการพัฒนาสุขภาพ[10] นอกจากนี้ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลร่วมกับคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลชัยภูมิ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนเพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลชัยภูมิเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของ “บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน” ขึ้นระหว่างวันที่ 12-29 กุมภาพันธ์ 2556 ให้แก่บุคลากรซึ่งเรียกว่าแกนนำกัลยาณมิตรในโรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 150 คน โดยแบ่งเป็น 3 รุ่น รุ่นละ 50 คน และกลุ่มบุคลากรที่จะพัฒนาเป็นทีมแกนนำจำนวน 6 คน[11] ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นอย่างเด่นชัด โดยอยู่ในรูปของ 1) การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของ

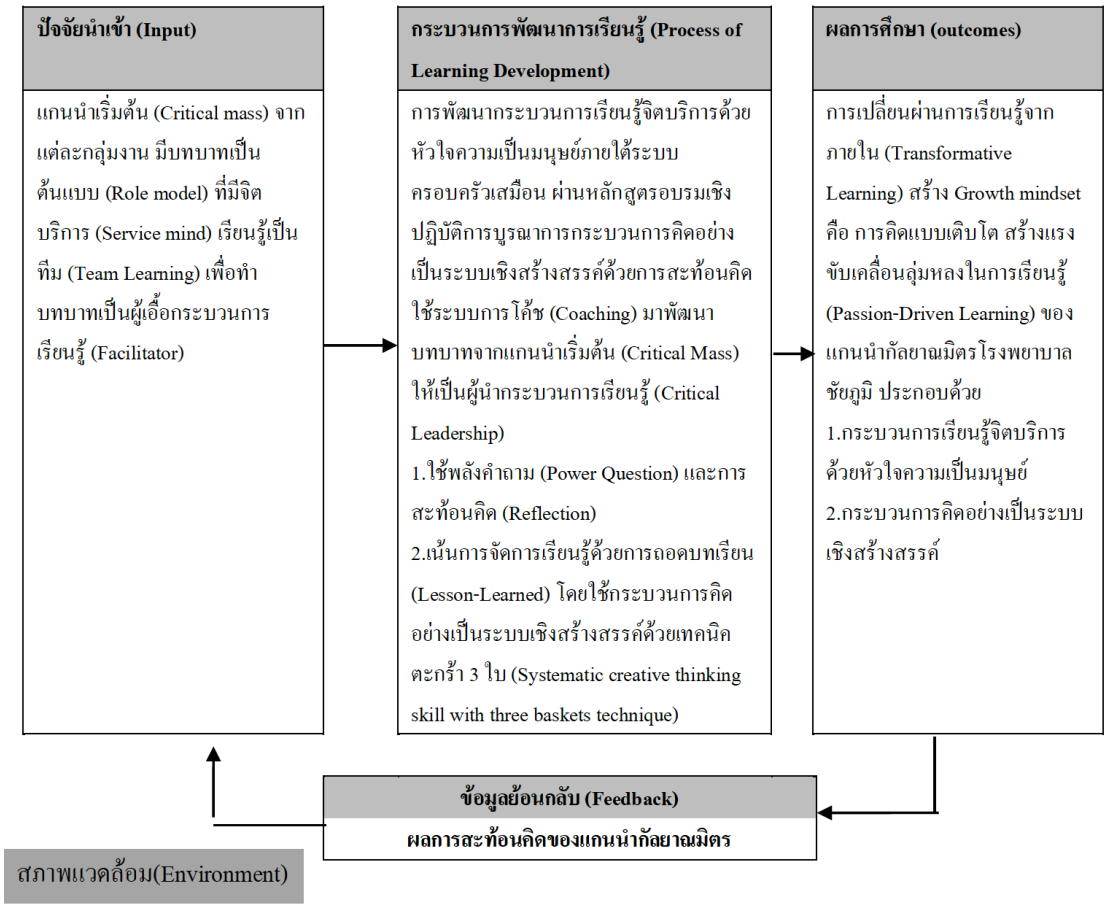
บุคลากรในองค์กร 2) ความสามารถในการนำทักษะสุนทรียสนทนา การคิดอย่างเป็นระบบ การทำงานเป็นทีม และการถอดบทเรียนที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา ที่มอบหมายให้ ทดลอง วิเคราะห์ได้อย่างเป็นรูปธรรม และเพื่อให้มีความต่อเนื่องเกิดความยั่งยืน จึงพัฒนาต่อด้วยการดำเนินงาน มิตรภาพบำบัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2559 และโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนากระบวนการเรียนรู้สุนทรียสนทนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์สู่องค์กรคุณธรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2559 จากบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพด้วยความสมัครใจ จำนวน 54 คน จากการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิอย่างต่อเนื่องตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นควรให้มีการติดตามผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่มีต่อกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่มีต่อกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน ที่พัฒนาขึ้นโดยมกราพันธุ์ จูฑะรสก[12] ผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีระบบของบาวน์ดิง[13] ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (input) คือ แกนนำเริ่มต้น (critical mass) ที่มีบทบาทเป็นต้นแบบ (role model) ที่มีจิตบริการ (service mind) เรียนรู้เป็นทีม (team learning) เพื่อทำบทบาทเป็นผู้เอื้อกระบวนการเรียนรู้ (facilitator) 2) กระบวนการพัฒนาการเรียนรู้ (process of learning development) ที่ใช้ระบบการโค้ช (coaching) มาพัฒนาบทบาทจากแกนนำเริ่มต้น (critical mass)ให้เป็นผู้นำกระบวนการเรียนรู้(critical leadership) ทั้งนี้ใช้พลังคำถาม (power question) และการสะท้อนคิด (reflection) เน้นการจัดการเรียนรู้ด้วยการถอดบทเรียน (lesson-learned) โดยใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ (creative systematic thinking skill with three baskets technique) และ 3) ผลการศึกษา (outcomes) คือ ได้ผู้นำกระบวนการเรียนรู้ (critical leadership) เพื่อทำบทบาทการเปลี่ยนผ่านการเรียนรู้จากภายใน (transformative learning) สร้าง growth mindset คือ การคิดแบบเติบโตสร้างแรงขับเคลื่อนลุ่มหลงในการเรียนรู้ (passion-driven learning) เพื่อเป็นผู้โค้ชทางความคิด(cognitive coaching) ในชุมชน/องค์กร ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ขอบเขตของการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ การพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน

ตัวแปรตาม คือ ทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งเป็นผู้นำกระบวนการเรียนรู้ (critical leadership) เพื่อทำบทบาทการเปลี่ยนผ่านการเรียนรู้จากภายใน (transformative learning)สร้าง growth mindset คือ การคิดแบบเติบโต สร้างแรงขับเคลื่อนลุ่มหลงในการเรียนรู้ (passion-driven learning) เพื่อเป็นผู้โค้ชทางความคิด(cognitive coaching) ในชุมชน/องค์กร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการบ่มเพาะการสร้างอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง 2559 ที่เห็นการเปลี่ยนแปลงผ่านกระบวนทัศน์ใหม่ ในสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เป็นคนดีคือมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นคนเก่งคือมีทักษะการคิดระดับสูง ในที่นี้คือการคิดอย่างเป็นระบบ ส่วนมีสุขคือ การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน บนพื้นฐานของความเท่าเทียมเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกัน อันเป็นรากฐานของบุคคล ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ ต่อส่วนรวมในชุมชนของตน ดังนั้นผลการวิจัยที่คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นวิถีคุณธรรมนำการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรได้เป็นระบบอย่างยั่งยืน ด้วยการสร้าง แกนนำกระบวนการเรียนรู้ (critical leadership) กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน (ระบบครอบครัวเสมือน) เกิดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่มีต่อกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยการติดตามประเมินทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทุกสาขาอาชีพในโรงพยาบาลชัยภูมิที่ผ่านการคัดเลือกจากหัวหน้าหน่วย หรือเป็นหัวหน้าหน่วยงานที่ผ่านการอบรมในโครงการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยใช้สุนทรียสนทนาในการดำเนินงานมิตรภาพบำบัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชัยภูมิ 2559 และโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการเรียนรู้สุนทรียสนทนา กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์สู่องค์กรคุณธรรมโรงพยาบาลชัยภูมิปี 2559 ทุกสาขาวิชาชีพด้วยความสมัครใจ จำนวน 25 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงจากจำนวนผู้ผ่านการอบรมทั้งหมด 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบวัดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ที่พัฒนาขึ้นโดยมกราพันธุ์ จูฑะรสกและคณะ[14] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 90 ข้อ ให้กลุ่มเป้าหมายประเมินและให้คะแนนตนเองครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านทักษะ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินและให้คะแนนตนเอง เมื่อกำหนดให้ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุในแบบสอบถามในระดับมากที่สุด และ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุในแบบสอบถามในระดับน้อยที่สุด คะแนนการประเมินที่เป็นไปได้มีค่าเท่ากับ 90–450 คะแนน โดยคะแนนแต่ละด้านแบ่งออกเป็น 5 ระดับได้แก่ระดับที่ 1 หมายถึง มีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตร ระดับน้อยที่สุด และระดับที่ 5 หมายถึง มีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ระดับมากที่สุด ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์สามารถคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์คได้เท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจาณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลชัยภูมิ ได้รับใบรับรองเลขที่ CPH.REC NO 20/62 เพื่อให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ โดยการถอนตัวออกจากการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือญาติทั้งสิ้น นอกจากนี้ข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลเป็นรายบุคคลได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยยื่นเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลชัยภูมิ และเสนอโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างก่อน ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมิน

ทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินตนเองตามแบบวัดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านทักษะ และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติบรรยาย ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในเข้าการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนกับระดับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลเกี่ยวกับผลการประเมินกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 25 คน เป็นเพศชาย จำนวน 2 คน และเพศหญิง จำนวน 23 คน มีอายุระหว่าง 27–60 ปี อายุเฉลี่ย 47.08 ปี (SD=9.23 ปี) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวน 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 80 นักทรัพยากรบุคคล เจ้าพนักงานธุรการ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุข และบรรณารักษ์ วิชาชีพละ 1 คน มีประสบการณ์การเข้าร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนระหว่าง 1–21 ครั้ง มีประสบการณ์เฉลี่ย 4.54 ครั้ง (SD=5.32) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในเข้าการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	8.0
หญิง	23	92.0
อายุ		
อายุน้อยที่สุด	27 ปี	
อายุมากที่สุด	60 ปี	
อายุเฉลี่ย (SD)	47.08 (9.23) ปี	
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	20	80.0
นักทรัพยากรบุคคล	1	4.0
เจ้าพนักงานธุรการ	1	4.0
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	1	4.0

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1	4.0
บรรณารักษ์	1	4.0
ประสบการณ์ในเข้าการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน		
น้อยที่สุด	1	ครั้ง
มากที่สุด	21	ครั้ง
เฉลี่ย	4.54	(5.31) ครั้ง

ระบบครอบครอบครัวเสมือน (n=25)

ตอนที่ 2 ผลการประเมินกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ

2.1 การวิเคราะห์กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า แกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิมีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์สูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 (SD=.46) รองลงมาเป็นด้านเจตคติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.64 (SD=.49) และด้านทักษะที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (SD=.51) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ ของแกนนำ

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ด้านความรู้	4.72	.46	มากที่สุด
ด้านเจตคติ	4.64	.49	มากที่สุด
ด้านทักษะ	4.56	.51	มากที่สุด
ภาพรวม	**4.60**	**.50**	**มากที่สุด**

กัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ จำแนกรายด้าน (n=25)

2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ตำแหน่ง และประสบการณ์ในการเข้าร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน กับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ตำแหน่ง และประสบการณ์ในเข้าการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน กับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า อายุ และประสบการณ์ในการเข้าร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประสบการณ์ในเข้าการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิในระดับปานกลาง (r=.510, p=.011) และอายุมีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิในระดับเล็กน้อย

(r=.397,p=.50) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ตำแหน่ง และประสบการณ์ในเข้าการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

รายการประเมิน	Pearson Correlation	p-value	การแปลผล
เพศ	.240	.249	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
อายุ	.397	.050	มีความสัมพันธ์ระดับเล็กน้อย
ตำแหน่ง	-.058	.784	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ประสบการณ์ในเข้าการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน	.510	.011	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน กับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ (n=25)

ตอนที่ 3 ผลการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบของแกนนำกัลยาณมิตรโรงพยาบาลชัยภูมิ ดังนี้

สรุปภาพรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เน้นถึงความสำคัญของคุณประโยชน์ของการพัฒนาการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน ว่าเป็นการคิดเรียบง่าย ไม่ซับซ้อน เพียงแต่ทุกคนยึดกติกา การฟังกันและกันอย่างลึกซึ้ง deep listening) สามารถลดอคติได้ เพราะเป็นการฟังอย่างตั้งใจและไม่ตัดสิน ทำให้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเทคนิคการสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบ ทำให้เกิดปัญญาด้วยการพิจารณาใคร่ครวญด้วยเหตุและผล ตรึกตรองก่อนตัดสินใจด้วยสติอันเกิดจากการฝึกสมาธิ ในวงสนทนาเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกันและกันอย่างแท้จริง ซึ่งต้องมีการพัฒนากลุ่มแกนนำกัลยาณมิตรอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับโค้ชผู้เชี่ยวชาญ โค้ชผู้บริหาร และโค้ชแบบเพื่อนช่วยเพื่อน คอยกระตุ้นกันและกันไปสู่เป้าหมายการพัฒนามนุษย์ที่สมบูรณ์

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า อายุ และความถี่หรือประสบการณ์ในการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของแกนนำกัลยาณมิตร โรงพยาบาลชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า แกนนำกัลยาณมิตร โรงพยาบาลชัยภูมิที่ได้รับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีความคิดเห็นต่อกระบวนการคิดอย่างมีระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ว่ามีประโยชน์สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพราะการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน เป็นการคิดเรียบง่าย ไม่ซับซ้อน เพียงแต่ทุกคนยึดกติกา การฟังและกันอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) เป็นการฟังอย่างตั้งใจและไม่ตัดสิน ทำให้สามารถลดอคติได้ โดยเฉพาะเทคนิคการสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบ ทำให้เกิดปัญญาด้วยการพิจารณาใคร่ครวญด้วยเหตุและผล ตรึกตรองก่อนตัดสินใจด้วยสติ อันเกิดจากการฝึกสมาธิในวงสนทนาเป็นการเคารพศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์ของกันและกันอย่างแท้จริง สอดคล้องกับมกราพันธุ์ จูฑะรสก และคณะ[14] ที่พบว่า แกนนำกัลยาณมิตรที่ได้รับการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีทักษะ

กระบวนการคิดอย่างมีระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ โดยพบว่าในการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับทักษะกระบวนการคิดอย่างมีระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการนำกระบวนการเรียนรู้นี้ไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรขององค์กรและเป็นการตอบ อัตลักษณ์เฉพาะบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องและยั่งยืน ข้อมูลเชิงประเชิงประจักษ์ที่ได้ค้นพบระหว่างปี พ.ศ.2556–พ.ศ.2559 สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ในกระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน มีความต่อเนื่อง (continuous professional development of health care personal) โดยเฉพาะมีการพัฒนาบทบาทของแกนนำกัลยาณมิตร ที่เน้นการสร้างอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ซึ่งเป็นวัฒนธรรมทางวิชาชีพของบุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องบริการกับประชาชนด้วยความเท่าเทียมเสมอภาค เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ โดยเฉพาะผลการพัฒนาการเรียนรู้ได้สะท้อนถึงผลงานที่กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีผลงานเชิงประจักษ์ในการขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรม[10] (ทำบทบาทผู้นำกระบวนการเรียนรู้ (critical leadership) พัฒนาการเปลี่ยนแปลงภายในตน (transformative leaning) ทั้งของตนและกลุ่มคนที่ร่วมเรียนรู้ภายในองค์กรด้วยผู้มีจิตบริการ (service mind) รวบรวมผลงานจากการถอดบทเรียนทุกกิจกรรมทุกโครงการในองค์กรอย่างเป็นระบบ

งานวิจัยนี้สะท้อนผลความสำเร็จ คือการสร้างแกนนำเริ่มต้น (critical mass) ในแต่ละหอผู้ป่วย/หน่วยงาน เพียง 3– 5 คน ในระยะเริ่มแรกที่มาด้วยจิตอาสาและต่อมาขยายการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ต่อเนื่องยาวนาน ตั้งแต่ พ.ศ.2556 ทั้งนี้ได้ทำการพัฒนาการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐานมาตลอด มีระบบครอบครัวเสมือนเป็นกลไกสำคัญมีความพลวัตในการสร้างความสัมพันธ์ของแกนนำเป็นเสมือนญาติมิตรครอบครัวเดียวกันในชุมชนแห่งการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ (PLC) ที่เน้นจิตแห่งเมตตา กรุณา และเอื้ออาทรทำให้เกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของแกนนำสอดคล้องกับเอกลักษณ์เฉพาะของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขที่บริการด้วยหัวใจกับประชาชนผู้รับบริการแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสติปัญญา ก่อให้เกิดทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ซึ่งเป็นทักษะการคิดระดับสูงที่นำไปสู่การเกิดความคิดแบบเติบโต growth mindset และทักษะการสร้างสรรค์นวัตกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม[15]

สรุปผลการวิจัยนี้สะท้อนถึงกลุ่มแกนนำกัลยาณมิตรที่ได้รับกระบวนเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ แสดงถึงความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านความรู้ของกลุ่มบุคคล ผ่านการลงมือปฏิบัติมีความมั่นคงและยั่งยืน หรือประสบการณ์ในการร่วมเรียนรู้กระบวนเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ เนื่องจากกลุ่มแกนนำเริ่มต้นมีการถอดบทเรียนประสบการณ์ตรงทุกกิจกรรม,ทุกโครงการตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้และบ่งบอกถึงการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและแสดงให้เห็นว่ากระบวนเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน สามารถพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของแกนนำกัลยาณมิตรได้อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการนำกระบวนการเรียนรู้นี้ไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรในองค์กร นอกจากนี้ในระหว่างการเข้าร่วมกระบวนเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน ผ่านประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติจริง ได้ฝึกทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นต่าง ๆ อาทิเช่น การฝึกสติและฝึกทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง การฝึกตั้งคำถาม (power question) การปลูกฝัง DNA ของนวัตกร อันได้แก่ ความสามารถในการคิดเชื่อมโยง และพฤติกรรมการสังเกต การตั้งคำถาม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน และการทดลองคิดค้นความคิดใหม่ในรูปแบบโครงการต่าง ๆ ก่อนเปิดโอกาสให้ลงมือปฏิบัติจริง

และติดตามการดำเนินงานรวมถึงความก้าวหน้ากิจกรรมโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใต้บรรยากาศความเป็นกัลยาณมิตร ผ่อนคลาย และมีโค้ชช่วยชี้แนะ มีการให้ความรักสนิทสนมและความไว้วางใจกัน ก่อให้เกิดความสัมพันธ์เสมือนคนในครอบครัวเดียวกัน ทีมแกนนำกัลยาณมิตรที่ได้รับการพัฒนากระบวนเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนจึงมีความรู้สึกประทับใจต่อกิจกรรมที่จัดขึ้น เป็นการสะท้อนความต่อเนื่องซึ่งเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ (product of learning process) บ่งบอกถึงเส้นทางการพัฒนาแกนนำกัลยาณมิตรที่ใช้ระยะเวลาอย่างยาวนาน มีกระบวนการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ คือการถอดบทเรียน (lesson-learn) ทั้งก่อนดำเนินการโครงการ (BAR : Before Action Review) ระหว่างการดำเนินโครงการ (DAR : During Action Review) และหลังสิ้นสุดโครงการ(AAR : After Action Review) ก่อให้เกิดความมีวินัยร่วมกัน ความสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนความรู้และความเป็นเหมือนญาติมิตรในชุมชนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ (community of practice) มีจิตบริการประชาชน มีความเสียสละและเรียนรู้วิธีประสานงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนสู่สังคมสุขภาวะ สร้างการมีส่วนร่วม ลักษณะการใช้ชุมชนการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ (CoP: Community of Practice) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องสามารถนำมาพัฒนากระบวนการเรียนรู้ได้ทุกรูปแบบ (Content free approach) และชุมชนแห่งการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ (PLC : professional learning community) เป็นกุญแจสำคัญที่สามารถนำผลการศึกษาไปสู่การพัฒนาบุคลากรในบทบาทการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life learning) มีการเปลี่ยนแปลงภายในตนและมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ที่สามารถนำตนเองในการปฏิบัติงานและภารกิจต่าง ๆในองค์กรต่อไป เนื่องจากฐานคิดในการพัฒนากระบวนเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนเป็นฐานคิดให้ความสำคัญกับการบูรณาการทักษะการเรียนรู้หลากมิติและกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรม อันเกิดจากการเพาะบ่มอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanize health care)ให้กับทุกภาคส่วนที่ร่วมเรียนรู้ในชุมชนเครือข่ายเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารต้องมีวิสัยทัศน์ระดับสูง มองภาพเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรแบบองค์รวม (ดี เก่ง มีสุข) เพื่อกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ชี้นำกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดแรงบันดาลใจ(Inspiration) นำไปสู่การปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ สร้างการมีส่วนร่วมให้บุคลากรในองค์กรเกิดจิตสำนึก โดยผู้บริหารต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากการเรียนรู้ภายใน(transformative learning) ที่จะพาทีมงานเรียนรู้และนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชัยภูมิต่อเนื่องต่อไป

2. สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการความรู้จากการถอดบทเรียน จัดสัมมนาวิชาการและเผยแพร่ผลงานในเครือข่ายและสู่สาธารณชน โดยใช้วิจัยเป็นพื้นฐาน (research based) นำการพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ

3. ผู้บริหารองค์กรต้องทำความเข้าใจรากฐานของภาวะผู้นำที่ใช้หลักการพื้นฐานของการโค้ช ควรทำบทบาทเป็นผู้ชี้นำการเรียนรู้บทบาทโค้ชผู้บริหาร (administrator coach) เปลี่ยนจากระบบสั่งการสู่ การสอนงาน ด้วยการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลางทำให้เกิดการเรียนรู้ มีความสามารถที่จะแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองและสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวม มีการเลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมและมีศักดิ์ศรี สร้างความเป็นเครือข่าย เน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม มีนิเทศติดตามผลเพื่อให้ชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้เชิงวิชาชีพ รวมถึงการสร้างความเชื่อมั่นให้ชุมชนจากการพัฒนาศักยภาพขององค์กร

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. จัดกิจกรรมพัฒนากระบวนเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนอย่างต่อเนื่อง โดยควรมีการจัดกิจกรรมมากกว่าปีละ 1 ครั้ง รวมถึงการจัดกิจกรรมพัฒนากระบวนเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง พร้อมเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายใต้บรรยากาศมีความเป็นมิตร ผ่อนคลายและมีโค้ชคอยชี้แนะ

2. กลุ่มแกนนำกัลยาณมิตรควรผ่านหลักสูตรการอบรมบทบาทการเป็นผู้ชี้แนะ (coaching) เรียนรู้ทักษะกระบวนการ (process skills)ทั้งด้านกระบวนการคิด กระบวนการทางสังคม และกระบวนการลงมือปฏิบัติ ผ่านการสะท้อนคิดร่วมกับกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็น “peer coach” ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้รับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเอง โดยมีโค้ชผู้เชี่ยวชาญภายนอก (expert coach) ร่วมสะท้อนคิด กระบวนการเรียนรู้ต้องมีความถี่ ความต่อเนื่องในการร่วมเรียนรู้ มีการฝึกใช้ทักษะที่จำเป็น เช่นการถอดบทเรียน การสะท้อนคิด การโค้ช เป็นต้น โดยลงมือปฏิบัติจริงภายใต้บรรยากาศที่มีความเป็นกัลยาณมิตร ผ่อนคลายและมีโค้ชคอยชี้แนะ

3. ควรมีกระบวนการสร้างและพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพแกนนำ (แกนนำกัลยาณมิตร) ให้สามารถเป็นผู้โค้ชเพื่อชี้แนะทิศทางและเป็นผู้นำการเรียนรู้ (critical leadership) ผู้นำทางวิชาการโดยใช้วิจัยเป็นฐานในแต่ละองค์กร

4. การใช้กระบวนการพัฒนาการเรียนรู้จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนา โดยควรเริ่มจากกลุ่มคนที่มีใจรักมีจิตอาสา การเรียนรู้ที่มี passion เป็นการเรียนรู้ที่มีพลังจากด้านใน เห็นคุณค่าและรักในสิ่งที่ทำและมีประโยชน์ต่อสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดและเปลี่ยนบทเรียน (lesson-learned) การสะท้อนคิด (reflection) อย่างต่อเนื่อง โดยการมี expert coach, administrator coach, peer coach ที่มีศักยภาพในการโค้ชอย่างแท้จริงจะช่วยทำให้ทำให้กระบวนการพัฒนาประสบความสำเร็จได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ตั้งแต่ ก่อนใช้ ระหว่างการใช้กระบวนการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานและกระบวนการเรียนรู้จากภายในตนเอง (transformative learning)

References

1. Prombuasri P, Swangwatanasade O. Development of coaching instructor in 21st century. Journal of Health Science Research 2017;11(1):110-21.(in Thai)
2. Siriporn L,Jutarasaga M, Charoensuk S, Naraballob F, Santwanpas N. The integrated education model of systems thinking and humanized health care within multi-cultural society, Praboromarajchanok Institute. Journal of Nursing and Education 2014;7(1):39-54.(in Thai)
3. Kittiraktrakul S. Developing a network model: humanized health care among nursing colleges under the Praboromarajanok Institute. Journal of Nursing Division 2011;38(1):16-30.(in Thai)
4. Hanpaichaiyakul S, Jutarosaga M, Siliporn L. The development of well-being under the innovation of simulated family system (one college one community). Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2014;24(1):67-79.(in Thai)
5. Jutarosaga M. Building of public health network in nursing profession under humanized service and cooperation among educational institutions to public health services center to strengthen the community. (2nded). Khon Kaen;2011.(in Thai)
6. Jutarosaga M, Siriporn L, Jutarosaga A. Transformation of production process and human resource development in public health to build the identity of humanized service. Makarapan Jutarosaga and Anittha Jutarosaga (Editor). Learning management to change to organization of happiness under “Humanized Health Care Service with A Simulated Family System”. Khon Kaen: Klungnana Vitthaya Press;2013.(in Thai)

7. Jutarosaga M. Development of strategic thinking: reflecting ideas by using three-basket technique. Journal of Curriculum Research and Development 2019,9(2):203-222.(in Thai)
8. Jutarosaga M, Prombuasri P, Amornrojworawut W, Charoensuk S, Attohi P, Jutarosaga A, et.al. Reflection of a route to transform humanized health care process with a simulated family system to borderless operating group. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2017, 27(2):31-45.(in Thai)
9. Jutarosaga M, Charoensuk S. A study of model development for the promotion of morals and ethics in organizations. Bangkok: Foundation for a Clean and Transparent Thailand;2019.(in Thai)
10. Gomaratus S, Pratumtin A, Pinprasong N. Research report on building true-friend team leaders to drive the morality organization in Chaiyaphum Hospital;2018.(in Thai)
11. Jutarosaga M, Jutarosaga A. Learning management towards happiness-based organizational: the use of humanized health care under the simulated family system, Khon Kaen: Klungnan Press;2013.(in Thai)
12. Jutarosaga M. Humanized health care learning approach under a simulated family model. Khon Kaen: Klugnanavitthaya Press;2009.(in Thai)
13. Boulding KE. National images and international systems. Journal of Conflict Resolution 1959,3(2):120-131.
14. Jutarosaga M, Mahaprom T, Somtua N., et al. Effect of the humanizes health care development with simulated family system on systematic creative thinking skills with three baskets technique among health care personnel. Journal of Research and Curriculum Development 2021,11(1).49-70.(in Thai)
15. Jutarosaga M, Amornrojworawut W, Charoensuk S. et al. Innovative curriculum: creative systems thinking and humanized healthcare in a multicultural society toward creating innovation in the areas of healthcare and public health services, Praboromarajchanok Institute, the Ministry of Public Health. Journal of Health Science 2021, 30 (Supplement 1).:S141-S157.(in Thai)

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย

Factors Related to Positive Parenting Behaviors and Executive Function in Preschool-age Children, Chiang Rai Province

ณฐมน สีธิแก้ว[1] ศลิษา โกดยี่[1] เกศมณี มูลปานันท์[1] ขนิษฐา พิศฉลาด[1]
ฉันทนา แรงสิงห์[1] อรนลิน สิงขรณ์[1] สุริยเดว ทรีปาตี[2]
Nathamon Seethikaew[1] Salisa Kodyee[1] Katemanee Moonpanane[1] Khanittha Pitchalard[1]
Chuntana Reangsing[1] Onnalin Singkhorn[1] Suriyadeo Tripathi[2]
[1]สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย
[2]ศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน) จังหวัดกรุงเทพฯ
[1]School of Nursing, Mae Fah Lung University, Chiangrai, Thailand
[2]Center for morality promotion (CMP) (Public Organization), Bangkok
Corresponding author; Email: Nathamon.sri@mfu.ac.th

Received: February 22, 2022 **Revised:** May 20, 2022 **Accepted:** June 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก ความคิดเชิงบริหาร และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่เข้ารับการศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 155 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ และแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับดี โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก ได้แก่ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูเชิงบวก ($r=.18$, $p<.05$, $r=.35$, $p<.01$ และ $r=.40$, $p<.01$ ตามลำดับ) การคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยมีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ ($r=.28$, $p<.01$ และ $r=.34$, $p<.01$ ตามลำดับ) จากผลการศึกษาบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ควรให้ความสำคัญต่อการเลี้ยงดูเชิงบวก และการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร

คำสำคัญ: ความคิดเชิงบริหาร; ผู้ปกครอง; เด็กปฐมวัย; การเลี้ยงดูเชิงบวก

Factors Related to Positive Parenting Behaviors and Executive Function in Preschool-age Children, Chiang Rai Province

Nathamon Seethikaew[1] Salisa Kodyee[1] Katemanee Moonpanane[1] Khanittha Pitchalard[1]
Chuntana Reangsing[1] Onnalin Singkhorn[1] Suriyadeo Tripathi[2]
[1]School of Nursing, Mae Fah Lung University, Chiangrai, Thailand
[2]Center for morality promotion (CMP) (Public Organization), Bangkok
Corresponding author; Email: Nathamon.sri@mfu.ac.th

Received: February 22, 2022 **Revised:** May 20, 2022 **Accepted:** June 24, 2022

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine positive parenting behaviors, executive functions, and the relationships among personal factors, social support, and perceived benefits of positive parenting on positive parenting behaviors and executive functions in preschool-age children. A multi-stage sampling technique was used to recruit 155 parents of children who attended a child development center under the local government. Data were collected using questionnaires on general information, social support, benefits of positive parenting, and the Positive Parenting Scale: Parent version. Descriptive statistics and Pearson correlation statistics were used to analyze the data. The results revealed that the parents displayed a positive parenting behavior at a high level. The factors that positively correlated with positive parenting behavior were education level, social support, and perceived benefits of positive parenting ($r=.18$, $p<.05$, $r=.35$, $p<.01$ and $r=.40$, $p<.01$, respectively). Executive function for preschool-age children displayed a moderate level. The factors that positively correlated with positive parenting were social support and perceived benefits of positive parenting ($r=.28$, $p<.01$ and $r=.34$, $p<.01$, respectively). Therefore, healthcare providers should pay more attention to promote positive parenting behavior and to develop executive function for preschool-age children.

Keywords: executive function; parents; preschool-age children; positive parenting

ความเป็นมาและความสำคัญ

เด็กปฐมวัย คือ เด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี ถือเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดสำหรับการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสมองมีพัฒนาการสูงถึงร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่[1-2] โดยพบว่า พฤติกรรมการแสดงออกของเด็กวัยนี้สะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาทที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาและสภาพแวดล้อมภายหลังคลอด เด็กวัยนี้ต้องการความรัก ความเอาใจใส่และการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษเพราะเป็นวัยทองของช่วงชีวิต[3] ทั้งนี้ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีหน้าที่สำคัญในการอบรมเลี้ยงดูและจัดประสบการณ์ให้เด็กได้พัฒนาศักยภาพ ผ่านการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ส่งเสริมโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเล่น ทดลอง ค้นพบตนเอง คิดแก้ไขปัญหา คิดริเริ่มสร้างสรรค์ เลือกตัดสินใจ ใช้ภาษาสื่อความหมาย และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข เพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตในสังคมต่อไป[4-5]

การเลี้ยงดูเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กโดยตรง ส่งผลให้เด็กเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ จิตวิทยาของผู้ปกครอง ระดับเศรษฐานะ และความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส[6] จากการศึกษาพบว่าการเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบวินัยหรือการเลี้ยงดูเชิงลบ ปล่อยปละละเลย ผู้ปกครองไม่ค่อยให้ความสนใจ เด็กที่เติบโตมาจะไม่ไว้วางใจผู้อื่น เก็บตัว เจ้าอารมณ์ ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ไม่ค่อยดี[2-3,5] นอกจากนี้ยังพบเด็กที่ถูกเลี้ยงดูเชิงลบมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น เช่น เด็กจะเป็นคนก้าวร้าว ไม่เชื่อฟังกฎระเบียบ เห็นแก่ตัว และไม่ให้ความสำคัญกับความถูกหรือผิด[6] ในทางกลับกันถ้าผู้ปกครองใช้การบังคับหรือข่มขู่ หรือที่เรียกว่าการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ จะทำให้เด็กเกิดความกลัวและขาดความนับถือผู้ปกครองได้[7] อีกทั้งยังเป็นการขัดขวางการเรียนรู้ของเด็ก ทำให้เด็กขาดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง และส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมรุนแรงได้[4,8]

การเลี้ยงดูเชิงบวก เป็นการเลี้ยงดูที่เข้าใจความเป็นธรรมชาติของเด็กแต่ละคน เคารพในการเป็นตัวตนของเด็ก ยอมรับลักษณะเฉพาะของเด็ก ให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่เด็ก โดยคาดหวังอย่างเหมาะสม ไม่กดดัน ชมเชยเมื่อเด็กทำได้ ให้กำลังใจเมื่อเด็กทำผิดพลาด[4] รวมทั้งมุ่งเน้นให้เด็กช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและอยู่ร่วมกับผู้อื่นภายใต้กติกาเดียวกัน เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเคารพกฎระเบียบในสังคม โดยเน้นพฤติกรรมที่เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้ตามพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กเป็นสำคัญ ซึ่งเป้าหมายสูงสุดของการสร้างวินัยเชิงบวก คือการพัฒนาให้เด็กเป็นคนที่มีวินัย และมีความเชื่อมั่นในตัวเอง[3-4,8] การส่งเสริมการเลี้ยงลูกเชิงบวกควรเริ่มตั้งแต่ในเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างในการมีระเบียบวินัยให้แก่เด็ก ใช้เหตุผลประกอบกับการใส่ใจในอารมณ์ของเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กร่วมวางกฎระเบียบของบ้าน และมีการสื่อสารให้เด็กและสมาชิกในครอบครัวรับทราบอย่างชัดเจน เพื่อให้ทุกคนในครอบครัวปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน เป็นการป้องกันไม่ให้เด็กเกิดความสับสน และยังเป็นการส่งเสริมความคิดเชิงบริหาร (executive function:EF) ของเด็กอีกทางหนึ่ง[2-3,7-8]

ความคิดเชิงบริหาร เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองของมนุษย์ในการควบคุมอารมณ์ ความคิดมีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นลำดับขั้น รวมถึงการกระทำที่มีเป้าหมาย ทั้งนี้ความคิดเชิงบวกมีความสำคัญกับเด็กโดยเฉพาะเด็กปฐมวัย เนื่องจากเป็นวัยที่สำคัญในการวางรากฐานของพัฒนาการมนุษย์ ทำให้เด็กประสบความสำเร็จในชีวิต จากการสำรวจความคิดเชิงบริหารในประเทศไทยในเด็กอายุ 2-6 ปี จำนวน 2,965 คน พบว่า เด็กไทยร้อยละ 28.32 มีความคิดเชิงบริหารต่ำกว่าเกณฑ์[9] ซึ่งส่งผลต่อความพร้อมในการเรียนรู้และและเกิดปัญหาพฤติกรรมตามมา และยังพบว่าเด็กที่มีความคิดเชิงบริหารและความสามารถในการจัดการตนเองต่ำจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ใช้สารเสพติด ก้าวร้าว และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคอ้วน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคระบบทางเดินหายใจ[10-11] ในทางตรงกันข้ามเด็กที่มีความคิดเชิงบริหารและการจัดการตนเองสูงจะเป็นเด็กที่มีการคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแสดงออกในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม[12] ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาด้านความคิดเชิงบริหารในเด็กแต่ละช่วงวัยมีหลากหลายปัจจัย ได้แก่ การเลี้ยงดูที่เปลี่ยนไปตามกระแสสังคม สภาพแวดล้อม ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูขาด

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ได้แก่ ด้านโภชนาการ การส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ และการจัดการเรื่องอารมณ์ โดยอาจส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดการตอบสนองอย่างไม่เหมาะสม

แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยจึงทำให้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลสุขภาพเด็กมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก และความคิดเชิงบริหารในจังหวัดเชียงราย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ความคิดเชิงบริหารของเด็กเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก และพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย

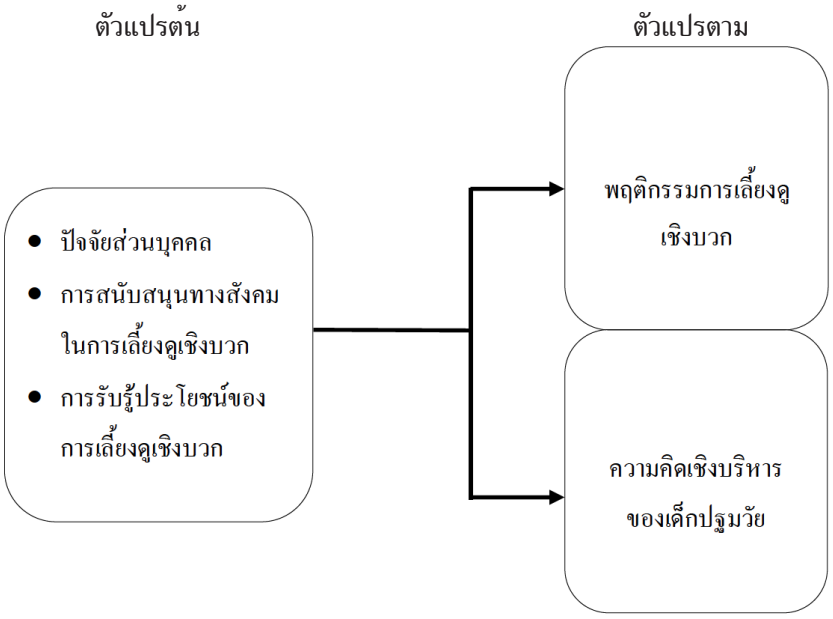
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูเชิงบวก และการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดการเลี้ยงดูด้วยวินัยเชิงบวก (positive parenting) เป็นการเลี้ยงดูที่ช่วยให้เด็กรู้สึกว่ามีตัวตน สร้างความรู้สึกปลอดภัย และสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว อีกทั้งช่วยฝึกฝนให้เด็กมีพฤติกรรมตามที่คาดหวังด้วยการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ที่สอดคล้องกับธรรมชาติ การรับรู้ และการเรียนรู้ของเด็ก[4,13-14] ร่วมกับการพัฒนาทักษะของสมองเพื่อจัดการชีวิตหรือความคิดเชิงบริหาร (executive function) เป็นการส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กสามารถกำกับตนเองและจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ โดยในช่วงปฐมวัยถือเป็นวัยทองที่สมองส่วนหน้ามีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู และการอบรมสั่งสอนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กิ่งประสาทแตกแขนงจำนวนมาก ซึ่งเป็นกลไกที่ช่วยให้เด็กได้นำข้อมูลมาประมวลผล หากมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องจะมีการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงประสาท ทำให้เด็กมีทักษะการคิดเชิงบริหารที่ช่วยให้เด็กสามารถกำกับตนเองไปสู่เป้าหมายได้อย่างเหมาะสม[3,8]



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย อายุ 3-6 ปี ที่เข้ารับการศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของปฐมวัย เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย 2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กและให้การเลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือน 3) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และ 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G power โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 และความสัมพันธ์ของขนาดตัวแปรปานกลาง (r=.3) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ร้อยละ 35 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 155 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน ได้แก่ 1) การสุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงราย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จำนวน 3 อำเภอ 2) การสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จำนวน 3 แห่ง 3) การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานงานกับคุณครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้ามาคำนวณจำนวนตามสัดส่วนของเด็กปฐมวัยแต่ละแห่งและสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนจนได้ตามสัดส่วนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูเชิงบวก ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน รวมข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็น

ข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือกให้ตอบ 5 ตัวเลือก (ไม่ได้รับเลยถึงได้รับมากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวก ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือกให้ตอบ 4 ตัวเลือก (น้อยถึงมากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก ฉบับผู้ปกครอง พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ[15] ใช้สำหรับประเมินทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อแบ่งออกเป็นทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพ การเคารพในตัวตนของเด็ก และการตั้งกฎกติกา โดยลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือกให้ตอบ 4 ตัวเลือก (ไม่เคยทำเลยถึงทำสม่ำเสมอ) คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-48 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

5. แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กก่อนวัยเรียน พัฒนาโดย นวลจันทร์ จุฑาภักดี, ปนัดา ธนเศรษฐกร, และ อรพินท์ เลิศอาวัสดาตระกูล[9] เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการสำรวจการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยทั่วประเทศไทย มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินทักษะ 5 ด้าน คือ ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม ด้านการเปลี่ยนแปลง ความยืดหยุ่นทางความคิด ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน และด้านการวางแผนจัดการ โดยลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือกให้ตอบ 5 ตัวเลือก (ไม่เคยเลยถึงเป็นประจำ) คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-128 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ควรปรับปรุง ควรพัฒนา ปานกลาง ดี และมาก ซึ่งการแปลผลให้นำค่าคะแนนดิบมาเทียบกับค่า T-score ที่ตรงกับช่วงอายุและเพศของเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index=CVI) พบว่าทุกเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป หลังจากนั้นนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูเชิงบวก และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวก ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่ยอมรับได้คือ .70 ขึ้นไป ได้เท่ากับ .72, .79 และ .85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 16/2564 ลงวันที่ 29 มกราคม พ.ศ.2564 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตถึงนายกเทศบาล และผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย พร้อมแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ ครู/ผู้ดูแลที่ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งได้รับการอบรมการใช้แบบสอบถาม และทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ปกครอง 5 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบกระบวนการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและสนใจเข้ารับฟังโครงการวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูเชิงบวก แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวก และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก สำหรับแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย อายุ 3-6 ปี ที่เข้ารับการศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.90 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.70 มีสถานภาพสมรสหรือคู่ ร้อยละ 85.80 มีความเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 73.50 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 31.00 รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=155)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (M= 39.44, SD = 11.22, Min= 19, Max=70)		
<20	1	.60
21-30	27	17.40
31-40	73	47.10
41-50	20	12.90
51-60	29	18.70
>60	5	3.20
เพศ		
ชาย	33	21.30
หญิง	122	78.70
สถานภาพสมรส		
โสด	13	8.40

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สมรส/คู่	133	85.80
หย่า/ร้าง	9	5.80
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก		
บิดา-มารดา	144	73.50
ปู่ ย่า ตา ยาย	35	22.60
ลุง ป้า น้า อา	4	2.60
อื่นๆ	2	1.30
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเข้ารับการศึกษา	5	3.20
ประถมศึกษา	34	21.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	15.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	48	31.00
อนุปริญญา/ปวส.	7	4.50
ปริญญาตรี	36	23.20
สูงกว่าปริญญาตรี	1	.60
รายได้ของครอบครัว (บาท)		
<5,000	23	14.80
>5,000-10,000	55	35.50
>10,000-15,000	37	23.90
>15,000-20,000	9	5.80
>20,000-25,000	14	9.00
>25,000	4	2.60
ไม่ระบุ	13	8.40

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูเชิงบวก การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวก และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับสูง ร้อยละ 85.20 มีการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับสูง ร้อยละ 61.30 และมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับมาก ร้อยละ 78.10 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูเชิงบวก การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวก และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่าง (n=155)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูเชิงบวก (M=38.40, SD=6.13)		
ต่ำ	1	.60
ปานกลาง	22	14.20
สูง	132	85.20
การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวก (M=23.44, SD=5.07)		
ปานกลาง	60	38.70
สูง	95	61.30
พฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก (M=42.63, SD=4.63)		
ต่ำ	6	3.90
ปานกลาง	28	18.10
สูง/ ดี	121	78.10

ส่วนที่ 3 พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

จากการศึกษา เด็กปฐมวัยมีอายุระหว่าง 2-5.11 ปี (M=3.11, SD=.76) เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.50 และเพศหญิง ร้อยละ 44.50 มีคะแนนมาตรฐานทีของการคิดเชิงบริหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.30 (M=56.21, SD=8.77) รองลงมาอยู่ในระดับดีมากและดี คิดเป็นร้อยละ 33.50 และ 17.40 ตามลำดับ เมื่อแยกออกเป็นรายด้านพบว่า เกือบร้อยละ 50 มีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม (M=57.21, SD=7.96) ด้านการเปลี่ยน ยืดหยุ่นความคิดเห็น (M=54.02, SD=8.79) ด้านการควบคุมอารมณ์ (M=55.02, SD=9.04) ด้านความจำขณะทำงาน (M=55.01, SD=8.96) และด้านการวางแผนการจัดการ (M=54.70, SD=8.66)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา (r=.404, p<.01, r=.354, p<.01, และ r=.181, p<.05 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีผลต่อการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูเชิงบวก และการสนับสนุนทางสังคม (r=.341, p<.01 และ r=.279, p<.01 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของ และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (n=155)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ระดับการศึกษา	1					
2. รายได้ของครอบครัว	.291**	1				
3. การสนับสนุนทางสังคม	.194*	.63	1			
4. การรับรู้ประโยชน์	.188*	.001	.582**	1		
5. พฤติกรรมการเลี้ยงดู	.181*	.006	.354**	.404**	1	
6. ความคิดเชิงบริหาร	.143	.130	.279**	.341**	.120	1

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

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับสูง (M=42.63, SD=4.63) ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยด้านพื้นฐานของผู้ปกครอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูเชิงบวก ซึ่งจะเห็นได้ว่าร้อยละ 59.36 ของผู้ปกครองมีการศึกษาสูงกว่าเกณฑ์การศึกษาขั้นพื้นฐานของประเทศไทย (ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.) ซึ่งทำให้ผู้ปกครองแสวงหาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มเติม อีกทั้งผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.20 ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอาจจะเกิดจากลักษณะของครอบครัว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 85.80 จะทำให้ผู้ปกครองมีการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวก เกิดประสบการณ์ที่ดีในการเลี้ยงดูเชิงบวก[16] และเกิดเป็นพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเชิงบวก นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 61.30 ของผู้ปกครองมีการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับสูง เมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกที่เพิ่มขึ้นตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[17] ซึ่งกล่าวไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นขึ้นกับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล จากการรับรู้ 3 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค

แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (r=.120, p>.05) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดวงฤทัย เสมคุ้มหอม, อาภาวรรณ หนูคง, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, และนวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล[10] ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน ทั้งนี้เนื่องจากการคิดเชิงบริหารเป็นกระบวนการทำหน้าที่ของสมองในระดับสูง ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาและฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอจึงเกิดเป็นทักษะด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย[3,8] แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้นอาจทำให้พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเกิดขึ้นในระยะยาว เนื่องจากการคิดเชิงบริหารเป็นการพัฒนาสมองที่เกิดจากการสะสมประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

พัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย พบว่าเด็กปฐมวัยมีคะแนนมาตรฐานทีของการคิดเชิงบริหารโดยรวมในระดับปานกลาง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 41.30 (M=56.21, SD=8.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า เกือบร้อยละ 50 มีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน (T45-55) โดยพบว่าพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้

ประโยชน์ในการเลี้ยงดูเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.279, p<.01 และ r=.341, p<.01 ตามลำดับ) โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอารมณ์ การยอมรับและการเห็นคุณค่า ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงานในการเลี้ยงดูเชิงบวก ซึ่งเป็นการสร้างการรับรู้การ ความเอาใจใส่เกี่ยวกับการเลี้ยงดู เพื่อตอบสนองความต้องการในการเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ และสุกันยา นัครามนตรี[16] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวในการเลี้ยงดูเชิงบวก การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่ดี

ผลการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวก ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัยควรสนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจการเลี้ยงดูเชิงบวกให้แก่ผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย เนื่องจากเด็กปฐมวัยมีคะแนนการคิดเชิงบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น พยาบาล ครู/ผู้ดูแล ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กควรตระหนักและให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ในระดับต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพ และบุคลากรด้านการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย รวมทั้งครอบครัวควรจัดกิจกรรมหรือปรับรูปแบบการเลี้ยงดู เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่เหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาต่อยอดปัจจัยทำนายการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย รวมทั้งควรศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก และพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร เช่น รูปแบบการเลี้ยงดู การใช้สื่อหน้าจอหรือสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ และอาจศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกเปรียบเทียบทั้งในกลุ่มเด็กและผู้ปกครอง และมีการเก็บรวมรวมข้อมูลโดยการสังเกตและสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

3. พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพ และบุคลากรทางด้านการศึกษาควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเน้นการสร้างพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ผ่านโครงการวิจัยเรื่องชุดแผนงานครอบครัวไทยไร้ความรุนแรง ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

References

1. Phongphetdit B, Authawee B. Factors affecting the development of early childhood Thailand: Public health region 5. KJN. 2020;27(1):59-70.(in Thai)
2. The Royal College of Pediatricians of Thailand. Handbook for parents to disseminate knowledge and development of childcare: Early childhood 3-6 years. Bangkok: The Royal College of Pediatricians of Thailand & Pediatric Society of Thailand;2017.(in Thai)
3. Thai Health Promotion Foundation, Raklukegroup. Brain skills development guide: EF executive function for primary school teacher. Bangkok: Matichon public comany limited;2018.(in Thai)

4. Thai Health Resource Center. Positive parenting. Bangkok: Rakluke Human & Social Innovation Company Limited;2020.(in Thai)
5. Chano J. Executive functions and early childhood development. JOE, MSU.2019;13(1):7-17.(in Thai)
6. Bolsoni-Silva AT, Loureiro SR. Behavioral problems and their relationship to maternal depression, marital relationships, social skills and parenting. Psicologia: Reflexo e Crtica volume 2020;33(22):1-13. doi:10.1186/s41155-020-00160-x.
7. Hughes C, Devine RT. For better or for worse? positive and negative parental influences on young children's executive function. Child Dev.2019 Mar;90(2):593-609.doi:10.1111/cdev.12915.
8. Seamkhumhom D, Chaiyawut P, Wanngamwiset S, Thienphuridej T. Promoting to executive function in preschool children. JMND.2020;7(10):15-31.(in Thai)
9. Chutabhakdikul N, Thanasetkorn P, Lertawasdatrakul O. Tool development and evaluation criteria for assessment of executive function in early childhood. Bangkok: Research Center for Neuroscience, Mahidol University;2017.(in Thai)
10. Seamkhumhom D, Nookong A, Rungamornrat S, Chutabhakdikul N. Factors related to executive functions in preschool-aged children. JTNMC.2019;34(4):80-94.(in Thai)
11. Hayes JF, Eichen DM, Barch DM, Wilfley DE. Executive function in childhood obesity: promising intervention strategies to optimize treatment outcomes. Appetite.2018;124:10-23.doi:10.1016/j.appet.2017.05.040.
12. Lecce S, Bianco F, Devine RT, C. H. Relations between theory of mind and executive function in middle childhood: a short-term longitudinal study. J Exp Child Psychol.2017;163:6986.doi:10.1016/j.jecp.2017.06.011.
13. Stenason L, Moorman J, Romano E. The experiences of parents and facilitators in a positive parenting program. Qual Rep.2020;25(1):1-13.doi:10.46743/2160-3715/2020.3738.
14. Sanders M. Harnessing the power of positive parenting to promote wellbeing of children, parents and communities over a lifetime. Behav Change.2019;36:56-74.doi:10.1017/bec.2019.3.
15. Pornnoppadol C. Positive Parenting Scale: Parent version (POPS-P). Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital,Mahidol University;2020.(in Thai)
16. Khumtorn L, Suwanvela S. The relationship between social support and life skills among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Trang. JHSS.2018;14(1):54-66.
17. Rosenstock, IM.(1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs,2(4):328-35.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

The Effects of Educative Program Using Multimedia Integrating Relatives' Support on Postpartum Hemorrhage Preventive Behaviors in Primiparous Mothers

หทัยกาญจน์ ถาวรสุข[1] สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ[2] ศศิกานต์ กาละ[2]

Hathaikan Tavornsuk[1] Sununta Youngwanichsetha[2] Sasikarn Kala[2]

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[1]Master Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla Thailand.

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[2]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla Thailand.

Corresponding author: Sasikarn Kala; Email: kalasasikarn@gmail.com

Received: April 16, 2022 **Revised:** August 15, 2022 **Accepted:** August 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2563 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติ 30 ราย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการสอนเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาครรภ์แรก และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกัน การตกเลือดหลังคลอด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือตามเกณฑ์มาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทีอิสระ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (M=30.23, SD=2.40) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M=26.93, SD=1.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติ สามารถช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรกได้ จึงควรนำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอดในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

คำสำคัญ: การให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดีย; การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด; การสนับสนุนจากญาติ

The Effects of Educative Program Using Multimedia Integrating Relatives' Support on Postpartum Hemorrhage Preventive Behaviors in Primiparous Mothers

Hathaikan Tavornsuk[1] Sununta Youngwanichsetha[2] Sasikarn Kala[2]

[1]Master Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla Thailand.

[2]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla Thailand.

Corresponding author: Sasikarn Kala; Email: kalasasikarn@gmail.com

Received: April 16, 2022 **Revised:** August 15, 2022 **Accepted:** August 24, 2022

Abstract

The purpose of this study aimed to test the effects of a multiomedai edcational program incorporating support from ralatives on postpartum hemorrhage preventive behaviors in primiparous mothers. The sample consisted of 60 primiparous mothers attending the antenatal department at a community hospital in Yala province between June 2020 and August 2020. An experimental group (30 subjects) received the educational program using multimedia integrating relatives' support, and a control group (30 subjects) received usual nursing care. The interventional instruments consisted of a teaching plan of postpartum hemorrhage prevention and multimedia of postpartum hemorrhage prevention. The instruments for data collection consisted of 1) a personal information for primiparous mothers questionnaire, and 2) a postpartum hemorrhage prevention behavior assessment form. Instruments were examined for content validity by 3 experts. The reliability of the questionnaires were tested and yielded standard values. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation for demographic data, and the hypotheses were tested using the independent t-test. The results revealed that the experimental group after receiving the educational program using multimedia integrating relatives' support had a mean score of postpartum hemorrhage preventive behaviors (M=30.23, SD=2.40) significantly higher than that of the control group (M=26.93, SD=1.96) ($p<.01$). The results showed that the educational program using multimedia integrating relatives' support can promote postpartum hemorrhage prevention behavior in primiparous mothers, and its use should be promoted among pregnant women and postpartum mothers to reduce the risk of postpartum hemorrhage.

Keywords: educational multimedia; preventive postpartum hemorrhage; relatives' support

ความเป็นมาและความสำคัญ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย พบว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดในทวีปเอเชีย 4.88 ต่อแสนประชากร และจากสถิติของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 พบ 34.76 ต่อแสนประชากร[1] ซึ่งการตกเลือดหลังคลอดที่พบส่วนใหญ่เป็นการตกเลือดภายในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี พบร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอด[2] และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดทั่วโลก พบมากที่สุดถึง 27.1 ต่อแสนประชากร[3] ในทวีปเอเชียพบมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด 30.8 ต่อแสนประชากร[4] ส่วนประเทศไทย ในปี พ.ศ.2561-2563 พบมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด 23.53, 23.42 และ 13 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[5] การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดและทารก ผลกระทบด้านร่างกาย หากมีการสูญเสียเลือดมากจะทำให้ต่อมพิทูอิตารี่ส่วนหน้าหลั่งฮอร์โมนที่ควบคุมการทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลให้การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อเกิดความบกพร่อง จนทำให้เกิดกลุ่มอาการซีแฮน (Sheehand's syndrome) ซึ่งนำไปสู่ความล้มเหลวในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา[6] หรืออาจรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบวิธีการที่ช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ การให้ความรู้ ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยระยะตั้งครรภ์มีการให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะซีด ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว[7] ระยะรอคลอดมีการสอนและสาธิตการคลึงมดลูกหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดให้แก่ผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า[8] (latent phase) แนะนำการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดโดยการจัดท่าศีรษะสูง และเทคนิคการลดปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวดสัมผัส การหายใจลดปวด เป็นต้น เพื่อช่วยให้ระยะเวลาการรอคลอดสั้นลง[9] ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีการแนะนำให้มารดาคลึงมดลูกหลังคลอดทุก 15 นาที แต่ยังพบว่ามารดาหลังคลอดไม่ได้คลึงมดลูกตามที่แนะนำ[10] อาจเกิดจากความเหนื่อยล้าจากการคลอด ซึ่งทำให้ไม่สามารถคลึงมดลูกให้หดรัดตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนดูแลจากญาติ โดยสอนให้มารดาหลังคลอดและญาตินวดคลึงมดลูกอย่างถูกวิธี เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดและญาติมีทักษะในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด[11]

การให้ความรู้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระยะตั้งครรภ์มีรูปแบบการให้ความรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้อย่างเดียว และการให้ความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะซีด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการบรรยายจากผู้วิจัย ร่วมกับการใช้สื่อที่เหมาะสม[12] ระยะรอคลอด ได้แก่ การสอนรายบุคคล หรือการสอนรายกลุ่ม และให้ผู้คลอดสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการคลึงมดลูกด้วยตนเอง[8] ระยะหลังคลอด มีการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้แผนการสอนและแผ่นพลิก ซึ่งต้องใช้เวลาในการสอนนาน ทำให้มารดาเกิดความเบื่อหน่ายในการฟัง[13] ผลการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า สื่อมัลติมีเดียมีการนำเสนอเนื้อหาที่เป็นตัวอักษร รูปภาพ เสียง และภาพเคลื่อนไหว เป็นสื่อที่มีความน่าสนใจ[14] สามารถเข้าถึงง่ายทุกสถานที่ในยุคปัจจุบัน[15] อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการใช้สื่อมัลติมีเดียในการให้ความรู้เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และยังไม่พบโปรแกรมการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดร่วมกับการสนับสนุนจากญาติที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะรอคลอด และระยะหลังคลอด ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสนับสนุนของเฮ้าส์[16] มาประยุกต์ในการจัดทำโปรแกรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียเกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือด หลังคลอด ที่มีเนื้อหาการป้องกันการตกเลือดจากการทบทวนวรรณกรรมทั้ง 3 ระยะ ดังที่กล่าวมาข้างต้น ร่วมกับ การสนับสนุนจากญาติในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มารดาและญาติมีความรู้ความเข้าใจ มีเวลาเตรียมความพร้อมและมีพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ถูกต้อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะรอคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

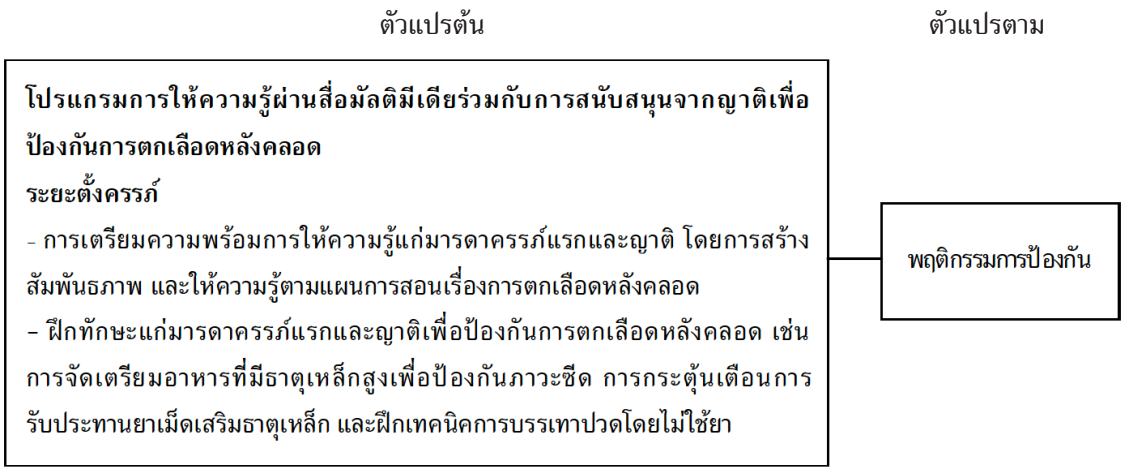
สมมติฐานการวิจัย

มารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[16] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพื่อสร้างโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก ประกอบด้วยการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกของญาติถึงการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2) แรงสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับของญาติแก่มารดาครรภ์แรก และให้การยอมรับเพื่อให้มารดาครรภ์แรกเกิดความมั่นใจในตนเอง และมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง 3) แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการที่ญาติให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่มารดาครรภ์แรก เพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือแก้ไขปัญหา และ 4) แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ แรงงาน เวลา การจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก โดยการที่ญาติช่วยจัดเตรียมอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงเพื่อป้องกันภาวะซีด และกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กโดยพยาบาลกระตุ้นและสนับสนุนให้ญาติดูแลมารดาครรภ์แรกอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะรอคลอด จนถึงระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยการเสริมกำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน และอำนวยความสะดวกแก่มารดาหลังคลอด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากญาติทั้ง 4 ด้าน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถและส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดของมารดาครรภ์แรกได้อย่างถูกต้อง การวิจัยครั้งนี้ มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[16] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สรุปเป็นกรอบแนวคิดดัง ภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest designs)

ประชากร คือ มารดาครรภ์แรกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา จำนวน 60 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563-สิงหาคม พ.ศ.2563

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการหาค่าขนาดอิทธิพลความต่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของลัดดา[17] ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.38 แต่เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิทและเบค[18] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อให้งานวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยลง จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย

เกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า (inclusion criteria) คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้ 1) มารดาครรภ์แรก 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวาน ภาวะรกเกาะต่ำ โรคเลือด โรคหัวใจ เป็นต้น 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะรอคลอด เช่น 6) สามารถอ่าน ฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ 7) มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน และ 8) มีญาติที่ให้การดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะรอคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดอย่างน้อย 1 คน (ญาติต้องเป็นผู้หญิงและเป็นคนเดียวกันตลอดโครงการ)

เกณฑ์คุณสมบัติการคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) รับใหม่ขณะรอคลอดปากมดลูกเปิดเกิน 8 เซนติเมตร 2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระยะคลอด และในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 3) ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น 4) ทารกไม่ได้อยู่กับมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 5) มารดาครรภ์แรกและญาติผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้ตลอด และ 6) ญาติที่ได้รับการเตรียมไม่ได้มาดูแลในระยะรอคลอด และในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

เครื่องมือดำเนินงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติ ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[16] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) แผนการสอนเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเนื้อหามี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม

2) สื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ 2.1) การตกเลือดหลังคลอด 2.2) การดูแลตนเองป้องกันภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2.3) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะรอคลอด และ 2.4) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาครรภ์แรก ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามข้อมูลการคลอด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส และบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการตั้งครรภ์ เป็นแบบให้เลือกเติมคำในช่องว่าง มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ประวัติการฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่เข้ารับโปรแกรม ค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 1 ค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 2 ค่าความเข้มข้นของเลือดแรกรับที่ห้องคลอด น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักก่อนคลอด ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลการคลอด เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอดบุตร ระยะเวลาในการคลอด น้ำหนักทารก การได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก และระยะเวลาถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอด สัญญาณชีพ ปริมาณการสูญเสียเลือด และสรุปผลการตกเลือดหลังคลอด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) กำหนดให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน)

ตอนที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะรอคลอด เป็นแบบสังเกตจำนวน 2 ข้อ ลักษณะแบบสังเกตเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 2 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) และปฏิบัติ (1 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็นแบบสังเกต จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสังเกตเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 2 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) และปฏิบัติ (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) แผนการสอนเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และ 2) สื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาและทารก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานที่แผนกห้องคลอด 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านดิจิทัลมีเดีย 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม เนื้อหา ภาษาที่ใช้ และภาพประกอบ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีคำแนะนำเพิ่มเติมดังต่อไปนี้ 1) ปรับเนื้อหาให้กระชับ 2) ปรับภาษาและรูปภาพเพื่อง่ายต่อการเข้าใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้สื่อมัลติมีเดียกับมารดาครรภ์แรกที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย และมีการปรับภาษาเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ 1.1) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 1.2) แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะรอคลอด 1.3) แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้ง 3 ตอน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังข้างต้น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93, 1, และ .87 ตามลำดับ

จากนั้นนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไปทดลองใช้กับมารดาครรภ์แรกที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .89 ส่วนแบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะรอคลอด และแบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำมาหาค่าความเที่ยงจากการสังเกตระหว่างผู้ประเมิน (inter-ratter reliability) จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 เท่ากันทั้งสองชุด

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2020 NST 007) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา (เลขที่ อว 6801.05/1134) และได้เข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา เพื่อดำเนินตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้วิจัยมีการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและได้รับการแจ้งถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกกระบวนการตามความต้องการและสมัครใจ ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เป็นภาพรวม

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ ในการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ ณ แผนกฝากครรภ์และหน่วยงานห้องคลอด ต่อมาผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานห้องคลอด ที่ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จึงดำเนินการเก็บกลุ่มทดลอง โดยดำเนินกิจกรรมในระยะตั้งครรภ์เป็นรายกลุ่ม เพื่อป้องกันการปนเปื้อน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง มีลำดับขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครั้ง ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 เมื่อมารดาครรภ์แรกมาที่แผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติ

ครั้งที่ 2 เมื่อมารดาครรภ์แรกมีอาการเจ็บครรภ์จริงและมาที่แผนกห้องคลอด ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมในระยะรอคลอดของมารดาครรภ์แรก โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะรอคลอด

ครั้งที่ 3 หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมของมารดาหลังคลอด โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยให้มารดาครรภ์แรกตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง โดยมีกิจกรรม ณ แผนกฝากครรภ์ ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแก่มารดาครรภ์แรกและญาติ ครั้งที่ 2 เมื่อมารดาครรภ์แรกมีอาการเจ็บครรภ์จริงที่แผนกห้องคลอด และครั้งที่ 3 เมื่อมารดาครรภ์แรกอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดดังนี้

ครั้งที่ 1 การเตรียมตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่แผนกฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ (ใช้เวลา 50-60 นาที) มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. เมื่อมารดาครรภ์แรกมาที่แผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้มารดาครรภ์แรก ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ใช้เวลา 10 นาที

2. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่มารดาครรภ์แรกและญาติ ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน กล่าวคือ 1) วิธีการเข้าถึงสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดผ่านโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน (smart phone) ที่สามารถเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ต เพื่อเปิดดูวิดีโอในช่องยูทูป (YouTube) และ 2) การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย ความหมายของการตกเลือดหลังคลอด สาเหตุ อาการและอาการแสดง ผลกระทบ การดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะซีด การดูแลตนเองในระยะรอคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การดูแลตนเองในระยะ 2 ชั่วโมงแรกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และ3) การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 3.1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่มารดาครรภ์แรก เป็นต้น 3.2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า เช่น ญาติให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะซีดแก่มารดาครรภ์แรก เป็นต้น 3.3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของมารดาครรภ์แรก หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของมารดาครรภ์แรก เป็นต้น และ 3.4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น การสนับสนุนในเรื่องการจัดหาอาหาร สิ่งของเครื่องใช้ เวลาและแรงงานแก่มารดาครรภ์แรก เป็นต้น พร้อมเปิดโอกาสให้มารดาครรภ์แรกและญาติซักถามข้อสงสัยหลังให้ความรู้โดยบรรยายควบคู่ไปกับการดูสื่อมัลติมีเดีย ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที

3. สาธิตวิธีการลูบหน้าท้อง วิธีการนวดบริเวณก้นกบเพื่อบรรเทาปวดในระยะรอคลอด วิธีการคลึงมดลูกที่ถูกต้อง และให้มารดาครรภ์แรกและญาติสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลา 10-15 นาที

4. แนะนำการดูสื่อมัลติมีเดีย และการฝึกปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดต่อที่บ้านใช้เวลา 5 นาที

5. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการดูสื่อมัลติมีเดีย การปฏิบัติตัวของมารดาครรภ์แรก และสอบถามญาติเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาครรภ์แรก (2 สัปดาห์หลังจากครั้งที่ 1) และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจ และเน้นย้ำเรื่องการดูสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ครั้งที่ 2 เมื่อมารดาครรภ์แรกเจ็บครรภ์จริงและมารอคลอดที่แผนกห้องคลอด (ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 8 เซนติเมตร) หลังจากที่ได้รับการพยาบาลแรกรับที่ห้องคลอด

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ญาติสนับสนุนมารดาครรภ์แรก โดยใช้แนวทางการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ เป็นต้น 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องการปฏิบัติตัวขณะรอคลอดเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด เป็นต้น 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การแนะนำให้อยู่ในท่าศีรษะสูง หรือการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลแล้วนำมาถ่ายทอดแก่มารดาครรภ์แรก เป็นต้น และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น ช่วยเหลือให้มารดาครรภ์แรกอยู่ในท่าศีรษะสูง และการช่วยลูบหน้าท้องและนวดก้นกบเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด เป็นต้น

2. ผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมของมารดาครรภ์แรก โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะรอคลอด

ครั้งที่ 3 ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ญาติสนับสนุนมารดาครรภ์แรก โดยใช้แนวทางการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การให้ความรัก เอาใจใส่ดูแล เป็นต้น 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก เป็นต้น 3) การสนับสนุน

ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น สอบถามข้อมูลจากพยาบาลแล้วนำมาถ่ายทอดแก่มารดาครรภ์แรก เป็นต้น และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น การช่วยเหลือในการถ่ายปัสสาวะโดยการเสิร์ฟหม้อนอนที่เตียง เป็นต้น

2. ผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกของมารดาครรภ์แรก โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

3. ผู้ช่วยวิจัยให้มารดาครรภ์แรกตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ เรื่องการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (normality) โดยสถิติทดสอบค่าที โดยการทดสอบโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (test of normality-kolmogorov: K-S test) ทดสอบสัมประสิทธิ์ความโด่งและความเบ้ของการแจกแจง (skewness and kurtosis test) พิจารณาลักษณะการแจกแจงของข้อมูลแผนภูมิอิสโตแกรม (histogram) และตรวจสอบความเท่ากันของค่าความแปรปรวนระหว่างข้อมูลแต่ละชุด (test of homogeneity of variance) โดยใช้สถิติลีวินส์ (levene's test) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายในลักษณะการแจกแจงปกติ และความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที (t-test) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาครรภ์แรก นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดาครรภ์แรก พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 19-36 ปี อายุเฉลี่ย 26.09 ปี (SD=5.03) การศึกษาสูงสุดของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับอนุปริญญาตรี ร้อยละ 40.00 สำหรับสถานภาพสมรสทุกรายมีสถานภาพสมรสคู่ มากกว่าครึ่งมีการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 56.70) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเอง (ร้อยละ 63.30) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 18-37 ปี อายุเฉลี่ย 24.67 ปี (SD=5.95) การศึกษาสูงสุดของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.30 สำหรับสถานภาพสมรสทุกรายมีสถานภาพสมรสคู่ มากกว่าครึ่งมีการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 60) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเอง (ร้อยละ 50) ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2/t
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)[d]					1.00[ns]
Min, Max)(M, SD)	(19.75, 6.50)	(26.09, 5.03)	(18.00, 7.67)	(24.67, 5.95)	
< 20	4	13.30	8	26.70	
20-29	18	60.00	15	50.00	
30-34	6	20.00	4	13.30	
≥ 35	2	6.70	3	10.00	
ระดับการศึกษา[b]					.22[ns]
ประถมศึกษา	2	6.70	2	6.70	
มัธยมศึกษา	10	33.30	16	53.30	
อนุปริญญาตรี	12	40.00	5	16.70	
ปริญญาตรี	6	20.00	7	23.30	
อาชีพ[a]					.80[ns]
ประกอบอาชีพ	17	56.70	18	60.00	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	43.30	12	40.00	
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน[b]					.32[ns]
ครอบครัวตนเอง					
ครอบครัวสามี	19	63.30	15	50.00	
ครอบครัวตนเองและ	7	23.30	6	20.00	
ครอบครัวสามี	2	6.70	2	6.70	
บุคคลอื่น ๆ					
	2	6.70	7	23.30	

ns=not statistically significant, aChi-square test, bLikelihood Ratio, dT-test

2. ผลการศึกษาข้อมูลการตั้งครรภ์ปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างมารดาครรภ์แรก พบว่ากลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งฝากครรภ์ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 66.70) อายุครรภ์เฉลี่ยที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเท่ากับ 11 สัปดาห์ 5 วัน (SD=2.74) ร้อยละ 93.30 มีค่าความเข้มข้นของเลือดแรกรับที่ห้องคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 33 เปอร์เซ็นต์ กลุ่มทดลองร้อยละ 70 มีค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอด (BMI) อยู่ในช่วง 18.50-24.90 (M=22.28, SD=3.78) ในขณะที่กลุ่มควบคุมร้อยละ 86.70 ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ มีอายุครรภ์เฉลี่ยที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเท่ากับ 8 สัปดาห์ 5 วัน (SD=2.68) ร้อยละ 76.70 มีค่าความเข้มข้นของเลือดแรกรับที่ห้องคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 33 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 53.30 มีค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอด (BMI) อยู่ในช่วง 18.50-24.90 (M=23.05, SD=4.16) ซึ่งข้อมูลการตั้งครรภ์ปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ข้อมูลการตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2/t
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์[c]					.13[ns]
ครบตามเกณฑ์	20	66.70	26	86.70	
ไม่ครบตามเกณฑ์	10	33.30	4	13.30	
ประวัติการฝากครรภ์ครั้งแรก[a]					.30[ns]
≤ 12 สัปดาห์	20	66.70	16	53.30	
> 12 สัปดาห์	10	33.30	14	46.70	
ค่าความเข้มข้นของเลือดแรกรับที่ห้องคลอด[c]					.15[ns]
< 33 %	2	6.70	7	23.30	
≥ 33 %	28	93.30	23	76.70	
BMI ก่อนคลอด[d]					.75[ns]
(*Min, Max*)(*M, SD*)	(15.65, 32.10)	(22.28, 3.78)	(15.59, 33.20)	(23.05, 4.16)	
< 18.50	5	16.70	6	20.00	
18.50-24.90	21	70.00	16	53.30	
25.00-29.90	2	6.70	6	20.00	
≥ 30	2	6.70	2	6.70	

ns=not statistically significant, aChi-square test, bLikelihood Ratio, cFisher's exact test, dT-test

3. ผลการศึกษาข้อมูลการคลอดของกลุ่มตัวอย่างมารดาครรภ์แรก พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาของการคลอดอยู่ในช่วง 6 ชั่วโมง 15 นาที – 23 ชั่วโมง 30 นาที (M = 10.69 ชั่วโมง, SD=4.24) น้ำหนักทารกอยู่ในช่วง 2,270 - 3,380 กรัม (M= 2,865.33 กรัม, SD=264.18) และมีปริมาณการสูญเสียเลือดอยู่ในช่วง 150 – 260 มิลลิลิตร (M=194 มิลลิลิตร, SD=27.61) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาของการคลอดอยู่ในช่วง 5 ชั่วโมง 35 นาที - 23 ชั่วโมง 45 นาที (M=12.04 ชั่วโมง, SD=6.15) น้ำหนักทารกอยู่ในช่วง 2,210 - 3,430 กรัม (M = 2,785.83 กรัม, SD=326.78) และมีปริมาณการสูญเสียเลือดอยู่ในช่วง 180 - 270 มิลลิลิตร (M=233 มิลลิลิตร, SD=19.67) โดยพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีการตกเลือดหลังคลอด และข้อมูลการคลอดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีรายละเอียดดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลการคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2/t
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาการคลอด[c]					.15[ns]
(Min, Max)(M, SD)	(6.15, 23.30)	(10.69, 4.24)	(5.35, 23.45)	(12.04,6.15)	
< 20 ชั่วโมง	28	93.30	23	76.70	
≥ 20 ชั่วโมง	2	6.70	7	23.30	
น้ำหนักทารก[b]					.69[ns]
(Min, Max)(M, SD)	(2,270, 3,380)	(2,865.33, 264.18)	(2,210, 3,430)	(2,785.83, 326.78)	
< 2,500 กรัม	3	10.00	4	13.30	
ตั้งแต่ 2,500–3,000 กรัม	16	53.30	18	60.00	
ตั้งแต่ 3,000–3,500 กรัม	11	36.70	8	26.70	
ปริมาณการสูญเสียเลือด[d]					6.30[ns]
(Min, Max)(M, SD)	(150, 260)	(194, 27.61)	(180, 270)	(233, 19.67)	
<300 มิลลิลิตร	30	100.00	30	100.00	

ns = not statistically significant, bLikelihood Ratio, cFisher's exact test, dT-test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (n=60)

พฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	กลุ่มทดลอง (*n* = 30)		กลุ่มควบคุม (*n* = 30)		*t*
	M	SD	M	SD	
ระยะตั้งครรภ์	23.67	1.95	21.70	1.76	4.09***
ระยะรอคลอด	1.67	.48	1.17	.46	4.12***
ระยะ2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด	4.90	.92	4.07	.83	3.68***
ภาพรวมทั้ง 3 ระยะ	30.23	2.40	26.93	1.96	5.83***

*** p < .001

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($t=5.83$, $p<.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อธิบายได้ว่าการได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยการให้มารดาและญาติดูสื่อมัลติมีเดียที่มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์ ระยะรอคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยระยะตั้งครรภ์มีการให้ความรู้แก่มารดาครรภ์แรกและญาติเรื่องการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก จากการศึกษาพบว่ามารดาที่รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและทานยาเสริมธาตุเหล็กทุกวัน มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับฮีโมโกลบินทั้งก่อนและหลังคลอด รวมถึงลดความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในขณะคลอด[12] นอกจากนี้ได้มีการฝึกทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาปวดในระยะรอคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การลูบหน้าท้อง นวดก้นกบ และการคลึงมดลูกหลังคลอดโดยใช้หุ่นจำลอง ทำให้มารดาครรภ์แรกและญาติ มั่นใจในการนำไปใช้เมื่อเข้าสู่ระยะรอคลอดและระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด อีกทั้งได้รับคำแนะนำและกระตุ้นได้รับการดูสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดต่อที่บ้าน เพื่อให้มารดาครรภ์แรกและญาติทบทวนความรู้ และมีความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้น ในระยะรอคลอดมารดาครรภ์แรกได้รับการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด โดยการจัดท่าศีรษะสูง การดูแลเอาใจใส่ที่มีการสนับสนุน 4 ด้านจากญาติ ตามความรู้และการฝึกทักษะที่ได้เตรียมความพร้อมมาแล้วให้มารดาครรภ์แรกเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดี ระยะเวลาคลอดสั้นลง และลดความอ่อนล้า สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก พบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ[19] ส่งผลให้มดลูกไม่อ่อนล้าเกินไปในระยะหลังคลอด[9] เมื่อเข้าสู่ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มารดาครรภ์แรกมีการคลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก จากการศึกษาพบว่า การนวดมดลูกหลังรกคลอดทันทีอย่างต่อเนื่องทุก 15 นาที จนถึง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจะช่วยลดการตกเลือดหลังคลอดได้[20] นอกจากนี้การมีญาติที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ทำให้สามารถสนับสนุนดูแลมารดาครรภ์แรกได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[16] จะเห็นได้ว่า การให้ความรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดร่วมกับการสนับสนุนจากญาติ เพื่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะรอคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดนั้น สามารถส่งเสริมให้มารดาครรภ์แรกเกิดพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นมารดาครรภ์แรกที่นับถือศาสนาอิสลาม อาจนำไปอ้างอิงได้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล แผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอดที่โรงพยาบาลอื่น สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอด แต่บริบทในบางโรงพยาบาลอาจจะแตกต่างกันในด้านการให้ญาติเฝ้าในระยะรอคลอด

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (late postpartum hemorrhage)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัย เพื่อทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการป้องกันการตกเลือดในระยะยาวจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด หรือ 6 สัปดาห์หลังคลอด หรือทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มอื่น เช่น มารดาครรภ์หลัง มารดากลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัย

References

1. Thepampan W, Eungapithum N, Tanasombatkul K, Phinyo P. Risk factors for postpartum hemorrhage in a Thai–Myanmar border community hospital: a nested case–control study. IJERPH 2021;18(4633):1-13.(in Thai)
2. Srinakrung U. The study maternal risk screening protocol to prevent early 2 hours postpartum hemorrhage, Nongbualumphu Hospital. UDHHOSMJ 2018;26(3):126-134.(in Thai)
3. International Federation of Gynecology and Obstetrics leading unnecessary deaths. [internet].2018 [cited 2021 January 15]. Available: https://www.figo.org/news/pph leading unnecssary deaths
4. Hawker L, Weeks A. Postpartum haemorrhage (PPH) rates in randomized trials of PPH prophylactic interventions and the effect of underlying participant PPH risk: a meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2020;20(107):110-16.
5. The Royal Thai College of the Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum hemorrhage. [internet].2020 [cited 2021 March 3]. Available: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf
6. Prabpal W, Sornchai S. The development of risk screening protocol for postpartum hemorrhage in Beung khonglong Hospital. NJPH 2014;4(26):56-66.(in Thai)
7. Boonyaprapapan T, Sangin S, Siriarunrat S. Effects of the educative supportive program on self-care behavior and hematocrit level among pregnant women with iron deficiency anemia. JFONUBUU 2018; 26(4):40-50.(in Thai)
8. Kangwantrakul P, Inyasri O. Development of nursing practice guideline for the prevention of postpartum hemorrhage in the first two hours after giving birth at labor room, Udonthani Hospital. JBCN Bangkok 2017;33(2):121-34.(in Thai)
9. Sukontrakoon P. Progression of labour: the midwifery roles. JRTAN 2016;17(2):1-6.(in Thai)
10. Sriphachai S. The effects of using an innovation doll to remind for uterine massage on the amount of postpartum blood loss within two hours after delivery, Khonkaen Province [Master thesis]. Khonkaen: Khonkaen University; 2015.(in Thai)
11. Iamchareon T. Postpartum hemorrhage: significance of nurse's roles in prevention. APHEIT Journal 2017;6(2):146-57.(in Thai)
12. Techakampholsarakit L, Kantaruksa K, Sansiriphun N. Interventions to promote anemia prevention among pregnant women: a systematic review. Nursing J 2018;45(1):62-74.(in Thai)

13. Srihawech T, Juthamanee S, Maleewon K, Sujarae A, Techasatian K. A postpartum women educationa system on mobile device. JOPN 2019;11(2):474-482.(in Thai)
14. Paprom W. Effects of the supportive program and application towards care behavior of caregivers of newborns with neonatal hyperbilirubinemia undergoing phototherapy. Songklanagarind J Nurs 2018; 38(3):167-178.(in Thai)
15. Pralabrraksa N, Arreerard W, Arreerard T. The model development of model of local wisdom multimedia development by participation. JOTE 2017;8(2):173-181.(in Thai)
16. House JS. Work stress and social support. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall;1981.
17. Purimayata L, Maneechotwong N, Laokonka P. The effect of using cold gloves for uterine massage on postpartum blood loss and fundal height within two hours after delivery in primiparous mothers. Journal Regional Health Center 7 Khonkaen 2017;9(2):19-30.(in Thai)
18. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. (11th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
19. Munsil J, Sangin S, Suppasri P. Effects of positioning using the Maneevada knowledge program on duration of active labor and satisfaction with childbirth of primiparous. NJPH 2018;101-114.(in Thai)
20. Erkaya R, Karabulutlu O,Calik KY. Uterine massage to reduce blood loss after vaginal delivery. Health Care Women Int 2021;9:1-17.doi:10.1080/07399332.2021.1940184.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

The Relationship between Health Literacy for Stroke Prevention and Optimal Blood Pressure in Hypertensive Patients in Health Region 7.

อิสรีย์ ปัดภัย[1] ดวงฤดี โชติกลาง[1] เทพไทย โชติชัย[1] วนิดา ศรีพรหมษา[2] ฐิติกานต์ เอกทัตร์[1] ณิชกานต์ มีลุน[1]

Isaree Padphai[1] Duangruedee Chotklang[1] Tepthai Chotchai[1] Wanida Sripromsa[2] Thitikan Ekathat[1] Nitchakarn Meelun[1]

[1]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร และสหเวชศาสตร สถาบันพระบรมราชชนก,

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Sirindhorn College of Public Health Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute.

[2]Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Correspondence author; Email : kaogrand@hotmail.com

Received: May 2, 2022 **Revised:** October 10, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนตุลาคม–ธันวาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่7 จำนวน 258 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม–แบ่งชั้นหลายขั้นตอนและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิกและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจีสติคและตัวแบบผสมเชิงเส้นวางนัยทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตเหมาะสม ร้อยละ 40.32 และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 4 ทักษะได้แก่การเข้าถึงข้อมูล, ความเข้าใจ, การประเมินและการตัดสินใจปฏิบัติ อยู่ในระดับเป็นปัญหา ร้อยละ 51.45 โดยผู้ป่วยที่มีทักษะความเข้าใจระดับสูง มีโอกาสมีระดับความดันโลหิตเหมาะสมมากกว่าระดับต่ำ 4.20 เท่า (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53) และผู้ป่วยที่มีทักษะการตัดสินใจปฏิบัติระดับสูง มีโอกาสมีระดับความดันโลหิตเหมาะสมมากกว่าระดับต่ำ 5.26 เท่า (Adjusted OR=5.26, 95% CI=2.71 to 10.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ ถึงร้อยละ 59.68 จากผลการศึกษาบุคลากรด้านการสาธารณสุขจึงควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; โรคความดันโลหิตสูง; โรคหลอดเลือดสมอง

The Relationship between Health Literacy for Stroke Prevention and Optimal Blood Pressure in Hypertensive Patients in Health Region 7.

Isaree Padphai[1] Duangruedee Chotklang[1] Tepthai Chotchai[1] Wanida Sripromsa[2] Thitikan Ekathat[1] Nitchakarn Meelun[1]

[1]Sirindhorn College of Public Health Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute.

[2]Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Correspondence author; E-mail : kaogrand@hotmail.com

Received: May 2, 2022 **Revised:** October 10, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

Abstract

A cross-sectional analytical study was conducted to identify the relationship between health literacy for stroke prevention and optimal blood pressure in hypertension patients. Data were collected between October 2021 and December 2021. The sample was selected using the multi-stage sampling method to recruit 258 hypertensive patients in Health region 7. Data were collected using a general information questionnaire, clinical information; and health literacy for stroke disease. Data were analyzed using descriptive statistics, the logistic regression and generalized linear mixed model. The results showed that in all most of the samples (40.32%) had a controllable blood pressure level, 51.45% reported low level of health literacy in all four skills, including access, comprehension, appraisal and application. The patients who had high levels of comprehension were 3.81 times more likely to have optimal blood pressure than those who had low levels (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53). Patients who had high levels of applcation had 4.49 times higher odds of optimal gotmal blood pressure than those who had low levels of application. (Adjusted OR=5.26, 95% CI=2.71 to 10.19). In conclusion public, health personnel should promote health literacy in comprehension and application stroke prevention skills in patients with hypertension.

Keywords: health literacy; hypertension; stroke

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภัยที่คุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลกและทุกวินาทีที่ผ่านไปนั้นสำคัญมากโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลกในปี พ.ศ. 2564 คือรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เสี้ยวนาทีมีค่าช่วยชีวิต เน้นให้ประชาชนสังเกตอาการตนเองตามหลักการ F.A.S.T. (ใบหน้าเบี้ยว.แขนหรือขาอ่อนแรง.พูดลำบาก.รีบไปโรงพยาบาลภายใน 4 ชั่วโมง) หากมีอาการให้รีบไปพบแพทย์ รักษาเร็วจะมีโอกาสหาย ผลแทรกซ้อนต่ำและความพิการน้อยลง[1] จากรายงานขององค์การอัมพาตโลกพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน[2] สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 พบการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั้งหมดถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปีโดยในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] และจากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2560–2562 พบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเท่ากับ 467.46, 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ และเขตสุภาพที่ 7 พบจำนวน 415.02, 471.56 และ 482.86[4] ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แม้จะไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่อาจทำให้เกิดความพิการในระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต ปัจจัยเสี่ยงคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่เหมาะสม สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำหน้าที่จนเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตหรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้[1]

โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา โดยข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่า “ฆาตกรเงียบ” (silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า[4] สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2556–2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2558–2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน)[5] และจากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2560–2562 พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งประเทศเท่ากับ 2,091.28, 2,245.09และ 2,388.84 ตามลำดับ และเขตสุภาพที่ 7 พบจำนวน 2,163.15, 2,366.09และ 2,443.44 ซึ่งมีจำนวนที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต

จากปัญหาและปรากฏการณ์ตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นพบว่าเขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปีและจะมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต

จากความหมายของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตก เช่น การบาดเจ็บ เนื้องอก และการติดเชื้อในสมอง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการเกิดโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (ischemic stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)[6]

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579) ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารจัดการเป็นเลิศ ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ นั้นประกอบด้วยแผนงาน 1.2 การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยมีโครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ[7] ซึ่งในระดับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขนั้นให้ความสำคัญ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถที่จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อรู้วิธีค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและมีการตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับนำมาปฏิบัติ, การมีความเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพนำไปปฏิบัติได้, มีการประเมินตนเอง คือความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติและการตัดสินใจปฏิบัติคือ การเลือกปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายอันจะเกิดผลดี เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีทักษะปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) กับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

2) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม–ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression)[8] โดยประยุกต์จากพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง[9] ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)\left(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta}\right)^2}{\left[B(1-B)(P_0 - P_1)^2\right]}$$

เมื่อแทนค่าลงในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 165 คน

ทำการปรับขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานศึกษาที่ใช้ตัวแบบการถดถอยพหุโลจิสติก ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Facor: VIF 8 และ ρ=ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (multiple correlation) ระหว่างตัวแปร การมีผลต่อระดับความดันโลหิตเหมาะสม เมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไปจนเป็นปัญหา multicollinearity ประกอบกับความเป็นไปได้ในการทำวิจัย ได้แก่งบประมาณ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ=.6 เนื่องจากงานศึกษานี้ มีตัวแปรอิสระเข้าตัวแบบในการศึกษาหลายตัวแปรและเพื่อปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ จึงได้นำค่า n_1 แทนค่าลงในสมการ

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - P^2_{1.2.3..p})}$$ แทนค่าลงในสมการ $$n_p = \frac{165}{(1 - .6^2)}$$

ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 258 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม-แบ่งชั้น แบบหลายขั้นตอน โดยการแบ่งเขตสุขภาพที่ 7 ออกเป็น 4 จังหวัด แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกอำเภอตัวแทนจังหวัดละ 1 อำเภอ และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากตัวแทนอำเภอและสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยดันโลหิตสูง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สมัครใจและยินดีตอบแบบสอบถาม
3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อ่านออกเขียนได้
4) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 18-70 ปี

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพครอบครัว, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาการป่วยด้วยความดันโลหิตสูง, โรคประจำตัวอื่นการสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์และการใช้ยาสมุนไพร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก โดยเป็นข้อมูลจากการวัดความดันโลหิตจากสถานพยาบาลครั้งล่าสุด ได้แก่ ระดับความดันโลหิตเหมาะสม คือ <140/90 mmHg และควบคุมไม่ได้ คือผลการวัดความดันโลหิตจากสถานพยาบาลครั้งล่าสุด ≥140/90 mmHg[10]

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินและการตัดสินใจปฏิบัติ ผู้วิจัยบูรณาการตามแนวคิดของ Sorensen et al.[11] และประยุกต์ใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[12] โดยการนำข้อคำถามบางส่วนนำมาปรับใช้ ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่

ทักษะที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง และประยุกต์ตามแบบวัดของ Sorensen et al[13] ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า มี 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 1-12 คะแนน (ร้อยละ 50), เป็นปัญหา หมายถึง ได้คะแนน 13-16 คะแนน (ร้อยละ 51-66), เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 17-21 คะแนน (ร้อยละ 67-84)และเป็นเลิศหมายถึง ได้คะแนน 22-25 คะแนน (ร้อยละ 85-100) และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 2 ระดับ Tanasugarn and Neelapaichit[14] เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์ในตารางที่2 ในการวิเคราะห์แบบ simple logistic regression ดังนี้ ระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-18 คะแนน (<ร้อยละ 75) และระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 19-25 คะแนน (ร้อยละ ≥75)

ทักษะที่ 2 ความเข้าใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก คำตอบที่ถูกต้องมีเพียงคำตอบเดียว หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลความหมายจากค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คะแนนเต็ม 10 คะแนน และประยุกต์แบบวัด 2 ระดับ[14] ดังนี้ระดับความรอบรู้ในความเข้าใจต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 0-7 คะแนน (<ร้อยละ 75) ของคะแนนเต็มและระดับความรอบรู้ในความเข้าใจสูง หมายถึง ได้คะแนน 8-10 คะแนน (ร้อยละ ≥75)

ทักษะที่ 3 การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง และประยุกต์ตามแบบวัดของ Sorensen et al.[13] ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า มี 4 ระดับ โดยแปลผลโดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นดังนี้ ได้คะแนน 1-12 คะแนน (ร้อยละ 50), เป็นปัญหา หมายถึง ได้คะแนน 13-16 คะแนน (ร้อยละ 51-66), เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 17-21 คะแนน (ร้อยละ 67-84)และเป็นเลิศหมายถึง ได้คะแนน 22-25 คะแนน (ร้อยละ 85-100)และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์ ตามเครื่องมือที่ใช้วัดตามแบบวัด 2 ระดับ Tanasugarn and Neelapaichit[14] คือระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-18 คะแนน (< ร้อยละ75) และระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 19-25 คะแนน (ร้อยละ ≥75)

ทักษะที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง และประยุกต์ตามแบบวัดของ Sorensen et al.[13] ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า มี 4 ระดับ โดยแปลผลโดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นดังนี้ ได้คะแนน 1-25 คะแนน (ร้อยละ 50), เป็นปัญหา หมายถึง ได้คะแนน 26-33 คะแนน (ร้อยละ 51-66), เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 34-42 คะแนน (ร้อยละ 67-84)และเป็นเลิศหมายถึง ได้คะแนน 43-50 คะแนน (ร้อยละ 85-100) และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์ ตามเครื่องมือที่ใช้วัดตามแบบวัดแบบ 2 ระดับ Tanasugarn and Neelapaichit[14] คือระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-31 คะแนน (< ร้อยละ75) และระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 38-50 คะแนน (ร้อยละ ≥75)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุขและด้านการพยาบาล ประเมินความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่าทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากกว่า .67 และมีการปรับรายการคำถามบางข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้คะแนนแต่ละทักษะดังนี้คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเท่ากับ .82 ทักษะความเข้าใจเท่ากับ .88, ทักษะการประเมินเท่ากับ .90, และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ : HE642011 วันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการจัดทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและลงนามในใบยินยอมแล้ว จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันที หลังจากได้รายงานวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงค่าความถี่ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลทางคลินิก, ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ตัวแปรแบบ bivariate เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตดีด้วย สถิติ simple logistic regression และสถิติ generalized linear mixed model (GLMM) เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง จึงคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ระดับจังหวัด และนำเสนอการเปรียบเทียบอัตราส่วนและค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.09, อายุ ≥60 ปี ร้อยละ 65.89, ดัชนีมวลกายมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 60.07, สถานภาพครอบครัวแบบคู่ ร้อยละ 67.44, ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 81.01, โรคประจำตัวร่วมเบาหวาน 27.13, ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระยะ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.60, การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบ ร้อยละ 94.96, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 98.45, การใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 85.66 และการใช้ยาสมุนไพรส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 65.89

2. ข้อมูลทางคลินิก กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการมาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 99.22, การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 99.61 และมีผลความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ ≥140/90 mmHg ร้อยละ 59.68 ดังแสดงในตารางที่

1

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
1. การมาพบแพทย์ตามนัด			
ใช่	256	99.22	
ไม่ใช่	2	.78	
2. การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
ใช่	257	99.61	
ไม่ใช่	1	.39	
3. ความดันโลหิตเหมาะสม (Optimal BP) < 140/90 mmHg	104	40.32	34.27 to 46.57
4. ความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ (Poor BP) ≥ 140/90 mmHg	154	59.68	53.42 to 65.72

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทางคลินิกและ Outcome ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 258 คน)

3. จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n=258 คน)

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับเป็นปัญหามากที่สุด ร้อยละ 58.53 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.18 (SD=3.02), ทักษะความเข้าใจพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 53.88 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.32 (SD=1.79), ทักษะการประเมินพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับเป็นปัญหามากที่สุด ร้อยละ 46.90 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.44 (SD=2.86) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับเป็นปัญหามากที่สุด ร้อยละ 46.51 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.54 (SD=5.65) ดังแสดงในตารางที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(HL)	จำนวน	ร้อยละ
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล		
ไม่เพียงพอ	32	12.40
เป็นปัญหา	151	58.53
เพียงพอ	61	23.64
เป็นเลิศ	14	5.43
Mean (SD)	15.18(3.02)	
Median (min : max)	15(9:23)	
แบบ 2 ระดับ ต่ำ	228	88.37
สูง	30	11.63

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(HL)	จำนวน	ร้อยละ
2. ทักษะความเข้าใจ		
ต่ำ	139	53.88
สูง	119	46.12
Mean (SD)	7.32(1.79)	
Median (min : max)	7(3:10)	
3. ทักษะการประเมิน		
ไม่เพียงพอ	20	7.75
เป็นปัญหา	121	46.90
เพียงพอ	108	41.86
เป็นเลิศ	9	3.49
Mean (SD)	16.44(2.86)	
Median (min : max)	16(10:25)	
แบบ 2 ระดับ ต่ำ	210	81.40
สูง	48	18.60
4. ทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ		
ไม่เพียงพอ	20	7.75
เป็นปัญหา	120	46.51
เพียงพอ	102	39.53
เป็นเลิศ	16	6.20
Mean (SD)	33.54 (5.65)	
Median (min : max)	33(20:48)	
แบบ 2 ระดับ ต่ำ	189	73.26
สูง	69	26.74

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n= 258 คน)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความดันโลหิตเหมาะสม จากการวิเคราะห์อย่างหยาบ

การศึกษาพบว่ามีเพียงระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตเหมาะสม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปคือไม่มีความสัมพันธ์

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ bivariate ระหว่าง HL กับ Optimal BP

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตเหมาะสมด้วย สถิติ simple logistic regression พบว่าทักษะความเข้าใจระดับสูงจะมีโอกาสมี Optimal BP มากเป็น 3.81 เท่า ของกลุ่มที่มีทักษะระดับต่ำ (Crude OR=3.81, 95%CI=2.25 to 6.44), ทักษะการประเมินระดับสูงจะมีโอกาสมี Optimal BP มากเป็น 2.22 เท่า ของกลุ่มที่มีทักษะระดับต่ำ (Crude OR=2.22, 95%CI=1.17 to 4.19)และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติระดับสูงจะมีโอกาสมี Optimal BP มากเป็น 4.94 เท่าของกลุ่มที่มีทักษะระดับต่ำ (Crude OR=4.94, 95%CI =2.73 to 8.96)ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดง Crude odd Ratio จากการวิเคราะห์ทีละตัวแปรแบบ Simple logistic regression

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	%Optimal BP	Crude OR	95%CI	p-value
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล					.054
ต่ำ	228	38.16	1	1	
สูง	30	56.67	2.11	1.98 to 4.57	
2. ทักษะความเข้าใจ					< .001
ต่ำ	139	25.90	1	1	
สูง	119	57.14	3.81	2.25 to 6.44	
3. ทักษะการประเมิน					.013
ต่ำ	210	62.38	1	1	
สูง	48	43.75	2.22	1.17 to 4.19	
4. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ					<.001
ต่ำ	189	69.31	1	1	
สูง	69	30.43	4.94	2.73 to 8.96	

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ Optimal BP โดยใช้ สถิติ GLMM โดยนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากตารางที่ 3 ได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ทักษะความเข้าใจ, ทักษะการประเมิน, และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเข้าวิเคราะห์ด้วยสถิติ GLMM พบว่ามีเพียงทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้คือกลุ่มตัวอย่าง ที่มีทักษะความเข้าใจระดับสูง จะมีโอกาสมี Optimal BP เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 4.20 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจระดับต่ำ (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53, p-value<.001) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีทักษะความเข้าใจระดับสูง จะมีโอกาสมี Optimal BP เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 5.26 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจ ระดับต่ำ (Adjusted OR =5.26, 95% CI=2.71 to 10.19, p-value <.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดง Crude odd Ratio และค่า 95% CI ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตเหมาะสม (Optimal BP) จากการวิเคราะห์แบบ GLMM

Factors	Number	%Optimal BP	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
1. ทักษะความเข้าใจ						<.001
ต่ำ	139	25.90	1	1	1	
สูง	119	57.14	3.81	4.20	2.34 to 7.53	
2. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ						<.001
ต่ำ	189	69.31	1	1	1	
สูง	69	30.43	4.94	5.26	2.71to 10.19	

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยพบว่า

1) ระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 59.68 (95%CI= 53.42 to 65.72) และมีระดับความดันโลหิตเหมาะสม ร้อยละ 40.32 (95%CI=34.27 to 46.57) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มมากขึ้นมักจะมีศักยภาพการดูแลตนเองที่ลดลง[15-16] ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่พบอายุ ≥60 ปี ถึงร้อยละ 65.89 จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตควบคุมไม่ได้

2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 4 ทักษะได้แก่การเข้าถึงข้อมูล, ความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับเป็นปัญหาถึงเพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจาก การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา) ซึ่งเป็นกระบวนการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคในชุมชน ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง[17,19] และพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง[18] แต่แตกต่างจากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไปในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะการอ่านและการเขียน รวมทั้งความสามารถในการได้รับบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลอาจเนื่องมาจากการยังไม่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ[17,19]

3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตเหมาะสมโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง จะมีโอกาสมีความดันโลหิตเหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 4.20 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจ ระดับต่ำ (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53, p-value <.001) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง จะมีโอกาสมีความดันโลหิตเหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 5.26 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ระดับต่ำ (Adjusted OR=5.26, 95% CI=2.71 to 10.19, p-value<.001) อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติระดับสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะทำให้มีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลในสื่อออนไลน์ สื่อโฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ โดยการใช้วิจารณญาณในการคัดกรองข้อมูลก่อนนำไปใช้จริง และทำให้เกิดการมีโอกาสมีความดันโลหิตเหมาะสมมากกว่าระดับต่ำ แต่แตกต่างกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและระดับไขมันในเลือดดีของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าทักษะการสื่อสารและทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดดีของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด[17] อันเนื่องมาจากการใช้รูปแบบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในภาวะความดันโลหิตสูง: การทบทวนเชิงบูรณาการ พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในระดับไม่ดี[20] แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบันเนื่องด้วยบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไปจึงต้องมีการเข้าถึงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อนำไปตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ สามารถเป็นแนวทางในการบริหารจัดการระบบการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านแอพลิเคชั่นหรือรูปแบบออนไลน์เพื่อให้มีการเข้าถึงการเรียนรู้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

References

1. Department of Disease Control, Division of Non Communicable Disease. [internet].2021 [cited 2021 October 1]. Available from : https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21374&deptcode=brc
2. Jittanoon P, et al. Cerebrovascular knowledge and preventive behaviors of cerebrovascular risk group: A case study of Huinang sub-district, Trang province. Songklanagarind Journal of Nursing2021;41(2):13-25.(in Thai)
3. Pinyo P et al. Care improvement for patients with stroke through community participation songklanagarind Journal of Nursing2015;35(2);93-112.(in Thai)

4. Issues on World Hypertension Day Campaign 2018. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. [internet].2018. [cited 2021 October 31]. Available from : http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/_61.pdf
5. World hypertension day campaign messages issues. Public Health System Development Group Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. [internet].2018 [cited 2021 October 2]. Available from : http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease_61.pdf
6. Nathakon nilnate. Risk Factors and Prevention of Stroke in Hypertensive Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2019;20(2):51-57.(in Thai)
7. 20-Year National Strategic Plan (Public Health) Ministry of Health Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, May 2016 [cited 2021 October 3]. Available from : https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf
8. Hsieh F.Y, Bloch D.A, & Larsen M.D. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat med;1998.17(14),1623-1634.
9. Yutthana C, Settheetham D. Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertention patients who live in Danchang district, Suphanburi province. Journal of Sakon Nakhon Hospital2018;21(2):109-19.(in Thai)
10. Thai Guidelines on theTreatment of Hypertension [internet].2019 [cited 2021 October 31]. Available from : http://www.thaihypertension.org/files/442.HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf
11. Sorensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z. et al. Health literacy and public health: A systematic review andintegration of definitions and models. Bio Public Health. 2012 12(80), 147-159.
12. Development health literacy measure for diabetes and hypertension patients division of health education, department of health service support ministry of public health with Mahidol University November 2015. [internet].2021 [cited 2021 October 31]. Available from : http://www.hed.go.th/news/5522
13. Sorensen k, Pelikan M, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z. et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health.2015 25(6):1053-1058
14. Tanasugarn C, & Neelapaichit N. Health literacy survey for diabetes and hypertension patients. [internet].2015 [cited 2021 November 25]. Available from : http://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180122115054.pdf.
15. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice.4th ed. New Jersey: Pearson Education;2002.
16. Tudsri P, Nakkling Y. Health promotion behaviors of persons with hypertension : comparison between controlled and uncontrolled blood pressure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.2018;29(2):157-69.(in Thai)
17. Padphai I, Chotklang D, Chanaboon A. The Relationship between Health Literacy and Good Serum Lipid Level of the Population at Risk for Ischemic Heart Disease in The Northeast, Thailand. Nursing Journal of The Ministry of Public Health.2021;31(2):125-37.(in Thai)

18. Kareesun K, Malathum P, Sutti N. Relationships among health literacy, knowledge about hypertension control, and health behavior in older persons with hypertension Rama Nurse2019;25(3):280-95(in Thai)
19. Riangkam C, Wattanakitkrileart D, Ketcham A, Sriwijitkamol A. Health literacy, self-efficiency, age and visual acuity predicting on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. Journal of Nursing Science. 2016;34(4):35-46.(in Thai)
20. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. National library of Medicine national center for biotechnology information 2018;5(3) :301-09.

The Relationship between Health Literacy for Stroke Prevention and Optimal Blood Pressure in Hypertensive Patients in Health Region 7.

Isaree Padphai[1] Nitchakarn Meelun[1] Tepthai Chotchai[1] Wanida Sripromsa[2] Thitikan Ekathat[1] Duangruedee Chotklang[1]

[1]Sirindhorn College of Public Health Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute.

[2]Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Correspondence author; E-mail : kaogrand@hotmail.com

Received: May 2, 2022 **Revised:** October 10, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

Abstract

A cross-sectional analytical study was conducted to identify the relationship between health literacy for stroke prevention and optimal blood pressure in hypertension patients. Data were collected between October 2021 and December 2021. The sample was selected using the multi-stage sampling method to recruit 258 hypertensive patients in Health region 7. Data were collected using a general information questionnaire, clinical information; and health literacy for stroke disease. Data were analyzed using descriptive statistics, the logistic regression and generalized linear mixed model. The results showed that in all most of the samples (40.32%) had a controllable blood pressure level, 51.45% reported low level of health literacy in all four skills, including access, comprehension, appraisal and application. The patients who had high levels of comprehension were 3.81 times more likely to have optimal blood pressure than those who had low levels (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53). Patients who had high levels of applcation had 4.49 times higher odds of optimal gotmal blood pressure than those who had low levels of application. (Adjusted OR=5.26, 95% CI=2.71 to 10.19). In conclusion public, health personnel should promote health literacy in comprehension and application stroke prevention skills in patients with hypertension.

Keywords: health literacy; hypertension; stroke

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภัยที่คุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลกและทุกวินาทีที่ผ่านไปนั้นสำคัญมากโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลกในปี พ.ศ. 2564 คือรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เสี้ยวนาทีมีค่าช่วยชีวิต เน้นให้ประชาชนสังเกตอาการตนเองตามหลักการ F.A.S.T. (ใบหน้าเบี้ยว.แขนหรือขาอ่อนแรง.พูดลำบาก.รีบไปโรงพยาบาลภายใน 4 ชั่วโมง) หากมีอาการให้รีบไปพบแพทย์ รักษาเร็วจะมีโอกาสหาย ผลแทรกซ้อนต่ำและความพิการน้อยลง[1] จากรายงานขององค์การอัมพาตโลกพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน[2] สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 พบการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั้งหมดถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปีโดยในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] และจากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2560–2562 พบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเท่ากับ 467.46, 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ และเขตสุภาพที่ 7 พบจำนวน 415.02, 471.56 และ 482.86[4] ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แม้จะไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่อาจทำให้เกิดความพิการในระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต ปัจจัยเสี่ยงคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่เหมาะสม สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำหน้าที่จนเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตหรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้[1]

โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา โดยข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่า “ฆาตกรเงียบ” (silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า[4] สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2556–2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2558–2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน)[5] และจากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2560–2562 พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งประเทศเท่ากับ 2,091.28, 2,245.09และ 2,388.84 ตามลำดับ และเขตสุภาพที่ 7 พบจำนวน 2,163.15, 2,366.09และ 2,443.44 ซึ่งมีจำนวนที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต

จากปัญหาและปรากฏการณ์ตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นพบว่าเขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปีและจะมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต

จากความหมายของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตก เช่น การบาดเจ็บ เนื้องอก และการติดเชื้อในสมอง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการเกิดโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (ischemic stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)[6]

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579) ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารจัดการเป็นเลิศ ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ นั้นประกอบด้วยแผนงาน 1.2 การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยมีโครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ[7] ซึ่งในระดับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขนั้นให้ความสำคัญ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถที่จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อรู้วิธีค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและมีการตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับนำมาปฏิบัติ, การมีความเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพนำไปปฏิบัติได้, มีการประเมินตนเอง คือความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติและการตัดสินใจปฏิบัติคือ การเลือกปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายอันจะเกิดผลดี เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีทักษะปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) กับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

2) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม–ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression)[8] โดยประยุกต์จากพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง[9] ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)\left(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta}\right)^2}{\left[B(1-B)(P_0 - P_1)^2\right]}$$

เมื่อแทนค่าลงในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 165 คน

ทำการปรับขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานศึกษาที่ใช้ตัวแบบการถดถอยพหุโลจิสติก ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Facor: VIF 8 และ ρ=ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (multiple correlation) ระหว่างตัวแปร การมีผลต่อระดับความดันโลหิตเหมาะสม เมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไปจนเป็นปัญหา multicollinearity ประกอบกับความเป็นไปได้ในการทำวิจัย ได้แก่งบประมาณ จึงเลือกใช้สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ=.6 เนื่องจากงานศึกษานี้ มีตัวแปรอิสระเข้าตัวแบบในการศึกษาหลายตัวแปรและเพื่อปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ จึงได้นำค่า n_1 แทนค่าลงในสมการ

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - P^2_{1.2.3..p})}$$ แทนค่าลงในสมการ $$n_p = \frac{165}{(1 - .6^2)}$$

ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 258 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม-แบ่งชั้น แบบหลายขั้นตอน โดยการแบ่งเขตสุขภาพที่ 7 ออกเป็น 4 จังหวัด แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกอำเภอตัวแทนจังหวัดละ 1 อำเภอ และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากตัวแทนอำเภอและสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยดันโลหิตสูง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สมัครใจและยินดีตอบแบบสอบถาม
3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อ่านออกเขียนได้
4) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 18-70 ปี

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพครอบครัว, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาการป่วยด้วยความดันโลหิตสูง, โรคประจำตัวอื่นการสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์และการใช้ยาสมุนไพร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก โดยเป็นข้อมูลจากการวัดความดันโลหิตจากสถานพยาบาลครั้งล่าสุด ได้แก่ ระดับความดันโลหิตเหมาะสม คือ <140/90 mmHg และควบคุมไม่ได้ คือผลการวัดความดันโลหิตจากสถานพยาบาลครั้งล่าสุด ≥140/90 mmHg[10]

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินและการตัดสินใจปฏิบัติ ผู้วิจัยบูรณาการตามแนวคิดของ Sorensen et al.[11] และประยุกต์ใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[12] โดยการนำข้อคำถามบางส่วนนำมาปรับใช้ ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่

ทักษะที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง และประยุกต์ตามแบบวัดของ Sorensen et al[13] ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า มี 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 1-12 คะแนน (ร้อยละ 50), เป็นปัญหา หมายถึง ได้คะแนน 13-16 คะแนน (ร้อยละ 51-66), เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 17-21 คะแนน (ร้อยละ 67-84)และเป็นเลิศหมายถึง ได้คะแนน 22-25 คะแนน (ร้อยละ 85-100) และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 2 ระดับ Tanasugarn and Neelapaichit[14] เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์ในตารางที่2 ในการวิเคราะห์แบบ simple logistic regression ดังนี้ ระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-18 คะแนน (<ร้อยละ 75) และระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 19-25 คะแนน (ร้อยละ ≥75)

ทักษะที่ 2 ความเข้าใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก คำตอบที่ถูกต้องมีเพียงคำตอบเดียว หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลความหมายจากค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คะแนนเต็ม 10 คะแนน และประยุกต์แบบวัด 2 ระดับ[14] ดังนี้ระดับความรอบรู้ในความเข้าใจต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 0-7 คะแนน (<ร้อยละ 75) ของคะแนนเต็มและระดับความรอบรู้ในความเข้าใจสูง หมายถึง ได้คะแนน 8-10 คะแนน (ร้อยละ ≥75)

ทักษะที่ 3 การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง และประยุกต์ตามแบบวัดของ Sorensen et al.[13] ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า มี 4 ระดับ โดยแปลผลโดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นดังนี้ ได้คะแนน 1-12 คะแนน (ร้อยละ 50), เป็นปัญหา หมายถึง ได้คะแนน 13-16 คะแนน (ร้อยละ 51-66), เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 17-21 คะแนน (ร้อยละ 67-84)และเป็นเลิศหมายถึง ได้คะแนน 22-25 คะแนน (ร้อยละ 85-100)และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์ ตามเครื่องมือที่ใช้วัดตามแบบวัด 2 ระดับ Tanasugarn and Neelapaichit[14] คือระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-18 คะแนน (< ร้อยละ75) และระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 19-25 คะแนน (ร้อยละ ≥75)

ทักษะที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง และประยุกต์ตามแบบวัดของ Sorensen et al.[13] ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า มี 4 ระดับ โดยแปลผลโดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นดังนี้ ได้คะแนน 1-25 คะแนน (ร้อยละ 50), เป็นปัญหา หมายถึง ได้คะแนน 26-33 คะแนน (ร้อยละ 51-66), เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 34-42 คะแนน (ร้อยละ 67-84)และเป็นเลิศหมายถึง ได้คะแนน 43-50 คะแนน (ร้อยละ 85-100) และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์ ตามเครื่องมือที่ใช้วัดตามแบบวัดแบบ 2 ระดับ Tanasugarn and Neelapaichit[14] คือระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-31 คะแนน (< ร้อยละ75) และระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 38-50 คะแนน (ร้อยละ ≥75)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุขและด้านการพยาบาล ประเมินความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่าทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากกว่า .67 และมีการปรับรายการคำถามบางข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้คะแนนแต่ละทักษะดังนี้คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเท่ากับ .82 ทักษะความเข้าใจเท่ากับ .88, ทักษะการประเมินเท่ากับ .90, และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ : HE642011 วันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการจัดทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและลงนามในใบยินยอมแล้ว จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันที หลังจากได้รายงานวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงค่าความถี่ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลทางคลินิก, ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ตัวแปรแบบ bivariate เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตดีด้วย สถิติ simple logistic regression และสถิติ generalized linear mixed model (GLMM) เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง จึงคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ระดับจังหวัด และนำเสนอการเปรียบเทียบอัตราส่วนและค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.09, อายุ ≥60 ปี ร้อยละ 65.89, ดัชนีมวลกายมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 60.07, สถานภาพครอบครัวแบบคู่ ร้อยละ 67.44, ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 81.01, โรคประจำตัวร่วมเบาหวาน 27.13, ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระยะ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.60, การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบ ร้อยละ 94.96, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 98.45, การใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 85.66 และการใช้ยาสมุนไพรส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 65.89

2. ข้อมูลทางคลินิก กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการมาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 99.22, การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 99.61 และมีผลความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ ≥140/90 mmHg ร้อยละ 59.68 ดังแสดงในตารางที่

1

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
1. การมาพบแพทย์ตามนัด			
ใช่	256	99.22	
ไม่ใช่	2	.78	
2. การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
ใช่	257	99.61	
ไม่ใช่	1	.39	
3. ความดันโลหิตเหมาะสม (Optimal BP) < 140/90 mmHg	104	40.32	34.27 to 46.57
4. ความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ (Poor BP) ≥ 140/90 mmHg	154	59.68	53.42 to 65.72

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทางคลินิกและ Outcome ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 258 คน)

3. จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n=258 คน)

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับเป็นปัญหามากที่สุด ร้อยละ 58.53 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.18 (SD=3.02), ทักษะความเข้าใจพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 53.88 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.32 (SD=1.79), ทักษะการประเมินพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับเป็นปัญหามากที่สุด ร้อยละ 46.90 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.44 (SD=2.86) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับเป็นปัญหามากที่สุด ร้อยละ 46.51 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.54 (SD=5.65) ดังแสดงในตารางที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(HL)	จำนวน	ร้อยละ
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล		
ไม่เพียงพอ	32	12.40
เป็นปัญหา	151	58.53
เพียงพอ	61	23.64
เป็นเลิศ	14	5.43
Mean (SD)	15.18(3.02)	
Median (min : max)	15(9:23)	
แบบ 2 ระดับ ต่ำ	228	88.37
สูง	30	11.63

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(HL)	จำนวน	ร้อยละ
2. ทักษะความเข้าใจ		
ต่ำ	139	53.88
สูง	119	46.12
Mean (SD)	7.32(1.79)	
Median (min : max)	7(3:10)	
3. ทักษะการประเมิน		
ไม่เพียงพอ	20	7.75
เป็นปัญหา	121	46.90
เพียงพอ	108	41.86
เป็นเลิศ	9	3.49
Mean (SD)	16.44(2.86)	
Median (min : max)	16(10:25)	
แบบ 2 ระดับ ต่ำ	210	81.40
สูง	48	18.60
4. ทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ		
ไม่เพียงพอ	20	7.75
เป็นปัญหา	120	46.51
เพียงพอ	102	39.53
เป็นเลิศ	16	6.20
Mean (SD)	33.54 (5.65)	
Median (min : max)	33(20:48)	
แบบ 2 ระดับ ต่ำ	189	73.26
สูง	69	26.74

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n= 258 คน)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความดันโลหิตเหมาะสม จากการวิเคราะห์อย่างหยาบ

การศึกษาพบว่ามีเพียงระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตเหมาะสม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปคือไม่มีความสัมพันธ์

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ bivariate ระหว่าง HL กับ Optimal BP

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตเหมาะสมด้วย สถิติ simple logistic regression พบว่าทักษะความเข้าใจระดับสูงจะมีโอกาสมี Optimal BP มากเป็น 3.81 เท่า ของกลุ่มที่มีทักษะระดับต่ำ (Crude OR=3.81, 95%CI=2.25 to 6.44), ทักษะการประเมินระดับสูงจะมีโอกาสมี Optimal BP มากเป็น 2.22 เท่า ของกลุ่มที่มีทักษะระดับต่ำ (Crude OR=2.22, 95%CI=1.17 to 4.19)และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติระดับสูงจะมีโอกาสมี Optimal BP มากเป็น 4.94 เท่าของกลุ่มที่มีทักษะระดับต่ำ (Crude OR=4.94, 95%CI =2.73 to 8.96)ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดง Crude odd Ratio จากการวิเคราะห์ทีละตัวแปรแบบ Simple logistic regression

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	%Optimal BP	Crude OR	95%CI	p-value
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล					.054
ต่ำ	228	38.16	1	1	
สูง	30	56.67	2.11	1.98 to 4.57	
2. ทักษะความเข้าใจ					< .001
ต่ำ	139	25.90	1	1	
สูง	119	57.14	3.81	2.25 to 6.44	
3. ทักษะการประเมิน					.013
ต่ำ	210	62.38	1	1	
สูง	48	43.75	2.22	1.17 to 4.19	
4. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ					<.001
ต่ำ	189	69.31	1	1	
สูง	69	30.43	4.94	2.73 to 8.96	

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ Optimal BP โดยใช้ สถิติ GLMM โดยนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากตารางที่ 3 ได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ทักษะความเข้าใจ, ทักษะการประเมิน, และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเข้าวิเคราะห์ด้วยสถิติ GLMM พบว่ามีเพียงทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้คือกลุ่มตัวอย่าง ที่มีทักษะความเข้าใจระดับสูง จะมีโอกาสมี Optimal BP เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 4.20 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจระดับต่ำ (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53, p-value<.001) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีทักษะความเข้าใจระดับสูง จะมีโอกาสมี Optimal BP เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 5.26 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจ ระดับต่ำ (Adjusted OR =5.26, 95% CI=2.71 to 10.19, p-value <.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดง Crude odd Ratio และค่า 95% CI ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตเหมาะสม (Optimal BP) จากการวิเคราะห์แบบ GLMM

Factors	Number	%Optimal BP	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
1. ทักษะความเข้าใจ						<.001
ต่ำ	139	25.90	1	1	1	
สูง	119	57.14	3.81	4.20	2.34 to 7.53	
2. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ						<.001
ต่ำ	189	69.31	1	1	1	
สูง	69	30.43	4.94	5.26	2.71to 10.19	

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยพบว่า

1) ระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 59.68 (95%CI= 53.42 to 65.72) และมีระดับความดันโลหิตเหมาะสม ร้อยละ 40.32 (95%CI=34.27 to 46.57) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มมากขึ้นมักจะมีศักยภาพการดูแลตนเองที่ลดลง[15-16] ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่พบอายุ ≥60 ปี ถึงร้อยละ 65.89 จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตควบคุมไม่ได้

2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 4 ทักษะได้แก่การเข้าถึงข้อมูล, ความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับเป็นปัญหาถึงเพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจาก การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา) ซึ่งเป็นกระบวนการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคในชุมชน ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง[17,19] และพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง[18] แต่แตกต่างจากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไปในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะการอ่านและการเขียน รวมทั้งความสามารถในการได้รับบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลอาจเนื่องมาจากการยังไม่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ[17,19]

3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตเหมาะสมโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง จะมีโอกาสมีความดันโลหิตเหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 4.20 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจ ระดับต่ำ (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53, p-value <.001) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง จะมีโอกาสมีความดันโลหิตเหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 5.26 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ระดับต่ำ (Adjusted OR=5.26, 95% CI=2.71 to 10.19, p-value<.001) อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติระดับสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะทำให้มีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลในสื่อออนไลน์ สื่อโฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ โดยการใช้วิจารณญาณในการคัดกรองข้อมูลก่อนนำไปใช้จริง และทำให้เกิดการมีโอกาสมีความดันโลหิตเหมาะสมมากกว่าระดับต่ำ แต่แตกต่างกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและระดับไขมันในเลือดดีของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าทักษะการสื่อสารและทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดดีของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด[17] อันเนื่องมาจากการใช้รูปแบบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในภาวะความดันโลหิตสูง: การทบทวนเชิงบูรณาการ พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในระดับไม่ดี[20] แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบันเนื่องด้วยบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไปจึงต้องมีการเข้าถึงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อนำไปตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ สามารถเป็นแนวทางในการบริหารจัดการระบบการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านแอพลิเคชั่นหรือรูปแบบออนไลน์เพื่อให้มีการเข้าถึงการเรียนรู้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

References

1. Department of Disease Control, Division of Non Communicable Disease. [internet].2021 [cited 2021 October 1]. Available from : https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21374&deptcode=brc
2. Jittanoon P, et al. Cerebrovascular knowledge and preventive behaviors of cerebrovascular risk group: A case study of Huinang sub-district, Trang province. Songklanagarind Journal of Nursing2021;41(2):13-25.(in Thai)
3. Pinyo P et al. Care improvement for patients with stroke through community participation songklanagarind Journal of Nursing2015;35(2);93-112.(in Thai)

4. Issues on World Hypertension Day Campaign 2018. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. [internet].2018. [cited 2021 October 31]. Available from : http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/_61.pdf
5. World hypertension day campaign messages issues. Public Health System Development Group Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. [internet].2018 [cited 2021 October 2]. Available from : http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease_61.pdf
6. Nathakon nilnate. Risk Factors and Prevention of Stroke in Hypertensive Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2019;20(2):51-57.(in Thai)
7. 20-Year National Strategic Plan (Public Health) Ministry of Health Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, May 2016 [cited 2021 October 3]. Available from : https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf
8. Hsieh F.Y, Bloch D.A, & Larsen M.D. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat med;1998.17(14),1623-1634.
9. Yutthana C, Settheetham D. Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertention patients who live in Danchang district, Suphanburi province. Journal of Sakon Nakhon Hospital2018;21(2):109-19.(in Thai)
10. Thai Guidelines on theTreatment of Hypertension [internet].2019 [cited 2021 October 31]. Available from : http://www.thaihypertension.org/files/442.HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf
11. Sorensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z. et al. Health literacy and public health: A systematic review andintegration of definitions and models. Bio Public Health. 2012 12(80), 147-159.
12. Development health literacy measure for diabetes and hypertension patients division of health education, department of health service support ministry of public health with Mahidol University November 2015. [internet].2021 [cited 2021 October 31]. Available from : http://www.hed.go.th/news/5522
13. Sorensen k, Pelikan M, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z. et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health.2015 25(6):1053-1058
14. Tanasugarn C, & Neelapaichit N. Health literacy survey for diabetes and hypertension patients. [internet].2015 [cited 2021 November 25]. Available from : http://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180122115054.pdf.
15. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice.4th ed. New Jersey: Pearson Education;2002.
16. Tudsri P, Nakkling Y. Health promotion behaviors of persons with hypertension : comparison between controlled and uncontrolled blood pressure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.2018;29(2):157-69.(in Thai)
17. Padphai I, Chotklang D, Chanaboon A. The Relationship between Health Literacy and Good Serum Lipid Level of the Population at Risk for Ischemic Heart Disease in The Northeast, Thailand. Nursing Journal of The Ministry of Public Health.2021;31(2):125-37.(in Thai)

18. Kareesun K, Malathum P, Sutti N. Relationships among health literacy, knowledge about hypertension control, and health behavior in older persons with hypertension Rama Nurse2019;25(3):280-95(in Thai)
19. Riangkam C, Wattanakitkrileart D, Ketcham A, Sriwijitkamol A. Health literacy, self-efficiency, age and visual acuity predicting on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. Journal of Nursing Science. 2016;34(4):35-46.(in Thai)
20. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. National library of Medicine national center for biotechnology information 2018;5(3) :301-09.

ประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5

Experience of Self-care for Anti-aging of the Elderly: a Case Study of the Health Region 5

พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล[1] พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม[1] พลอยประกาย ฉลาดล้น[1]
สุพัตรา ไตรอุดมศรี[1] สุภาวดี นพรุจจินดา[2]
Peranan Jerayingmongkol[1] Phimlada Anansirikasem[1] Ployprakay Chaladlon[1]
Supatra Triudomsri[1] Supawadee Noparoojjinda[2]
[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1]Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute
[2]Boromarajonani College of Nursing, Suphan Buri, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute
Corresponding author: Ployprakay Chaladlon; Email: Thitichaya@ckr.ac.th

Received: August 15, 2022 Revised: November 10, 2022 Accepted: December 1, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัย เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย เป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มกับตัวแทนผู้สูงอายุ จังหวัดละ 2 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบประเด็นการดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ออร์แกนนิคเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย กินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นยา กินพออิ่ม กินน้อยแก่ช้า กินมากแก่เร็ว และกินแบบปลอดสาร 2) พบปะสังสรรค์มีกิจกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และสอบถามสารทุกข์สุขดิบ และ3) การเสริมสร้างพลังความสุข ประกอบด้วย ทำจิตใจให้ดี: คิดบวก ทำสมาธิ-ปล่อยวาง และอยู่ในสังคมที่ดีเอื้ออาทรช่วยเหลือ ผลการวิจัยนี้ สามาถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติให้ผู้สูงอายุใช้เพื่อการชะลอวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีอายุยืนยาว

คำสำคัญ: ประสบการณ์ดูแลตนเอง; ชะลอวัย; ผู้สูงอายุ

Experience of Self-care for Anti-aging of the Elderly: a Case Study of the Health Region 5

Peranan Jerayingmongkol[1] Phimlada Anansirikasem[1] Ployprakay Chaladlon[1]
Supatra Triudomsri[1] Supawadee Noparoojjinda[2]
[1]Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute
[2]Boromarajonani College of Nursing, Suphan Buri, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute
Corresponding author: Ployprakay Chaladlon; Email: Thitichaya@ckr.ac.th
Received: August 15, 2022 Revised: November 10, 2022 Accepted: December 1, 2022

Abstract

This phenomenological research study aimed to explore the self-care experience for anti-aging among the elderly. Participants were purposively selected to include 40 elderly who had experiences with self-care for anti-aging in a Health Region 5. The research tool used was a focus group guideline. Data were collected using a focus group, and analyzed by content analysis. The findings of the research revealed 3 main themes, as follows: 1) organic health, which groewn foods consists of mainly eating fish, eating, which vegetables as medicine, eating enough, eating less and choose organically 2) meeting and sharing activities together, which consists of mainly exercise, leisure time, and socialize 3) Enhancement of happiness, which consists of mainly positive thinking, meditation, and a caring society. The results of this research can be used as a guideline for the elderly to make the elderly make them to live a long life.

Keywords: aging; elderly; self-care experience

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบได้ทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO)[1] ในปี ค.ศ. 2017 มีประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ.2565 พบผู้สูงอายุไทยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.31 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด กล่าวคือมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่า ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 95 พบปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังต่าง ๆ[2] ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 อ้วนลงพุงร้อยละ 49.4 อ้วนร้อยละ 35.4 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 22.5 คลอเลสเตอรอลในเลือดสูงร้อยละ 19.0 และโรคเบาหวานร้อยละ 18.13 จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความเสื่อมของทางร่างกาย จากพฤติกรรมสุขภาพที่สะสมมาทั้งชีวิต ซึ่งการป้องกันความเสื่อมของเซลล์หรือการชะลอความเสื่อมของเซลล์และความชรานั้นสามารถป้องกันได้ ถ้ารู้วิธีการป้องกันและดูแลตนเองก่อนที่จะเกิดความเสื่อมของเซลล์ขึ้น การชะลอวัยเป็นมิติของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและให้ความสำคัญในทุกองค์ประกอบชีวิต รวมถึงวิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัว การทำงาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ สามารถปรับสมดุลการทำงานได้มากขึ้น ชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ และฟื้นฟูความเสื่อมของสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยการสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม[4]

ศาสตร์ชะลอวัยเป็นศาสตร์ของการชะลอความเสื่อมของเซลล์ และอวัยวะโดยการฟื้นฟูเซลล์และการสร้างเซลล์ใหม่ ทำให้ดูอ่อนกว่าวัยจากภายในสู่ภายนอก เป็นการดูแลและรักษาสุขภาพชีวิตให้มีคุณภาพที่ดีที่สุดจนวินาทีสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือถึงแม้ผู้สูงอายุจะอายุมากขึ้นแต่ยังคงมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่ได้มีโรคเจ็บป่วยที่ชัดเจนใด ๆ กระดูกแข็งแรง มวลกล้ามเนื้อสมบูรณ์ ไม่มีไขมันส่วนเกิน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยพยุงหรือรถเข็น สมองมีประสิทธิภาพและยังมีความจำที่ดี นอนหลับสนิท รับประทานอาหารได้ตามปกติ มีภูมิคุ้มกันร่างกายที่แข็งแรง และเสียชีวิตไปตามอายุขัยปกติ เช่น 89–95 ปีด้วยโรคชรา แต่ช่วงชีวิตก่อนหน้านั้นยังคงใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถทำงานได้อย่างมีความสุขทั้งกาย จิตใจ และวิญญาณเป็นต้น[5] ศาสตร์การชะลอวัยจึงเป็นศาสตร์การดูแลเพื่อป้องกันชะลอความเสื่อมที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นด้วยการดูแลแบบองค์รวม เน้นการรักษาสมดุลของร่างกาย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกัน ฟื้นฟูความเสื่อมของสุขภาพ ทำให้กลไกต่าง ๆ ขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวแบบสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีไปพร้อม ๆ กัน

การชะลอวัยเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยการมีสุขภาพที่ดีแบบสมบูรณ์สูงสุด มิใช่จากการรับประทานอาหารเสริมหรือฉีดยาเสริมแต่เพียงอย่างเดียว แต่การมีสุขภาพดี คือการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพในทางที่ถูกต้อง นั่นคือเป็นวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพสมบูรณ์สูงสุด ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่ การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอะไร อย่างไรและเวลาใด สารเสริมอาหารควรเลือกเสริมอย่างไร ในรูปแบบใด ปริมาณเท่าไร การนอน ควรนอนอย่างไร เวลาใด ระยะเวลาที่เหมาะสมของแต่ละคนแต่ละวัยเป็นอย่างไร การเลือกวิธีการออกกำลังกายรูปแบบใดที่เหมาะสมกับตนเอง การจัดการความเครียดซึ่งเป็นต้นเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ร่างกายเกิดความเสื่อมและชรา รวมถึงเป็นต้นเหตุของการเกิดโรคอีกหลากหลายโรค แต่การดูแลสุขภาพมักจะถูกละเลยเนื่องจากขาดความรู้และความตระหนัก เช่น การนอนดึก การไม่รับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ อาหารที่ดูดซึมเป็นน้ำตาลได้เร็ว การทำงานหนักหักโหม เป็นต้น นอกจากนี้ การล้างสารพิษออกจากร่างกาย เป็นสิ่งจำเป็นต่อการดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัย เช่นเดียวกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นการมองคนอย่างเป็นองค์รวมและให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการชะลอวัย

ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านจิตวิญญาณ[5]

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อการมีอายุที่ยืนยาวและมีคุณภาพของผู้สูงอายุ จึงสนใจศึกษาประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ เพื่อทราบแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและส่งผ่านข้อมูลไปยังผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลให้ผู้สูงอายุ สูงวัยอย่างมีคุณภาพ มีคุณค่า และมีความสุขไปพร้อม ๆ กัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology study) ตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์(Martin Heidegger)[6]

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ตัวแทนแกนนำผู้สูงอายุในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อชะลอวัย หรือได้รับการรับรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี

2. เป็นผู้สูงอายุในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวที่สามารถควบคุมได้

3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็น สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนสิ้นสุดการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

แนวทางการสนทนากลุ่มประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอวัยของเพนเดอร์[7] ประกอบด้วย 1)พฤติกรรมชะลอวัยด้านการรับประทานอาหาร 2) พฤติกรรมชะลอวัยด้านการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมชะลอวัยด้านการจัดการความเครียด 4) พฤติกรรมชะลอวัยด้านการดูแลตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5) พฤติกรรมชะลอวัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 6) พฤติกรรมชะลอวัยด้านจิตวิญญาณ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

แนวทางสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เพื่อดูความครอบคลุมของเนื้อหา

(content validity) และความชัดเจนของภาษาที่ใช้จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง(IOC) ระหว่าง .6-1.0 และนำมาปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษาวิจัยจริง จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจความหมายและเนื้อหาของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการสนทนากลุ่มกับตัวแทนผู้สูงอายุแต่ละจังหวัด จำนวน 8 จังหวัด จังหวัดละ 5 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มจังหวัดละ 2 ชั่วโมง โดยมีตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วมสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลของแต่ละจังหวัดมาวิเคราะห์เพื่อสรุปเป็นประสบการณ์ดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อการชะลอวัย ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) โดยตรวจสอบความสอดคล้องและการตีความของผู้วิจัยโดยใช้แนวทางของ ลินคอยน์และกูบาร์[8] ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบข้อมูลการวิจัย โดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ (member checking) และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล (prolong engagement) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ (phenomenological validity 2) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน (dependability) ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ครบถ้วนและครอบคลุม (dense description data) ตรงตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และแสดงการถอดรหัสและการตรวจซ้ำ (code-record procedure) อย่างเป็นขั้นตอน 3) ยืนยันผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลและการตรวจซ้ำโดยผู้ที่ให้ข้อมูล (conformability) โดยผู้วิจัยถอดเทปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้อย่างเป็นอิสระ จากนั้นนำประเด็นมาพิจารณาประเด็นหลักและสาระไปในทางเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของเบนเนอร์[9] โดยผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมด จัดระบบและแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่โดยกำหนดประเภทของข้อมูลและจำแนกข้อมูลโดยกำหนดดัชนีและให้รหัส จัดประเภทของข้อมูลหรือดัชนีให้เป็นระบบเดียวกัน ตีความให้ความหมาย โดยการเชื่อมโยงของข้อมูลและดูความสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่ปรากฏเพื่อพิสูจน์และหาข้อสรุปต่อประเด็นที่พบ ผู้วิจัยสร้างข้อสรุปโดยนำข้อค้นพบจากการตีความและข้อสรุปย่อยมาสร้างเป็นข้อสรุปใหญ่ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อสรุป และแก้ไขให้ชัดเจนแล้วสรุปเป็นผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ร่วมกันตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด และปรับแก้ไขตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช หมายเลข 18-18-2564 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2564 ขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับผู้ให้ข้อมูลหลักว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลเพื่อปกป้องสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ให้ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย และผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ รวม 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 60–85 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีโรคประจำตัวโดยเป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 30 โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 12.5 และโรคเบาหวานและข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ

ความหมายของการดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัย

ผู้สูงอายุให้ความหมายว่า การชะลอวัยเป็นการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี แก่ช้ากว่าอายุจริง การป้องกันตนเองให้แก่ช้าลง ดังคำพูดว่า “..คิดว่าการทำให้ตนเองไม่แก่ หรือแก่ช้าลง หรือการทำตัวไม่ให้แก่ ให้เหมือนวัยรุ่น..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม) โดยการดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ ออร์แกนนิคเพื่อสุขภาพ พบปะสังสรรค์มีกิจกรรมร่วมกัน และการเสริมสร้างพลังความสุข

ประเด็นที่ 1 ออร์แกนนิคเพื่อสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารที่ปราศจากการใช้สารเคมีเจือปน เน้นวัตถุดิบตามธรรมชาติ ตามบริบทของท้องถิ่นนั้น ๆ การปลูกพืชผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน และมีกรรมวิธีการปรุงอาหารโดยเน้นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ หลีกเลี่ยงสารสังเคราะห์ในอาหารจำพวก เครื่องปรุงแต่งต่าง ๆ ตามประเด็นย่อย คือ 1) กินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นยา 2) กินพออิ่ม กินน้อยแก่ช้า กินมากแก่เร็ว 3) กินแบบปลอดสาร

กินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นยา: การดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัย และมีอายุที่ยืนยาว โดยการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ เป็นเมนูง่าย ๆ ส่วนใหญ่เป็นเมนูที่ได้จากผักและสมุนไพรจากการปลูกเอง และขึ้นบริเวณข้างรั้ว ไม่นิยมรับประทานสัตว์ใหญ่ เช่น เนื้อวัว โดยให้เหตุผลว่าย่อยยาก และเน้นโปรตีนที่ได้จากสัตว์เล็ก ๆ จำพวก ปลา ไก่ สำหรับการปรุงอาหารมักใช้วิธีการต้มและนึ่ง แทนการทอดหรือผัด ดังคำพูด “..กินง่าย ๆ ชอบกิน น้ำพริกผักต้ม ผักสด ไม่ค่อยกินเนื้อ นาน ๆ ก็จะมีปลานึ่งบ้าง ไก่บ้าง..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร) “..พออายุมากไม่กินเนื้อเลย มันย่อยยาก จะเน้นผักมากกว่า หาง่าย บางทีก็ปลูกเอง...”(ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดประจวบคีรีขันธ์) “..พ่อกับแม่ปลูกสมุนไพรไว้รอบ ๆ บ้าน เวลาทำกับข้าว ก็จะหาได้จากสวนข้างบ้าน ผักที่ปลูกไว้ ไม่ต้องซื้อ หากินได้ทุกวัน ผักที่กิน เช่น ดอกกระทือ เอามาต้มจิ้มน้ำพริก บางทีก็ขิงอ่อนสด ใบชะพลูแล้วแต่จะมีอะไรช่วงไหน... ”(ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี) “..สมุนไพร กับผักที่ปลูกก็เหมือนยา บางตัวแก้ท้องอืด บางตัวก็ทำให้นอนหลับดี เช่น ใบขี้เหล็ก..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี) “..ที่บ้านดื่มน้ำสมุนไพรทุกวัน น้ำต้มใบเตย สลับ น้ำขิง น้ำตะไคร้ กินแล้วรู้สึกสดชื่น ปลอดภัยกว่าน้ำสี..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี)

กินพออิ่ม กินน้อยแก่ช้า กินมากแก่เร็ว: การรับประทานแต่ละครั้งจะรับประทานไม่มากจนแน่น หรืออึดอัดเกินไป แค่พอรู้สึกอิ่มไม่หิว แต่ครบทั้ง 3 มื้อ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการนำพลังงานไปใช้น้อย และไม่ควรรับประทานอาหารดึก ๆ ก่อนนอน เพราะอาหารจะไม่ย่อย ทำให้นอนไม่หลับได้ ดังคำพูด “..จะกินแต่พออิ่ม เพราะเคยกินเยอะ ๆ แล้ว รู้สึกท้องอืด แน่นมาก..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม) “..กินมากก็ไม่ค่อยมีประโยชน์ อายุมากไม่ได้ใช้พลังเหมือนหนุ่ม ๆ สาว ๆ กินพออิ่มดีที่สุด....” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม) “..กินมากจะทำให้อาหารอาจไม่ย่อย รู้สึกไม่สบายท้องได้ และจะทำให้อ้วน คนอ้วนจะแก่เร็ว...”(ตัวแทนผู้สูงอายุจากสุพรรณบุรี) “..จะกิน

ข้าวก่อน 6 โมงเย็น ไม่ดึกจนเกินไป เพราะถ้ากินดึกมากจะนอนไม่หลับเลย จะรู้สึกแน่นท้อง..."(ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี)

กินแบบปลอดสาร: การปรุงอาหาร และการรับประทานของผู้สูงอายุ จะหลีกเลี่ยงการใช้สารปรุงรส เช่น ผงชูรส แต่จะใช้ผักพื้นบ้าน หรือ สมุนไพรแทน เช่น ผงผักไชยา แทนผงชูรส ใช้หญ้าหวานแทนน้ำตาล รวมทั้งผักสมุนไพรที่นำมาใช้จะไม่ใช้ยาฆ่าแมลง นอกจากนี้ในการล้างผักผลไม้ จะใช้น้ำหมักจากผักผลไม้ ที่หมักใช้เอง เพื่อช่วยชะล้างลดการปนเปื้อนของสารเคมี ดังคำพูด "..แม่บ้านเป็นเบาหวานแล้วหมอให้ปรับเรื่องการกินหวาน เค็ม มันลง เวลาทำอาหารจะลดพวกรสหวาน เค็ม และลดพวกกะทิ จะใช้หญ้าหวาน แทนน้ำตาล ผงผักไชยา (ผักผงชูรส) ใช้แทนผงชูรส..." (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี) "...ถ้าซื้อผัก ผลไม้ หรือเนื้อสัตว์จากตลาด ป้าจะใช้น้ำหมักที่ทำเองจากผลไม้ เช่น น้ำหมักมะกรูด น้ำหมักเปลือกสับปะรดล้าง อะไรที่ไม่ได้ปลูกเอง เลี้ยงเอง ก็ไม่แน่ใจว่าคนขายใช้สารอะไรลงไปบ้าง... " (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม)

ประเด็นที่ 2 พบปะสังสรรค์มีกิจกรรมร่วมกัน พบว่า ผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัด มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงและเป็นการผ่อนคลาย ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถามความทุกข์สุขของเพื่อนวัยเดียวกันเพื่อให้กำลังใจกัน รวมทั้งให้ความช่วยเหลือ ตามประเด็นย่อย คือ 1) การออกกำลังกาย 2) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 3) สอบถามสารทุกข์สุขดิบ

การออกกำลังกาย: ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกาย บางกลุ่มมีการประยุกต์ดัดแปลงศิลปะวัฒนธรรมในชุมชนมาออกกำลังกายเพื่อให้เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของชุมชนและเพื่อความสนุกสนานร่วมกับการดูแลให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น กะลารำวง การเต้นบาสโลบ ประกอบเพลง Amazing suphan การยืดเหยียดโดยใช้หนังยาง และเหยียบกะลา การใช้ตาราง 9 ช่อง ดังคำพูด "..พวกเรารวมตัวกันออกกำลังกายกันด้วยการเต้นรำ สนุกมากและรู้สึกว่าร่างกายแข็งแรง..." (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม) "..รวมกลุ่มกันเปิดเพลงและเต้นตาราง 9 ช่อง เป็นการออกกำลังกายและฝึกสมองด้วย...." (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร) "..การออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุมาเจอกัน ได้คุยกัน ช่วยเหลือกัน ทำให้คลายเหงา ผ่อนคลายดี ร่างกายก็แข็งแรงด้วย..." (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม) "..การออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงและยังช่วยให้ลดภาวะสมองเสื่อมด้วย..." (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร) ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิดมีการรวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกายน้อยลง เพื่อลดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายเองที่บ้าน เช่น "..ตอนนี้ออกกำลังกายเองที่บ้าน เต้นตามเพลง ตามทีวีบ้าง แกว่งแขน สะบัดมือทุกเช้า.." (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดประจวบคีรีขันธ์) "...รำไม้พลองป้าบุญมีประจำตอนไม่มีโควิดก็ทำกับเพื่อน 4-5 คน ตอนนี้ทำคนเดียวที่บ้าน..." (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี) "..ออกกำลังกายกับทางมะพร้าวทุกวัน เอามาช่วยยืดเส้นตอนเช้า ทำให้ไม่มีอาการปวดตามเส้นเลย..."(ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี)

ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์: การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมนันทนาการ และงานอดิเรกที่ชื่นชอบ ได้แก่ ดูหนัง ฟังเพลง เล่นโซเชียล ไปเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งนอกจากทำให้ผ่อนคลายและยังเป็นการเปิดโลกทัศน์เพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ เพื่อเปิดมุมมองในการรับข้อมูลข่าวสาร การเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลกในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ดังคำพูด "...แต่ก่อนเป็นครูเทคนิคพอเกษียณ ก็มาปลูกผักปลอดสารพิษเล่น ๆ ตอนนี้กลายเป็นปลูกผักออร์แกนิคเป็นหลัก มีการรวมกลุ่มของผู้ที่ชอบออร์แกนิคเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันด้วย.."(ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม) "..ปลูกผักปลอดสารพิษ ได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วย และยังได้กินอาหารที่ปลอดสารพิษด้วย.." (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม) "...เริ่มหัดเล่นเฟส (facebook) ไลน์ (Line) ทุกเช้าก็มีการส่งดอกไม้ไปให้เพื่อน ๆ แล้วเพื่อน ๆ ก็ส่งดอกไม้มาให้รู้สึกมีความสุขเพลิดเพลินดี..." (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี) "...รวมกลุ่มกันไปเที่ยว หาที่เที่ยวจากโทรศัพท์นี่แหละ เวลาไปเที่ยวก็จะแต่งตัวสวย ๆ

แล้วลงรูปในเฟส ก็จะมีลูกหลานและเพื่อน ๆ เปิดดู ฉันมียอดไลค์เยอะด้วยนะ...” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม) “...ชอบไปดูหนัง ฟังเพลงตอนว่าง ๆ กับเพื่อน ๆ รู้สึกมีความสุขดี...” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี) “..ป้าจะไปส่งหลานไปโรงเรียนทุกวัน เพราะพ่อ แม่เค้าต้องไปทำงาน ตอนเย็นก็ไปรับเค้า เตรียมเงินไปด้วย จะได้พาไปกินขนมต่อ...” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม)

สอบถามสารทุกข์สุขดิบ: ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรม เยี่ยมเยียนเพื่อนในวัยเดียวกันเพื่อสอบถามสารทุกข์สุขดิบ ให้กำลังใจและช่วยเหลือกัน ทำให้รู้สึกว่าตัวเองมีประโยชน์ มีคุณค่า ดังคำพูด “...พวกเรามีกิจกรรมร่วมกัน นัดกันไปเยี่ยมเพื่อนที่ป่วย เอาของไปเยี่ยมมีอะไรก็ต้องช่วยเหลือกัน..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี) “...บางทีก็ชวนกันไปเยี่ยมเพื่อนที่ไม่ได้เจอกัน ไปพูดคุย เอาของไปให้ และคอยให้กำลังใจกัน” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี) “...ขอบคุณตัวเองทุกเช้า ว่ายังมีสุขภาพแข็งแรง สามารถไปทำประโยชน์ให้คนอื่นได้..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม)

ประเด็นที่ 3 การเสริมสร้างพลังความสุข เป็นสิ่งสำคัญต่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ การเสริมสร้างพลังความสุขของผู้สูงอายุเกิดได้หลากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยภายใน เกี่ยวข้องกับหลักศาสนา ความเชื่อและจิตวิญญาณ มีความคิดเชิงบวก ส่วนปัจจัยภายนอก คือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือกัน ตามประเด็นย่อยคือ 1) ทำจิตใจให้ดี: คิดบวก 2) ทำสมาธิ-ปล่อยวาง 3) อยู่ในสังคมที่ดีเอื้ออาทรช่วยเหลือ

ทำจิตใจให้ดี คิดบวก: พลังความสุขที่ผู้สูงอายุสามารถเสริมสร้างเพื่อการชะลอวัย เกิดจากการมองโลกในแง่บวก มีความคิดและการมีจิตใจที่ดี ดังคำพูด “..ให้ความสำคัญกับใจมากกว่ากาย ทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ทำอารมณ์ให้แจ่มใส ตระหนักและเห็นคุณค่าของตนเองให้มาก...” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม) “...คนจะแก่ช้าต้องหมั่นคิดบวก ทำจิตใจให้ดี ไม่เครียด วันนี้ตื่นมาได้ก็ดีแล้วเป็นบุญของเรา..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม) “...ปล่อยวางบางจุดที่ทำได้จะมีความสุข...” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี) “..อย่าทำอะไรให้มันยาก คิดบวกเข้าไว้ สังคมตอนนี้อยู่ยากแล้ว..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร)

ทำสมาธิ-ปล่อยวาง: ความสุขจากการพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน ใช้ชีวิตโดยยึดหลักศาสนา ความเชื่อและจิตวิญญาณ ดำเนินชีวิตแบบเรียบง่ายตามวิถีพุทธและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ดังคำพูด “...ฉันทำบุญใส่บาตรทุกเช้า รู้สึกมีความสุข ไม่เครียด ปล่อยวางได้...” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดประจวบคีรีขันธ์) “..ต้องหัดปลง อย่ามากอย่าน้อย ให้เดินสายกลาง ชีวิตจะมีความสุข...”(ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี) “..เชื่อเรื่องกรรม ทุกอย่างเป็นไปตามกรรม ต้องเข้าใจและปล่อยวาง..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี) “...ชีวิตไม่ต้องมีอะไรมาก ใช้ชีวิตแบบ slow life ก็มีความสุขแล้ว..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี) “...ผมนั่งสมาธิวันละ 5-10 นาที ทุกวัน รู้สึกสงบ...” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี)

อยู่ในสังคมที่ดี เอื้ออาทรช่วยเหลือ: สังคมเริ่มตั้งแต่ในครอบครัว ชุมชน การอยู่ในสังคมที่ดีมีความเอื้ออาทรช่วยเหลือกัน เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ทำให้เกิดมิตรภาพซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความรัก ความมีน้ำใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข มีกำลังใจในการดูแลตัวเอง ส่งผลทำให้ตัวเองมีสุขภาพแข็งแรงดังคำพูด “..เวลาเราต้องไปทำกิจกรรมเพื่อนที่มีรถก็มารับไปทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ออกกำลังกาย ทำบุญ ไปเที่ยว รู้สึกมีความสุข สนุกดี..” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี) “...ลูกดูแลคอยซื้อของให้กิน อาหารเสริมมีตั้งหลายชนิด หรือเวลาจะไปไหนเขาจะไปส่งบางทีก็เอาป้าข้างบ้านไปด้วย...” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดประจวบคีรีขันธ์) “...ในชุมชนมีชมรมผู้สูงอายุ ที่จะให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย หรือยากจน เช่น ไปเยี่ยม เอาของไปให้ พาไปโรงพยาบาล...” (ตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี)

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้วิจัย อธิบายปรากฏการณ์ตามประเด็นที่ค้นพบดังนี้

ออร์แกนนิคเพื่อสุขภาพ

ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ สิ่งที่นำมาปรุงอาหารเน้นวัตถุดิบปลอดสารเคมี เช่น ผักที่ปลูกเอง ผักริมรั้ว ผู้สูงอายุบางคนนำสมุนไพรมาปรุงอาหาร ไม่รับประทานสัตว์ใหญ่ ส่วนใหญ่รับประทานสัตว์สัตว์เล็ก เช่น ปลา ไข่ วิธีการปรุงเป็นลักษณะต้ม นึ่ง ตุ๋น แทนการปรุงที่ใช้น้ำมัน เน้นความหลากหลาย ปริมาณอาหารที่ไม่มาก ดื่มน้ำสมุนไพรไทย เช่น น้ำใบเตย ตะไคร้ นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับการทำความสะอาดผักและผลไม้สด โดยใช้น้ำหมักชีวภาพ ทำความสะอาด เช่น น้ำหมักสับปะรด น้ำหมักมะกรูด ทำความสะอาดผักผลไม้ เนื้อสัตว์ ก่อนนำมาปรุงอาหารเพื่อลดปริมาณสารพิษ เนื่องจากปัจจุบันผู้คนมีความต้องการที่จะดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ให้ชีวิตที่ปราศจากโรคภัย มีพฤติกรรมที่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น มีการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น โดยมีความเห็นว่าผักออร์แกนิค สะอาด ไม่มีสารตกค้าง มีประโยชน์ต่อร่างกายในระดับมาก[10] สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุทั้ง 8 จังหวัด ที่มีพฤติกรรมการบริโภคผัก ผลไม้ที่ปลูกเอง โดยไม่ใช้สารเคมี แต่ใช้ปุ๋ยคอกแทน กรณีที่ไม่สามารถปลูกเองได้ ก็พยายามซื้อผักปลอดสารเคมีมาบริโภค ส่วนจำนวนการรับประทานอาหารให้ทานแต่พอดี ไม่อิ่มเกินไป สอดคล้องกับแนวคิดบลูโซน Blue Zone ของบิวด์เนอร์[11] ที่ได้ศึกษาเรื่องราวของกลุ่มประชากรที่มีอายุยืน 100 ปีทั่วโลก พบว่าลักษณะการใช้ชีวิต Lifestyle ที่เรียกพลังทั้ง 9 หรือวิศวกรรมย้อนกลับของการมีอายุยืนยาว (power 9, reverse engineering longevity) โดยหนึ่งในนั้น คือ 1) การรับประทานพืชเป็นหลัก (plant slant) พืชผักที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ ได้แก่ ธัญพืช ผักสด ผลไม้สด ถั่วชนิดต่าง ๆ ถั่วเหลือง ถั่วดำ โดยกินผักสดทุกวัน กินสมุนไพรและเครื่องเทศที่ปลูกขึ้นเองเป็นประจำ รวมถึงกินอาหารที่มาจากธรรมชาติ และลดปริมาณอาหารที่ผ่านการแปรรูป รับประทานเนื้อสัตว์จำพวกสัตว์ที่ไม่มีขา เช่น ปลา เพราะเนื้อสัตว์จำพวกเนื้อวัว เนื้อหมู มีไขมันอิ่มตัวมากกว่าเนื้อปลา 2) การใช้กฎ 80 เปอร์เซ็นต์ (80% rule) คือการกินอาหารในแต่ละมื้อให้รู้สึกอิ่มเพียง 80%ให้เหลือช่องว่าง 20 % หรือการรับประทานแต่พออิ่ม ไม่รับประทานมากจนเกินไป เพราะการรับประทานอาหารจำนวนมากทำให้กระบวนการเผาผลาญที่เป็นสาเหตุการเกิดอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้นทำให้เซลในร่างกายเสื่อมเป็นที่มีของคำที่ว่ากินน้อยแก่ช้ากินมากแก่เร็ว[12]

พบปะสังสรรค์มีกิจกรรมร่วมกัน

ผู้สูงอายุมีการพบปะสังสรรค์เพื่อทำกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน โดยบางกลุ่มมีการประยุกต์ ภูมิปัญญามาประกอบการออกกำลังกายด้วย เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง เพราะผลของการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนโลหิตดี ปอดมีการขยายตัวทำให้ระบบหายใจดีขึ้น ร่างกายทุกส่วนได้มีการเคลื่อนไหว ทำให้กล้ามเนื้อข้อต่อต่าง ๆ แข็งแรง ส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว ประชาชนในชุมชน มีสุขภาวะที่ดีอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งทำให้เกิดความสุข ส่วนการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมเวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น งานอดิเรก การเล่นโซเชียล การไปเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ ทำให้เกิดความสนุกสนาน ผ่อนคลาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเกียรติ คงธนจินดาสิริ ที่พบว่าปัจจัยด้านการใช้เวลาว่าง ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความสุขในการใช้ชีวิตปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 20.1[13] นอกจากการรวมกลุ่มเพื่อเยี่ยมเยียน สอบถามสารทุกข์สุขดิบเพื่อน สร้างกำลังใจ และให้การช่วยเหลือ เป็นการสร้างคุณค่าให้ทั้งผู้รับและผู้ให้ ทำให้มีการกระตุ้นให้สมองหลั่งฮอร์โมน โดพามีน (dopamine) เซโรโทนิน (serotonin) เอนดอร์ฟิน (endorphin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข[14-15] การพบปะสังสรรค์มีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุจึงเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขและผ่อนคลาย

เสริมสร้างพลังความสุข

การเสริมพลังความสุข เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจ สามารถทำได้จากการมีความคิดเชิงบวก การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การยอมรับการเปลี่ยนแปลง ไม่ยึดมั่นถือมั่นในสิ่งรอบตัว ปล่อยวาง ยืดหยุ่นในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความสบายใจ ความสุขใจ ความอิ่มใจความพอใจ อันเกิดจากจิตใจที่สงบและเย็น[15-16] ความสุขสงบจากการมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและการปฏิบัติกิจทางศาสนาจะช่วยลดอาการเครียดทางจิตใจได้ดีซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพและมีความสุขในช่วงบั้นปลายของชีวิต[17] สอดคล้องกับแนวคิดบลูโซน Blue Zone ของบิวด์เนอร์[11] ได้แก่ การเป็นผู้ศรัทธา (belong) จากงานวิจัยค้นพบว่าการเข้าร่วมพิธีทางศาสนา (faith-based service) 4 ครั้งต่อเดือน จะช่วยทำให้อายุยืนยาวขึ้น 4-14 ปี การรักผู้อื่นก่อนเสมอ (loved ones first) ซึ่งพบว่าผู้ที่อายุเกิน 100 ปี จะมีความรักครอบครัวมาเป็นอันดับแรก และการมีคู่ชีวิตช่วยทำให้อายุยืนยาวขึ้นอีก 3 ปี ความรักห่วงใยจากคนในครอบครัว และความปรารถนาดีจากชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับภาวะที่กำลังเผชิญ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีเกียรติ และมีความสุข พลังแห่งความปรารถนาดีนี้เป็นแรงเสริม ให้เกิดพลังแรงกายและพลังใจในการดูแลเอาใจใส่ผู้อื่นด้วย สอดคล้องกับแนวคิดบลูโซน Blue Zone ของบิวด์เนอร์[11] การมีกลุ่มเพื่อนที่ถูกต้อง (right tribe) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีชีวิตยืนยาวที่สุดเลือกหรือมีกลุ่มเพื่อนทางสังคมที่คอยช่วยเหลือกันในเชิงสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารด้านสุขภาพ และการได้รับกำลังใจจากกลุ่มเพื่อน ดังนั้นการสร้างพลังความสุขจากการทำใจให้ดี มีสมาธิ ปล่อยวางและอยู่ในสังคมที่มีความรัก ความช่วยเหลือกัน จะทำให้อายุยืนยาวขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุจัดเป็นโปรแกรม เพื่อสร้างเสริมการชะลอวัยให้กับผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมหลังการดำเนินการ

References

1. Marketeer. Statistics of the elderly in Thailand year 65 the number of elderly people continues to increase but the birth rate is low [Internet].2022. [cited 13 August 2022]. Available from: https://marketeeronline.co/archives/272771.(in Thai)
2. Prasartkul P. (Editor). Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: October Printing House;2018.(in Thai)
3. Institute for Population and Social Research, Nakhonpathom. Thai Health Project Elderly people: Thai health 2019. Nakhonpathom: Mahidol University;2019.(in Thai)
4. Office of the National Health Commission. The statute on the national health system Thailand 2009. Nonthaburi: Office of the National Health Commission; 2013.(in Thai)
5. Maipraser M. What is anti-aging and regenerative medicine?. Suthiparithat 2016;30(Special Edition): 266-280.(in Thai)
6. Heidegger M. Being and time. translate by Macquarrie J, Robinson E. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.; 1962.
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice 5th(ed). New Jersey: Pearson Education;2006.
8. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage;1985.
9. Benner PE. Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness. California: Thousand Oaks, SAGE Publications;1994.

10. Petchpraphan D. Marketing mix factors and lifestyle influencing organic vegetable purchase behavior of consumers in Bangkok [Internet]. 2018 [cited 18 July 2022]. Available from: http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/185/1/gs571130194.pdf.(in Thai)
11. Buettner D. Power 9 National Geographic [Internet]. 2016. [cited 18 July 2022]. Available from: https://www.bluezones.com/2016/11/power-9/
12. Sitthikan W. Factors affecting health promotion behaviors of the elderly in the municipality of Ban Hong Subdistrict Ban Hong District Lamphun Province [Internet].2017. [cited 13 August 2022]. Available from: http://www.cmruir.cmru.ac.th/bitstream/ 123456789/1531/1/F432994.pdf.(in Thai)
13. Kongthanajindasiri S, Samngamdee M, Chuchanoat P, Sukjam A, Sangpom W, Sawangsri B, Sungkeaw M. A Study of the leisure behaviors of first-year undergraduate student in the Rajamangala University of Technology Suvanabhumi. RMUTSB Acad. J 2022;6(1):47-66.(in Thai)
14. Pongsakchat P, Malai C, Noisiphum N, Champates M. Promoting health behaviors according to local wisdom. JRTAN 2019;20(3):44-53.(in Thai)
15. Kongpetch C, Yomakakul A, Attsal R. Health promotion for healthy elderly. TJN 2021;70(4):44-51.(in Thai)
16. Phrabrahmakunaphorn. A complete life. (116th printing). Bangkok: Sahathamak Co.,Ltd.;2013.(in Thai)
17. Viwatkamolwat N. Study of factors affecting longevity for elderly lodging design [Master's Thesis]. Nakhonpathom: Silpakorn University;2017.(in Thai)

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Effects of Educational Capacity Development Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Skills in Caring Patients with Acute Coronary Syndrome

ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฎ์[1] ลาวัลย์ เวทยาวงศ์[2] หทัยรัตน์ ศักดิ์แก้ว[3]

Titaporn Worapanwisit[1] Lawan Wetayawong[2] Hatairat Sak-Kaew[3]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมาก จ.สุราษฎร์ธานี [3]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง จ.สุราษฎร์ธานี

[1]Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Pak-Mak Sub-District Health Promoting Hospital, Suratthani Province

[3]Wiang Sub-District Health Promoting Hospital, Suratthani Province

Corresponding author: Titaporn Worapanwisi; Email: titaporn@bcnsurat.ac.th

Received: August 25, 2021 **Revised:** October 30, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และศึกษาผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 44 คน เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้เป็นเวลา 3 วัน ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Paired t-test ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของ อสม. ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) การฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ฯ ดังกล่าว อสม. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังนั้นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรอดปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ; โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Effects of Educational Capacity Development Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Skills in Caring Patients with Acute Coronary Syndrome

Titaporn Worapanwisit[1] Lawan Wetayawong[2] Hatairat Sak-Kaew[3]

[1]Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Pak-Mak Sub-District Health Promoting Hospital, Suratthani Province

[3]Wiang Sub-District Health Promoting Hospital, Suratthani Province

Corresponding author: Titaporn Worapanwisi; Email: titaporn@bcnsurat.ac.th

Received: August 25, 2021 **Revised:** October 30, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

Abstract

The quasi experimental study with one group pre-test and post-test design aimed to study the situation and to examine the effectiveness of the educational capacity development program for village health volunteers (VHVs) on knowledge and skills in caring for patients with acute coronary syndrome. The sample consisted of 44 village health volunteers selected by purposive sampling. The VHVs were selected to participate in the training program for three days. The activities of program consisted of 1) knowledge of acute coronary syndrome 2) skill training in basic life support and automated electric defibrillation usage. Data were analyzed using frequency, percentage and paired t-test. The results off the for acute coronary syndrome situation study revealed that the VHVs had knowledge and basic life support skills at the moderate level. The educational capacity development program of acute coronary syndrome consisted of (1) education of acute (2) training in basic life support and the use of automated electric defibrillation. The effectiveness of coronary syndrome, capacity development program acute coronary syndrome found that mean score of knowledge and mean score of basic life support skills and automated electric defibrillation usage of VHVs were higher after the educational capacity development program than before the program ($p<.001$). Thus, the educational capacity development program of acute coronary syndrome was a good tool to enable the VHVs to effectively care for patients with acute ischemic heart disease, thereby improving patient safy and quality of life.

Keywords: acute coronary syndrome (ACS); capacity development program; village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome: ACS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานอัตราตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 4.91 ในประเทศไทยพบอัตราตายร้อยละ 12.6 และพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายในหนึ่งชั่วโมงแรก คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งมีสาเหตุจากหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง[1] กรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิตแต่ยังไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นหลังจากมีอาการแล้วตั้งแต่ 20-30 นาทีและจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ภายในเวลา 4-6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ นอกจากนี้อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราป่วยในปี พ.ศ.2554 และ พ.ศ.2558 เท่ากับ 412.7 และ 501.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับและพบอัตราตายเท่ากับ 22.5 และ 28.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2] อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ.2560 และ พ.ศ.2562 พบอัตราตายเท่ากับ 40.6 และ 65.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[3] และพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ.2557 โดยมีอัตราตายเท่ากับ 199.7 ต่อแสนประชากรและมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเป็นการเสียชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร่วมกับมีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 30 ปี และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง[4]

จากการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมีชีวิตรอดและปลอดภัยของผู้ป่วย คือ ระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 2-6.5 ชั่วโมง โดยพบว่าร้อยละ 25-50 ของผู้ป่วยใช้เวลาในการเดินทางถึงโรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมง[5] ทั้งนี้ปัจจัยภายในที่มีผลให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้า ได้แก่ ขาดความรู้และไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายถึงชีวิต ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนซ้าย เหงื่อออก เหนื่อยมากขึ้น แต่ถ้าเป็นอาการจุกเสียด ปวดเมื่อยจุกลิ้นปี่ ทำให้ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการของโรคหัวใจหรือไม่และไม่ตระหนักถึงอันตราย จึงมักรอดูอาการให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า[4] ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้าได้แก่ อุปสรรคในการเดินทาง ระยะทางที่ไกลจากสถานที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล[5] และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล[6] นอกจากนี้ ยังพบว่าความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการผิดปกติ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระยะเวลาการเข้ารับการรักษา[7] การได้รับการรักษาที่รวดเร็วจะช่วยลดอัตราตาย ลดระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ[8] อย่างไรก็ตาม[9] แม้ว่ามีการรักษาทางยาที่มีประสิทธิภาพ และการทำหัตถการที่ทันสมัย แต่ผู้ป่วยมักมารับการรักษาล่าช้าเนื่องจากการเฝ้ารอดูอาการว่าเป็นอาการที่เกิดจากหัวใจขัดเจนหรือไม่ และไม่เรียกรถพยาบาล

การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็ว เกิดประสิทธิผลของการรักษาสูงสุดเนื่องจากพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อมีความรุนแรงจนกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือเกิดภาวะ acute coronary syndrome (ACS) หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการอุดตัน ทำให้เสียสมดุลในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดการเผาผลาญที่ผิดปกติของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เกล็ดเลือดจะกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้น[10] ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการรักษาโดยเร็ว ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นฟันเฟืองที่สำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับบุคคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเป็นด่านหน้าในการเข้าถึงผู้ป่วย และมีการประสานการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิ และกำหนดเป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพต่อไป

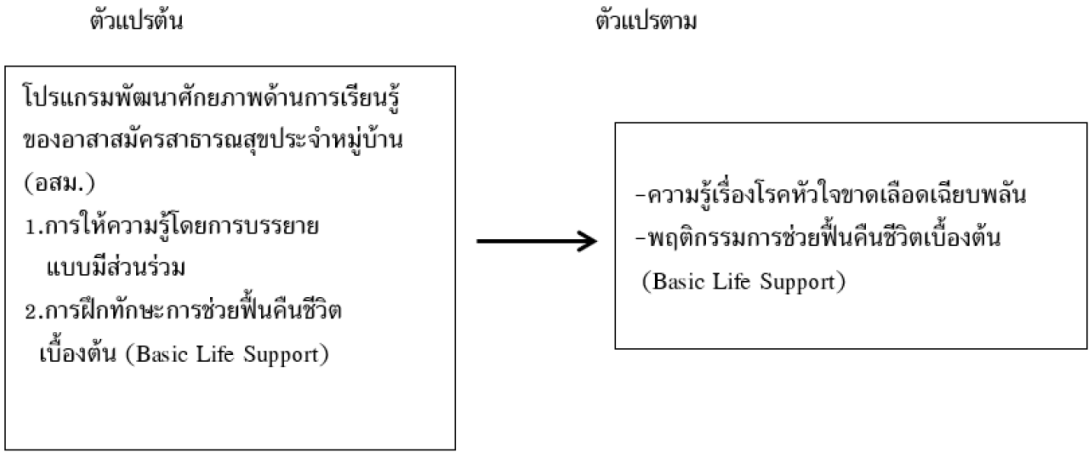
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือ Experiential Learning Theory (ELT) ของ Kolb and David[11] ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการลงมือทำ (learning by doing) แล้วนำความรู้มาลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ผ่านการทบทวนประสบการณ์ หรือนำสิ่งที่ลงมือทำมาตกผลึกความคิด เพื่อให้ได้รับรู้ถึงความรู้ใหม่ที่ได้รับ เป็นการนำไปต่อยอดความรู้เดิม จนสามารถปฏิบัติได้จนเป็นธรรมชาติ กระบวนการ การเรียนรู้จากประสบการณ์ ประกอบด้วย 1. ประสบการณ์การเรียนรู้ เช่น ความรู้ ทักษะ เจตคติ 2. ผลลัพธ์จากการลงมือทำซ้ำ



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi experimental one group pre-test and post-test research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 92 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. จำนวน 44 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ (1) มีอายุระหว่าง 20-55 ปี (2) อ่าน พูด และฟังภาษาไทยได้ดี และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการเตือน และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. และ แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED)

ตอนที่1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการเตือน และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม.มีจำนวน 32 ข้อตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวม 32คะแนน แปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ตามหลักการเรียนรู้แบบรอบรู้ (learning for mastery)[12] โดยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79

ระดับต่ำ ได้คะแนน ร้อยละ 59 ลงไป

ตอนที่ 2 แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 28 คะแนน แปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ตามหลักการเรียนรู้แบบรอบรู้ (learning for mastery)[12] โดยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79

ระดับต่ำ ได้คะแนน ร้อยละ 59 ลงไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการเตือน การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. และ การฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) การใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) ซึ่งเน้นการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยจัดประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 10 คน เพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อโปรแกรมฯ จากนั้นปรับปรุงโปรแกรมฯตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบบวัดทั้งชุดแบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการเตือน การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. ตอนที่ 2 แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ .86 และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่า alpha coefficient เท่ากับ .87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแบบวัดสอบถามเกี่ยวกับทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น ก่อนทำการอบรม

2. นำ อสม.ที่มีคะแนนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระดับปานกลางและระดับต่ำ เข้ารับการอบรมจำนวน 3 วัน โดยวันแรก วิทยากรบรรยายแบบมีส่วนร่วม ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วันที่สอง เป็นการฝึกทักษะการช่วยชีวิตเบื้องต้นและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ โดยวิทยากรสาธิตประกอบการอธิบายขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ โดยใช้หุ่นจำลองการช่วยฟื้นคืนชีพ จากนั้นให้ดูวิดีโอ แล้วให้ อสม.ฝึกทักษะการช่วยชีวิตเบื้องต้นกับหุ่นจำลอง และฝึกการเป็นผู้ช่วยในการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ

3. หลังสิ้นสุดการอบรม วันที่ 3 วิทยากรบรรยายสรุปภาพรวมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และให้อสม.ทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ ทำแบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO 2020-034 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ถ้าตัดสินใจเข้าร่วมครงกำรวิจัย ลงนามในหนังสือยินยอม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุหรือพาดพิงถึงตัวบุคคล การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (3) การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ (4) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าส่วนใหญ่ อสม. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภาพรวม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79.5 และเมื่อพิจารณาความรู้แต่ละด้าน พบว่า

ด้านปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ข้อที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) อาหารไขมันสูง ตอบถูก ร้อยละ 82.0 (2) ภาวะอ้วน ตอบถูก ร้อยละ 79.90 และ (3) ไขมันในเลือดสูง ตอบถูก ร้อยละ 79.30 ส่วนปัจจัยของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ขาดการออกกำลังกาย ตอบผิดร้อยละ 50.20 (2) ความเครียด ตอบผิดร้อยละ 45.90 และ (3) มีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตอบผิดร้อยละ 43.40

ด้านอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ อสม. กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) หน้ามืดเป็นลม ตอบถูกร้อยละ 79.0 (2) เหนื่อย/นอนราบไม่ได้ ตอบถูก ร้อยละ 69.50 และ (3) เจ็บแน่นหน้า อกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย ตอบถูกร้อยละ 66.80 ส่วนอาการและ อาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) เหงื่อแตกตัวเย็น ตอบผิดร้อยละ 53.20 (2) เจ็บร้าวบริเวณแขน คอ กราม ไหล่ ตอบผิดร้อยละ 37.10 และ (3) จุกแน่นลิ้นปี่ไม่สุขสบายท้อง ตอบผิดร้อยละ 37.10

ด้านการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อสม. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการเมื่อมีอาการเตือน ของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 42.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) เจ็บแน่นอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย ตอบถูกร้อยละ 51.20 (2) เหนื่อย/นอนราบไม่ได้ ตอบถูกร้อยละ 49.80 และ (3) เหงื่อแตกตัวเย็น ตอบถูกร้อยละ 49.50 ส่วนการจัดการ เมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) เจ็บร้าวบริเวณ แขน คอ กราม ไหล่ ตอบผิดร้อยละ 70.20 (2) จุกแน่น ลิ้นปี่ ไม่สุขสบายท้อง ตอบผิดร้อยละ 63.20 และ (3) หน้ามืดเป็นลม ตอบผิดร้อยละ 54.50

ด้านความรู้เกี่ยวกับ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อสม.กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 79.50 เท่ากัน มี 2 ข้อได้แก่ (1) อาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก หรือเจ็บร้าวบริเวณที่แขน คอ กราม สะบักไปที่ไหล่ เป็นอาการของหัวใจขาดเลือด และ (2) สาเหตุนำของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน รองลงมา คือ เวลาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รู้เร็ว ไปโรงพยาบาลเร็วจะปลอดภัยต่อตัวท่านเอง ตอบถูกร้อยละ 71.20 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบผิดมากที่สุด 3อันดับแรก ได้แก่ (1) โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอจากหลอดเลือดตีบ แคบ หรือตัน มีคราบไขมันไปจับ ตอบผิดร้อยละ 43.40 (2) หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น หน้ามืดเป็นลม เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ให้โทรศัพท์แจ้ง 1669 โดยด่วน ตอบผิดร้อยละ 42.40 และ (3) หากมีอาการดังกล่าว ท่านต้องรีบให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเพื่อให้การรักษาเบื้องต้น ไม่ควรอดทนกับอาการดังกล่าว ตอบผิดร้อยละ42.20

ตารางที่ 1 ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ อสม.

ข้อที่	รายการ	จำนวน (ร้อยละ)	
		ถูก	ผิด
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน			
1.	ไขมันในเลือดสูง	325 (79.3)	85 (20.7)
2.	ขาดการออกกำลังกาย	204 (49.8)	206 (50.2)
3.	การสูบบุหรี่	260 (63.4)	150 (36.6)
4.	สูดดมควันบุหรี่เป็นประจำ	242 (59.0)	168 (41.0)
5.	ความเครียด	222 (54.1)	188 (45.9)
6.	อาหารที่มีไขมันสูง	336 (82.0)	74 (18.0)
7.	ภาวะอ้วน	323 (79.9)	87 (21.2)
8.	โรคความดันโลหิตสูง	305 (74.4)	105 (25.6)

ข้อที่	รายการ	จำนวน (ร้อยละ)	
		ถูก	ผิด
9.	โรคเบาหวาน	293 (71.5)	177 (28.5)
10.	มีพ่อแม่พี่น้อง เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	232 (56.6)	178 (43.4)
อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน			
11.	เจ็บแน่นอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย	274 (66.8)	136 (33.2)
12.	เจ็บร้าวบริเวณแขน คอ กราม ไหล่	258 (49.8)	152 (37.1)
13.	เหงื่อแตก ตัวเย็น	192 (46.8)	218 (53.2)
14.	จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่สุขสบายท้อง	258 (49.8)	152 (37.1)
15.	หน้ามืด เป็นลม	324 (79.0)	86 (21.0)
16.	เหนื่อย/นอนราบไม่ได้	285 (69.5)	125 (30.5)
การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน			
17.	เจ็บแน่นอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย	210 (51.2)	200 (48.2)
18.	เจ็บร้าวบริเวณแขน คอ กราม ไหล่	122 (29.8)	288 (70.2)
19.	เหงื่อแตก ตัวเย็น	151 (36.8)	259 (63.2)
20.	จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่สุขสบายท้อง	203 (49.5)	207 (50.5)
21.	หน้ามืด เป็นลม	166 (45.4)	224 (54.5)
22.	เหนื่อย/นอนราบไม่ได้	204 (49.8)	206 (50.2)
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน			
23.	โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จากหลอดเลือดตีบ แคบ หรือตัน มีคราบไขมันไปจับ	232 (56.6)	178 (43.4)
24.	อาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก หรือเจ็บร้าวบริเวณที่แขน คอ กราม สะบักไปที่ไหล่ เป็นอาการของหัวใจขาดเลือด	326 (79.5)	84 (20.5)
25.	อาการเจ็บแบบแน่น ๆ หนัก ๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย แน่นอึดอัดหายใจไม่ออก ขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่นาน เป็นอาการของหัวใจขาดเลือด	287 (70.0)	123 (30.0)
26.	หากมีอาการดังกล่าวท่านต้องรีบให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เพื่อให้การรักษาเบื้องต้น ไม่ควรอดทนกับอาการดังกล่าว	237 (57.8)	137 (42.2)
27.	หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืดเป็นลม เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ให้โทรศัพท์แจ้ง 1669 โดยด่วน	236 (57.6)	174 (42.4)
28.	สาเหตุนำของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจคือ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน	326 (79.5)	84 (20.5)
29.	สาเหตุสนับสนุนการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การไม่ออกกำลังกาย ความอ้วน อายุที่มากขึ้น เพศชาย เพศหญิง (วัยหมดประจำเดือน)	280 (68.3)	130 (31.1)
30.	ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ เช่น เค้ก คุกกี้ ขนมเบเกอรี่ น้ำมันพืช ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	259 (63.2)	151 (36.8)

ข้อที่	รายการ	จำนวน (ร้อยละ)	
		ถูก	ผิด
31.	เวลาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ รู้เร็ว ไปโรงพยาบาลไว ปลอดภัยต่อตัวท่านเอง	292 (71.2)	118 (28.8)
32.	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	248 (60.5)	162 (39.5)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ก่อนการร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ฯ อสม. ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับต่ำ โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 จำนวน 35 คน และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม.มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในเพิ่มขึ้นเป็น ระดับปานกลาง จำนวน 26 คน และมีความรู้เพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนด้านความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 12 คน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (น้อยกว่า 12 คะแนน)	35	79.5	6	13.6
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	9	20.5	26	59.1
สูง (มากว่า 15 คะแนน)	0	0.0	12	27.3
รวม	44	100	44	100

การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. พบว่า ก่อนการร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ฯ อสม.มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ เท่ากับ 8.50 คะแนน และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม.มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในเพิ่มขึ้นเป็น ระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเป็น 13.86 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับความรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	8.50	3.20	12.32	43	.001
หลังการทดลอง	13.86	3.64			

ผลการฝึกทักษะทักษะ การช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED)

ผลการศึกษาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน และทักษะการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและทักษะการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.00 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ที่ปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) คลำหาส่วนล่างสุดของกระดูกอกที่ต่อกับกระดูกซี่โครงโดยใช้นิ้วสัมผัสชายโครงไล่ขึ้นมา ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 82.70 (2) หากไม่ตอบสนอง ตะโกนขอความช่วยเหลือ ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 82.20 และ (3) ผู้ปฐมพยาบาลคุกเข่าลงข้างขวาหรือข้างซ้าย บริเวณหน้าอกผู้บาดเจ็บ ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 79.00 ส่วนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ตะโกนขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น โทร 1669 เมื่อพบผู้ป่วยหมดสติ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อย ละ 38.30 (2) ปลุกเรียกเสียงดังพร้อมตบไหล่ทั้ง 2 ข้าง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 35.10 และ (3) ทักษะการวางมือ-กดหน้าอกผู้บาดเจ็บ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 29.30

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและทักษะการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนด้านทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 54.55 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯคะแนนด้านทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AEDเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED ก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับทักษะ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (น้อยกว่า 12 คะแนน)	24	54.55	3	6.82
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	20	45.45	33	75.00
สูง (มากกว่า 15 คะแนน)	0	0.00	8	18.18
รวม	44	100	44	100

การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) พบว่า ก่อนการร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ฯ อสม.มีทักษะBLS และการใช้เครื่อง AED มีคะแนนเฉลี่ยทักษะBLS และการใช้เครื่อง AED เท่ากับ 11.34 คะแนน และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะBLS และการใช้เครื่อง AED เพิ่มขึ้นเป็น 14.11 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะBLS และการใช้เครื่อง AED หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับทักษะBLS และการใช้เครื่อง AED

ระดับทักษะ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	11.34	1.92	35.22	43	.001
หลังการทดลอง	14.11	1.71			

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระดับปานกลาง และมีคะแนนด้านการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในะดับต่ำ เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีพยาธิวิทยาการเกิดโรคที่ซับซ้อน และเกี่ยวเนื่องกับองค์ความรู้ในหลาย ๆ ประเด็น จึงเป็นเรื่องยากที่ กลุ่ม อสม. จะทำความเข้าใจได้หมด ทำให้พวกเขาไม่มีความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

และ/หรือไม่ทราบวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้น จึงควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่อสม.เพื่อสร้างความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนให้กับ อสม. เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจทุกระดับตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงผู้รับบริการ และเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างจริงจังในชุมชน[13] ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันเวลาช่วยลดการสูญเสียชีวิต และความพิการได้

ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อสม. มีคะแนนทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ อยู่ในระดับปานกลาง โดย อสม. กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติทักษะได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกรายการของการประเมิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาฎยา นุชนารถ ศิริชัย เพชรรัตน์ และสุเทพ เชาวลิต[14] ที่พบว่า การทำงานของ อสม. จะเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เนื่องจาก อสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไทย จึงมุ่งเน้นให้มีความรอบรู้ มีทักษะด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉิน และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคม[15] ประกอบกับในบางพื้นที่ของอำเภอไชยา เช่น รพ.สต.บ้านยางโพรง รพ.สต.ปากหมาก เป็นพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินมายังโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง มักมีทีมจิตอาสาที่มีความชำนาญในการขับรถหรือจิตอาสากู้ภัยในชุมชน ซึ่งทีมจิตอาสาดังกล่าว มี อสม. รวมอยู่ด้วย ทำให้ อสม. มีทักษะการส่งต่อที่ดี

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม.มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ[8] ที่พบว่า ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วม อสม. มีความรู้ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 นอกจากนี้ ยังพบว่า อสม.หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. มีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.005 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ รุจีวรรณ ยมศรีเคน แสงลุน[16] ที่พบว่า คะแนนกระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของอาสาฉุกเฉินชุมชนของอสม.อำเภอซาสูง จังหวัดขอนแก่น ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05 สำหรับพฤติกรรมกำรดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อสม.กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่า อสม. กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.005 และการสัมภาษณ์อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่า อสม. บอกว่า “เมื่อก่อนไม่กล้าเข้าไปช่วย กลัวจะทำให้เค้าชี้โครงหัก กลัวเค้าเสียชีวิต” และ “แต่ตอนนี้ ได้มีความรู้ในการช่วยเหลือ จึงมีความมั่นใจมากขึ้น” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Kolb and David[11] ที่เชื่อว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการลงมือทำ (learning by doing) แล้วนำความรู้มาลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ผ่านการทบทวนประสบการณ์ หรือนำสิ่งที่ลงมือทำมาตกผลึกความคิด เพื่อให้ได้รับรู้ถึงความรู้ใหม่ที่ได้รับ เป็นการนำไปต่อยอดความรู้เดิม จนสามารถปฏิบัติได้จนเป็นธรรมชาติ ดังนั้น โปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถพัฒนาอสม. ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดระบบดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับชุมชนและโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดประโยชน์ที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและครอบครัว เป็นการลดอัตราการเสียชีวิต และลดความพิการของผู้ป่วยรวมถึงลดการสูญเสียภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของหน่วยงานและครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้น ควรมีการผลักดันให้เกิดแนวทางเชิงนโยบายที่ส่งเสริมให้เกิดการ ทำงานในรูปแบบเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ ด้วยการพัฒนาบริหารจัดการเครือข่ายบริกำรสุขภาพได้อย่างมีมาตรฐาน การให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ มุ่งหวังให้ได้ตามคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

รพ.สต.ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่อสม.เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 3 หรือ 6 เดือน เพื่อทบทวนความรู้และทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยขยายผลต่อยอดการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ อสม. การศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของอสม.ในการจัดการอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการพัฒนาสื่อให้ความรู้โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือสื่อความรู้อื่น ๆ ที่ อสม. สามารถเข้าถึงได้ง่าย เนื้อหาอ่านเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสามารถนำไปใช้ และสอนผู้อื่นได้

References

1. World Health Organization. World Health Statistics 2015. Luxamberg: WHO Press.2015.
2. Strategy and planning division public health ministry. Mortality rate of acute coronary syndrome 2007-2013 [internet]. 2019. [citation 2019 January 28]. Available from: http://thaincd. com/information-statistic/non-communicable- disease-data.ph.
3. Regional Health 11 Office. Annual Report 2020. Suratthani:2020.(in Thai)
4. Medical Records, Chaiya Hospital. Acute coronary syndrome statistics. Suratthani:2020.(in Thai)
5. Department of medical services. Annual Report 2020. Bangkok:2020.(in Thai)
6. Bohplian S, Pinyopasakul W, Sareewiwatthana P, Charoenkitkam V. The relationship among age, health insurance coverage, perceived social support and time to hospital arrival in patients with coronary artery disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2011;12:84-90.(in Thai)
7. Pak mak Sub-District Health Promoting Hospital. Annual Report 2020. Suratthani 2020.(in Thai)
8. Sanprasan P, Wattradul D, Jamsomboon K, Puapairoj P, Techangkul L, Yuyuen Y. Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2015;26(1):119-32.(in Thai)
9. Tejativaddhana P, Kitreerawutiwong N. effectiveness of a training program for the village health volunteers in providing community care for patients with cerebrovascular disease using the context-based learning (CBL) approach. Journal of Nursing and Health Care 2014;32(1):87-96.(in Thai)
10. Limhoklai N, Pakapong Y, Ratchanagul P. Effectiveness of a capacity building program for village health volunteers on knowledge and attitude toward emergency medical services of people in Nongsua District, Pathumthani province. Nursing Journal 2015;42(3):106-18.(in Thai)
11. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development, Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall;1984.
12. Anderson LW, Krathwohl DR. A taxonomy for learning, teaching and assessing: a revision of Bloom's taxonomy. New York: Longman Publishing;2001.

13. Wetayawong L, Rongmuang D, Tongdee J, Nakchatree C, Ratanaprom A. The effects of advocacy communication on knowledge and symptom management of acute coronary syndrome (ACS) among people living in community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(1):86-101.(in Thai)

14. Nutchanart N, Petcharak S and Chaovalit S. A competencies development of the village health volunteers of Suphan Buri province. Journal of MCU Peace Studies 2018;6(2):768-79.(in Thai)

15. Borisut N. A study of the situation and development direction of village health volunteers in the Thailand 4.0. [internet]. 2019.[citation 2019 January 28]. Available from: http://phc.moph.go.th /www_hss/data_center/dyn_mod/the_study_of_situation_and_village_health_volunteer_development_2.pdf.(in Thai)

16. Yomsrikan sanglon R. Potentials of emergency community volunteers caring patients with acute myocardial infarction (AMI) in Sam Sung District, Khonkaen province.2016.(in Thai)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง ในอำเภองาว จังหวัดลำปาง

Factors Influencing Depression among Working-age Population: A Case Study of Community in Ngao District, Lampang Province

ฉัตรสุดา มาทา[1] ชลธิชา อินปั๋น[1] ภัทรนัย ไชยพรม[1] พลอยดาว พรมชาติ[1] อัญชลา รัตนธนากร[2]
Chatsuda Mata[1] Chonticha Inpan[1] Pattaranai Chaiprom[1] Ploydaw Promchat[1] Anchala Rattanathanakorn[2]
[1]สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำจำ อำเภองาว จังหวัดลำปาง[2]
[1]Department of Community Public Health, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University
Nam Cham Sub-District Health Promoting Hospital, Ngao District, [2]Lampang Province
Corresponding author: Chatsuda Mata Email; Chatsuda@g.lpru.ac.th
Received: May 7, 2021 **Revised:** August 20, 2022 **Accepted:** September 30, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยทำงาน และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยทำงาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะการทำงาน และสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงาน ซึ่งประกอบอาชีพอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภองาว จังหวัดลำปาง จำนวน 150 คน การวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการทำงาน แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.3 โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ลักษณะครอบครัว (OR_{adj}=1.67, 95%CI =1.11-8.27) สถานภาพปัจจุบัน (OR_{adj}.=5.57, 95%CI=1.72-18.65) สัมพันธภาพในครอบครัว (OR_{adj}.= 3.92, 95%CI = 1.03-14.93) และการออกกำลังกาย (OR_{adj}.=.36, 95%CI=.14-.89) จึงมีความจำเป็นที่ชุมชนควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยทำงานต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยทำงาน หรือบรรเทาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย รวมถึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; สัมพันธภาพในครอบครัว; สุขภาพจิต; วัยทำงาน

Factors Influencing Depression among Working-age Population: A Case Study of Community in Ngao District, Lampang Province

Chatsuda Mata[1] Chonticha Inpan[1] Pattaranai Chaiprom[1] Ploydaw Promchat[1] Anchala Rattanathanakorn[2]
[1]Department of Community Public Health, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University
Nam Cham Sub-District Health Promoting Hospital, Ngao District, [2]Lampang Province
Corresponding author: Chatsuda Mata Email; Chatsuda@g.lpru.ac.th
Received: May 7, 2021 **Revised:** August 20, 2022 **Accepted:** September 30, 2022

Abstract

This research aimed to investigate depression in the working-age population in Lampang province and to find out the factors associated with depression among the working-age population including personal factors, job characteristics, and family relationships. A simples random sampling technique was used to recruit 150 working-age people who worked for at least one year and lived in Ngao district, Lampang province. Data collection instruments inclided a questionnaire on included personal data, working conditions, family and relationship, and the depression assessment (9Q). We analyzed the data using the SPSS program to analyze the frequency, percentage, and logistic regression analysis. Factors affecting depression were family types (OR_{adj}=1.67, 95%CI=1.11-8.27), marital status (OR_{adj}.=5.57, 95%CI=1.72-18.65), family relationships (OR_{adj}.=3.92, 95%CI=1.03-14.93), and exercise (OR_{adj}.=.36, 95%CI=.14-.89). Therefore, the continuous screening for working-age depression must be conducted in the community to prevent depression and the severity of depression that can lead to suicide. Health promotion activities for stress management, exercise, and family relationships should be organized.

Keywords: depression; family relationship; mental health; working age

ความเป็นมาและความสำคัญ

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ให้คำนิยามของวัยแรงงาน คือ ผู้ที่มีอายุในช่วง 15–59 ปี เป็นวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผลผลิตด้านเศรษฐกิจ[1] เป็นที่พึ่งของคนในครอบครัวรับผิดชอบดูแลกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ จึงต้องแบกรับภาระหลายด้าน เช่น ภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ภาระหนี้สิน ปัญหาค่าครองชีพ ทำให้เกิดความเครียด มีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้[2]

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของประชากรโลก[3] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก 322 ล้านคน หรือกว่าร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก[4] และมีรายงานการว่ามีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 84.91[5] อีกทั้งยังมีผู้คนจำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแบบไม่รู้ตัว เนื่องจากไม่ทราบถึงภาวการณ์เจ็บป่วยของตนเอง จึงทำให้อาการป่วยเข้าสู่ขั้นรุนแรง กระทบต่อการใช้ชีวิต ก่อให้เกิดการทำร้ายตนเอง และนำไปสู่สาเหตุของการฆ่าตัวตายในที่สุด ในปี พ.ศ. 2561 กรมสุขภาพจิตรายงานจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,137 คน เฉลี่ยวันละ 11.3 คนต่อวัน และในปี พ.ศ. 2562 พบว่าประชาชนอายุ 25–59 ปี เกิดปัญหาโรคซึมเศร้าร้อยละ 6.54[6] ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ กรรมพันธุ์ สารเคมีในสมอง[7] และลักษณะนิสัย เช่น การมองตนเองในแง่ลบ มีอดีตหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน กระทบต่อสภาพจิตใจ[8] ซึ่งหากมีความเศร้าที่รุนแรงมาก ๆ อาจทำให้คิดว่าตนเองไร้ค่า และคิดอยากทำร้ายตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่มีความกดดันจากภาระที่ต้องรับผิดชอบ อาจเพิ่มโอกาสที่จะเกิดความเครียด และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด เช่น มีฐานะทางบ้านไม่ดี หรือมีความคาดหวังสูงจากคนในครอบครัว[9]

ในปี พ.ศ. 2564 อำเภองาว มีจำนวนประชากรกลุ่มวัยทำงานจำนวน 14,733 คน คิดเป็นร้อยละ 41 จากประชากรทั้งหมด ซึ่งในจังหวัดลำปางมีรายงานอัตราการฆ่าตัวตายเกินกว่าเป้าหมายคิดเป็นอัตรา 10.80 ต่อแสนประชากร[10] และจากข้อมูลสถิติคนฆ่าตัวตายสำเร็จของโรงพยาบาลงาว อำเภองาว จังหวัดลำปาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–2564 พบว่า มีคนฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 79 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรวัยทำงาน อยู่ในช่วงอายุ 15–59 ปี โดยพบว่ามีภาวะซึมเศร้าจนถึงขั้นการฆ่าตัวตายในหลังคาเรือนที่ใกล้กัน และในหลังคาเรือนที่อยู่ตรงข้ามกัน เมื่อมีบุคคลที่เจอปัญหาในลักษณะเดียวกันจึงเกิดเป็นพฤติกรรมเลียนแบบ[11] อีกทั้งครอบครัวยังมีการเปรียบเทียบความสำเร็จในชีวิตกับบุคคลอื่น มีภาวะกดดันในหน้าที่การทำงาน หรือหากไม่เป็นไปตามความคาดหวังของคนในครอบครัวและชุมชนจะยิ่งทวีคูณความรู้สึกกดดัน ในชุมชนแห่งหนึ่งของอำเภองาว พบว่า พ.ศ.2560–2564 มีผู้ที่ทำร้ายตนเอง 24 ราย พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ 12 ราย และมีสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวนทั้งหมด 6 ราย[10] คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในชุมชนดังกล่าว

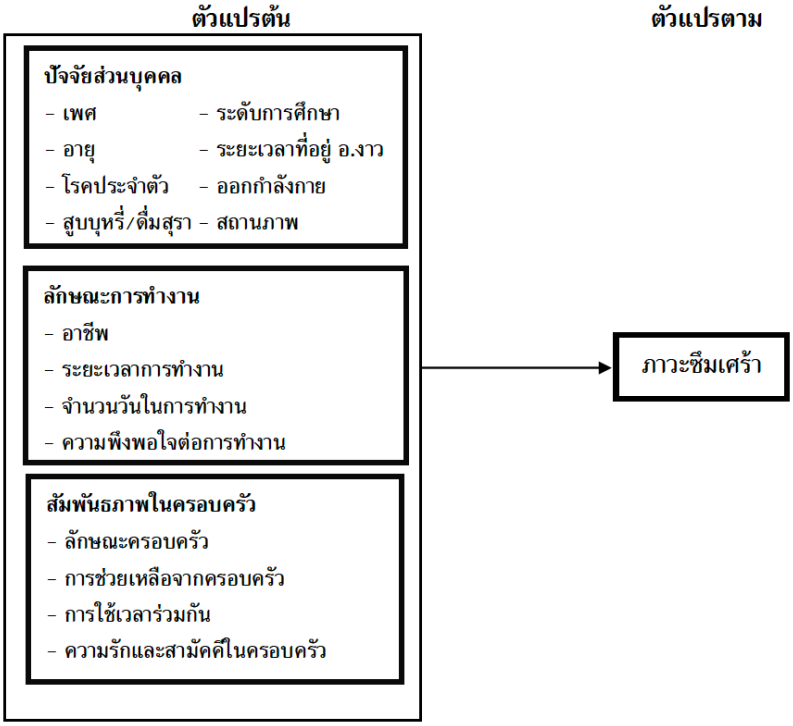
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด การมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียด การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม[12] และปัญหาเศรษฐกิจ การทำงาน และมีความวิตกกังวล ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา[13] ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัญหาของภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยทำงาน พื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบว่ามีสถิติภาวะซึมเศร้า และมีการฆ่าตัวตายต่อเนื่องในระยะเวลา 5 ปี เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าของวัยทำงานขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้านได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ลักษณะของครอบครัว สถานภาพสัมพันธภาพในครอบครัว และลักษณะการทำงาน โดยปัจจัยดังกล่าวถือว่าเป็นปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิต ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive studies) ระยะเวลาในการศึกษาเดือนมกราคม–มีนาคม พ.ศ.2565

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภองาว จังหวัดลำปาง จำนวน 207 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie and Morgan ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อของประชากร ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) เป็นประชาชนวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ที่ประกอบอาชีพอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในชุมชนอำเภองาว จังหวัดลำปาง เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือผู้ที่ไม่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจในภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในอำเภองาว ลักษณะครอบครัว สถานภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 ลักษณะงาน มีทั้งหมดจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อาชีพ ระยะเวลาในการทำงาน จำนวนวันของการทำงานต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงของการทำงาน และความพึงพอใจในอาชีพที่ทำ

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การได้รับความสนใจ เอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ความขัดแย้งภายในครอบครัว การใช้เวลาร่วมกันกับครอบครัว

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ เป็นจริงมากที่สุด 5 คะแนน เป็นจริงมาก 4 คะแนน เป็นจริง ปานกลาง 3 คะแนน เป็นจริงเล็ก

น้อย 2 คะแนน ไม่เป็นจริงเลย 1 คะแนน การแปลผลของคะแนนรวม คือ 40–50 คะแนน มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี 30–39 คะแนน มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง 1–29 คะแนน มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อย ตามแนวคิดการประเมินผลของบลูม[14]

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า 9Q มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ การแปลผล คือ น้อยกว่า 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมากกว่า 7 มีภาวะซึมเศร้า โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .82[15]

ทั้งนี้แบบสอบถามส่วนที่ 3 ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทำการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถาม 30 ชุด ไปทำการทดสอบกับวัยทำงานในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .76

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่โครงการวิจัย 019/2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งผู้วิจัยเป็นแบบ Face to face interview โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบเอง พร้อมชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ในช่วงก่อนเวลาที่กลุ่มตัวอย่างออกไปทำงาน 8.00–9.00 น. และช่วงเวลาหลังเลิกงาน 16.30–18.00 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ (SPSS version[17]) อธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป และลักษณะการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และการประเมินโรคซึมเศร้า โดยหาค่าจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าแบบตัวแปรเดียว โดยการวิเคราะห์ถดถอยทวิ (Binary logistic regression) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเชิงซ้อน โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple logistic regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.3 อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปีร้อยละ 50.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.3 อาศัยอยู่ในอำเภองาวมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 94.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.0 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 74.7 ในแง่ของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 72.0 แต่ดื่มสุราร้อยละ 53.3 และไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 53.3 รายละเอียดดังตารางที่ 1

2. ลักษณะการทำงาน

ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.3 และมีความรู้สึกพึงพอใจกับงานที่ทำ ร้อยละ 68.0 โดยมีระยะเวลาในการทำอาชีพมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่ทำงานต่อวันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 88.7 และทำงาน 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 65.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

3. สัมพันธภาพในครอบครัว

ลักษณะครอบครัวในชุมชนส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีการอยู่ร่วมกันคนหลายกลุ่มวัย ตั้งแต่ เด็ก วัยเรียน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มักใช้เวลาร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน ไปเที่ยวหรือการทำงานอดิเรกร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 82.7 และมีความคิดเห็นว่าภายในครอบครัวมีความรักและสามัคคีต่อกัน คิดเป็นร้อยละ 86.7 แต่เมื่อสอบถามในรายละเอียด พบว่าเมื่อมีปัญหาภายในครอบครัว มักไม่เปิดโอกาสให้มีการส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 51.3 และพบว่ามักปรึกษาพูดคุยเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวซึ่งทำให้เกิดการขัดแย้งต่อมา คิดเป็นร้อยละ 44.7

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยทำงาน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude odds ratio) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะการทำงาน และสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ (OR=.43, 95%CI: .22-.932) การหย่าร้าง/หม้าย (OR= 3.96, 95%CI: 1.05-14.88) ลักษณะครอบครัวขยาย (OR=2.53, 95%CI: 1.12-5.69) การสูบบุหรี่ (OR=2.88, 95%CI:1.30-6.38) การออกกำลังกาย (OR=.31, 95%CI: 0.13-0.71) และสัมพันธภาพในครอบครัว (OR=3.25, 95% CI: 1.01-10.41) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (n=150)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน อำเภองาว จังหวัด

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		Crude		*p-value*
		ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	OR	95%CI	
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ						
หญิง	92 (61.3)	76 (82.6)	16 (17.4)	.43	.22-.93	.03
ชาย	58 (38.7)	39 (67.2)	19 (32.8)	1		
อายุ						
19 – 29 ปี	9 (6.0)	5 (55.5)	4 (44.5)	1		
30 – 39 ปี	14 (9.3)	10 (71.4)	4 (28.6)	.50	.09-2.89	.44
40 - 49 ปี	33 (22.0)	24 (72.7)	9 (27.3)	.47	.10-2.15	.33
50 - 59 ปี	94 (62.7)	76 (80.8)	18 (19.2)	.30	.07-1.22	.91
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	75 (50.0)	60 (80.0)	15 (20.0)	1		
มีโรคประจำตัว	75 (50.0)	55 (73.3)	20 (26.7)	1.46	.68-3.12	.34
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	5 (3.3)	4 (80.0)	1 (20.0)	1		
ประถมศึกษา	86 (57.3)	64 (74.4)	22 (25.6)	1.38	.15-12.97	.78
มัธยมศึกษาขึ้นไป	59 (39.4)	47 (81.7)	12 (24.5)	1.02	.10-9.99	.99
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่อำเภองาว						
น้อยกว่า10 ปี	8 (5.3)	7 (87.5)	1 (12.5)	1		
10 ปีขึ้นไป	142 (94.7)	108 (76.1)	34 (23.9)	2.20	.26-18.55	.47
สถานภาพสมรส						
โสด	26 (17.3)	21 (80.8)	5 (19.2)	1		
สมรส	105 (70.0)	84 (80.0)	21 (20.0)	1.13	.37-3.29	.93
หย่าร้าง/หม้าย	19 (12.7)	10 (52.6)	9 (47.4)	3.96	1.05-14.88	.04

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		Crude		*p-value*
		ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	OR	95%CI	
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	108 (72.0)	89 (82.4)	19 (17.6)	1		
สูบ	42 (28.0)	26 (61.9)	16 (38.1)	2.88	1.30-6.38	.01
การดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	70 (46.7)	57 (81.4)	13 (18.6)	1		
ดื่ม	80 (53.3)	58 (72.5)	22 (27.5)	1.63	.77-3.61	.20
การออกกำลังกาย						
ไม่ได้ออกกำลังกาย	80 (53.3)	54 (67.5)	26 (32.5)	1		
ออกกำลังกาย	70 (46.7)	61 (87.1)	9 (12.9)	.31	.13-0.71	.01
ลักษณะการทำงาน						
อาชีพ						
เกษตรกร	89 (59.3)	67 (75.3)	22 (24.7)	1		
รับจ้างทั่วไป	25 (16.7)	22 (14.7)	3 (2.0)	.42	.11-1.52	.19
ธุรกิจส่วนตัว	31 (20.7)	23 (74.2)	8 (25.8)	1.16	.45-2.99	.76
พนักงานเอกชน/รัฐ	5 (3.3)	3 (60.0)	2 (20.0)	1.22	.22-6.73	.82
ความพึงพอใจต่องานที่ทำ						
พอใจ	102 (68.0)	82 (80.4)	20 (19.6)	1		
ไม่พอใจ	48 (32.0)	33 (68.8)	15 (31.2)	1.86	.85-4.07	.12
ระยะเวลาที่ทำงาน						
น้อยกว่า 10 ปี	55 (36.7)	44 (80.0)	11 (20.0)	1		
10 ปีขึ้นไป	95 (63.3)	71 (74.73)	24 (16.0)	1.35	.60-3.03	.46
จำนวนวันที่ทำงานต่อสัปดาห์						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน	45 (30.0)	35 (77.78)	10 (22.22)	1		
6 วันขึ้นไป	105 (70.0)	80 (76.19)	25 (23.81)	.29	.48-2.52	.00
ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง	133 (88.7)	100 (75.2)	33 (24.8)	1		
มากกว่า 8 ชั่วโมง	17 (11.3)	15 (88.2)	2 (11.8)	.33	.08-1.86	.00
สัมพันธภาพในครอบครัว						
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดียว	112 (74.7)	93 (83.0)	19 (17.0)	1		

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		Crude		p-value
		ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	OR	95%CI	
ครอบครัวขยาย	38 (25.3)	22 (57.9)	16 (42.1)	2.53	1.12-5.69	.03
สัมพันธภาพในครอบครัว						
ดี	15 (10.0)	9 (7.8)	6 (17.1)	1		
ปานกลาง	41 (27.3)	28 (24.4)	13 (37.1)	2.26	.97-5.29	.06
ต่ำ	94 (62.7)	78 (67.8)	16 (45.8)	3.25	1.01-10.41	.04

ลำปางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ได้แก่ ลักษณะครอบครัว พบว่าผู้ที่มีลักษณะครอบครัวขยาย มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ลักษณะครอบครัวเดี่ยว 1.67 เท่า (95%CI =1.11-8.27) สถานภาพปัจจุบัน พบว่า ผู้ที่มีสถานะหย่าร้างหรือหม้าย มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีสถานะโสดหรือสมรส 5.67 เท่า (95%CI=1.72-18.65) สัมพันธภาพในครอบครัวระดับต่ำ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูงหรือปานกลาง 3.92 เท่า (95%CI =1.03-14.93) และการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายมีโอกาสป้องกันภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย .36 เท่า (95%CI=.14-.89) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า (n=150)

ตัวแปร	B	S.E.	p-value	Adjusted OR	95%CI
เพศ	-1.089	.562	.053	.337	.122-1.014
ลักษณะครอบครัว	1.122	.506	.026	3.071	1.114-8.272
การสูบบุหรี่	.511	.552	.355	1.667	.565-4.916
การออกกำลังกาย	-1.027	.467	.028	.358	.143-.895
สถานภาพปัจจุบัน	1.735	.607	.004	5.671	1.724-18.652
สัมพันธภาพในครอบครัว	1.367	.682	.045	3.922	1.030-14.934
constant	-1.329	.531	.012	.265	

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน

ผลการวิจัย พบว่า ประชากรวัยทำงานในชุมชนแห่งหนึ่งของอำเภองาว มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.3 ซึ่งมีค่าสูงกว่าการศึกษาอื่นในประเทศไทยที่พบว่า มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องรายงานความชุกของโรคซึมเศร้าอยู่ที่เพียงร้อยละ 1.8[16] โดยความแตกต่างอาจเกิดจากลักษณะของประชาชนแต่ละพื้นที่ บริบทของชุมชน รวมถึงลักษณะงานของแต่ละคน ในชุมชนแห่งนี้พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพปลูกข้าว ข้าวโพด แต่หากช่วงที่ไม่ได้ทำไร่ มักอยู่เฉย ๆ ทำให้ขาดรายได้จนทำให้เกิดความเครียด และมีประชากรบางส่วนที่ไปทำงานต่างถิ่นเมื่อหางานไม่ได้หรือตกงานก็จะกลับมาอยู่บ้านเกิด ทำให้ขาดรายได้ มีเรื่องทะเลาะกับครอบครัวเรื่องเงิน ๆ ทอง ๆ บางรายก็ยังต้องขอเงินพ่อแม่ใช้ จึงยิ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งในครอบครัว ประจวบกับมีการแพร่ระบาดของสถานการณ์โควิด-19 ยิ่งทำให้มีคนตกงานกลับมามากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีจิตสังคมที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม/สังคม กล่าวคือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน สามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ตลอดเวลา อาทิเช่น การหย่าร้าง การแยกจากสิ่งอันเป็นที่รัก ปัญหาการเงิน ปัญหาความรุนแรงภายในครอบครัว การตกงาน การขาดความมั่นคงในชีวิต ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น

ซึ่งหากสถานการณ์ก่อให้เกิดความเครียดนั้นเกิดขึ้นซ้ำ ๆ และไม่สามารถแก้ไขได้ ย่อมทำให้เกิดความต้องการพึ่งพิง และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด อีกทั้งในบริบทของชนบท มีความสนิทสนมกันในพื้นที่ ทำให้มักมีการเปรียบเทียบกันอย่างมาก ซึ่งยิ่งเป็นปัจจัยทางสังคมที่สนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น[17] แม้ว่าภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่เกิดอาจไม่รุนแรงจนเป็นโรคทางจิตเวช แต่อารมณ์เศร้าหมองย่อมส่งผลต่อความคิด ทัศนคติ และการตัดสินใจ อีกทั้งยังส่งผลต่อการทำงานที่ลดลง ในบางรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติและสังคม[18]

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงาน

จากการวิจัย พบว่า ผู้ที่สถานะหย่าร้างหรือหม้าย มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีสถานะโสดหรือสมรส 5.67 เท่า (95%CI=1.72-18.65) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติมา มาลัย ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีสถานภาพดังกล่าว มักรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คู่คิด ขาดที่ปรึกษา ทำให้เกิดความเหงาและขาดความมั่นคง ไร้ค่า ซึ่งหากมีความรู้สึกนานเกินไป จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้[19] ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันหลายคน เป็นครอบครัวขยายก็มีปัญหาเช่นกัน โดยพบว่ามีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 44.4 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ยิ่งจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนมาก ภาระหน้าที่ก็มากขึ้น จึงทำให้เกิดความกดดันมากกว่า อีกทั้งครอบครัวขยายยังประกอบด้วยคนหลายกลุ่มวัย อาจทำให้มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน กิจกรรมที่สนใจไม่เหมือนกัน ย่อมทำให้เกิดความขัดแย้งเพิ่มมากขึ้น[20] นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทยา คงประพันธ์[21] ที่พบว่า การมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับต่ำ จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าสูง เพราะสัมพันธภาพเป็นความสัมพันธ์หรือความผูกพันที่เกิดจากความรู้สึกทางด้านจิตใจ จึงทำให้มีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลได้ ความสุขจากครอบครัวช่วยเพิ่มสมดุลชีวิตกับการทำงาน และกำลังใจจากครอบครัวเป็นแรงผลักดันให้คนทำงานสามารถฝ่าฝันอุปสรรคได้ การส่งเสริมการบริการจัดการด้านเวลาควบคู่กับการสร้างสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวเป็นอีกแนวทางในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีของบุคคลในครอบครัว[22] การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.5 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของพิทยุตม์ คงพ่วง[23] ที่พบว่า ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.5 ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มเลือดให้ไหลเวียนไปยังสมองใหญ่ส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ และช่วยเพิ่มการหลั่งสารโดพามีนและเซโรโทนิน ซึ่งเป็นสารเคมีสำคัญในสมองที่ช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น และทำให้หายรู้สึกเศร้าหรือหดหู่ จึงสามารถบรรเทาอาการซึมเศร้า และช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย[24] ทั้งนี้อาจรวมถึงการทำกิจกรรมทางกายลักษณะอื่นด้วย เช่น การทำงานอดิเรก การทำสวน การทำกิจกรรมจิตอาสา เป็นต้น ซึ่งการได้ทำในสิ่งที่ตนเองรัก ย่อมช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยแรงงานได้ และการมีกิจกรรมทางกายยังทำให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวได้ให้รู้สึกผ่อนคลาย อีกทั้งยังได้ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ และยังสามารถเพิ่มคุณค่าให้ตนเองได้อีกด้วย[25]

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากสามารถเก็บข้อมูลได้เพียง 150 คน จึงอาจไม่สามารถบ่งบอกถึงลักษณะของภาวะซึมเศร้าได้ทั้งอำเภองาว และแบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าใช้คำถามเพียง 9 ข้อ จึงอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ ซึ่งควรจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และควรศึกษาข้อมูลในเชิงลึกในประเด็นครอบครัวและสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรมีการคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยทำงานในพื้นที่เป็นประจำ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน และป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย และควรมีนักจิตบำบัดเข้าไปให้ความช่วยเหลือในครอบครัวที่มีผู้ป่วยซึมเศร้า

2. ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ควรเน้นกิจกรรมที่ทุกคนในครอบครัว สามารถทำร่วมกันได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของวัยทำงานในแต่ละอาชีพ

2. ควรนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบหรือพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงานโดยเน้นกิจกรรมทางกายและกิจกรรมการมีส่วนร่วมในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง ที่ได้ให้ความร่วมมือ และคอยสนับสนุนทุกประการในการทำงาน จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Khanaroek S, Chanpet U. Health behavior of the working age population aged 15-59 in health regional 5 area. Chophayom 2019;30(1):153-63.(in Thai)
2. Sookkul K, Wongsawat P. depression in the working age population: the related factors and the care guideline. Journal of Phrapokklao Nursing College 2019;30(2):229-38.(in Thai)
3. Saelim S. Prevalence and associated factors of depression in the elderly in Muang district, Ranong province. Region 11 Medical Journal 2019;33(1):193-202.(in Thai)
4. World Health Organization. Depression report [internet]. 2022 [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://www.who.int/thailand
5. Depression Information and Research Center. Report on access to services for depressive patients [internet]. 2021 [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://thaidepression.com
6. Department of mental health. Depression suicide statistics [internet]. 2019 [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://www.dmh.go.th
7. Pongampan A, Gleblumjeak S. Advertising design for Major Depressive Disorder's Admonish. The 2sd FIT SSRU Conference. 2019(351-7)
8. Lortrakul M. Depression. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University [internet]. 2014 [cited 2022 Jan 5]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017
9. Ketman P. Depression and suicide. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University [internet]. 2015 [cited 2022 Jan 6]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/th
10. National suicide prevention center. Suicidality Surveillance Database System [internet]. 2021 [cited 2022 Jan 6]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/
11. Lampang Public Health. Health Data Center [internet]. 2021 [cited 2022 Jan 7]. Available from: http://www.lpho.go.th/
12. Yeaujaiyen M, Kunlaka S, Booranarek S, Kaewchuntra K. A study of factors relating to depressive disorder among people who live in slum in Bangkok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(3):101-7.(in Thai)
13. Ploytabtim K, Buathong N, Prasartpornsirichoke J, Chandarasiri P. Prevalence and associated factors of anxiety and depression among teachers of one private All-Girls boarding school. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2021;66(1):25-38.(in Thai)
14. Bloom. Mastery learning. UCLA-CSEIP Evaluation Comment. 1968;1(2). Losangeles. University of California at Los Angeles.
15. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, et al. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. J Psychiatr Assoc Thailand 2018;63(4):321-34.(in Thai)
16. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai National Mental Health Survey 2013. 2022 [cited 2022 Jan 7]. Available from https://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence_of_M_disorder_MH_problems_TNMHS2013.pdf, accessed July 26, 2018
17. Gadudom P, Apinyalungkon K, Janjaroen K, Wae N. Family role to increase quality of life of older persons in changing situation. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2018; 5(3): 300-10.(in Thai)
18. Tongsiri T. A study on the validity of the depression screening form. 2003. Khon Kaen, Thailand.(in Thai)
19. Malai C, Chaiyoyingyong R, Dangdomyouth P, Cheaplamp S. Factors related to depression among older adults in community, Ratchaburi province. Songklanagarind J Nurs 2019;39(3):67-76.(in Thai)

20. Sinchai S, A comparison of family well-being between nuclear and extended family in Bansuan sub-district, Mueang district, Chonburi province. 2018. Chon Buri. Burapha university.(in Thai)

21. Kongprapun N. Factors influencing adolescent depression case study: Rajamangala university of technology Suvarnabhumi. J Glob Buddhism 2020;5(11):303-315.(in Thai)

22. Sookkul H, Wongsawat P. Depression on the working age population: The related factors and the care guideline. Journal of Phrapokklao Nursing College 2019; 30(2): 229-38.(in Thai)

23. Kongpoung P, Amphanthong P, Phetwong W, Kamnuanthong S. The related factors of depression among the elderly in Wangluek subdistrict administrative organization area, samchuk district, Suphanburi. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology.2021;6(11):338-46.(in Thai)

24. Balchin R, Linde J, Blackhurst D, Rauch HL & Sch□nb□chler G. Sweating away depression? Theimpactof intensive exerciseon depression. J Affect Disord.2016;200:218-21.

25. Outchareon S, Teppitak C. Effectiveness of depression reduction program for the chronic disease patients through Buddhists integrated. Journal of MCU Peace Studies.2017;5(1):90-102.(in Thai)

ประสิทธิผลของหุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกต่อความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

The Effects of Cervical Dilatation Manikin on the Accuracy of Cervical Dilatation Examination of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล[1] รุจา แก้วเมืองฝาง[1] ศิรเมศร์ โภโค[1] ดนัย ดุสรักษ์[1] ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช[1]
Peranan Jerayingmongkol[1] Ruja Kaeomaungfang[1] Siramet Poko[1] DanaiDussaruk1Duangkaew Dejakanchanavej[1]
[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1]Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj: Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Correspondence author: Ruja Kaeomaungfang; Email: ruja@ckr.ac.th
Received: June 30, 2021 **Revised:** November 25, 2022 **Accepted:** December 1, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกต่อความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการเรียนการสอนตามปกติและได้ใช้หุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความถูกต้องแม่นยำในการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก และ 3) หุ่นเพื่อตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก แบบประเมินความถูกต้องแม่นยำในการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกมีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณาและการการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความถูกต้องแม่นยำในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง (t_{34} = 5.93, $p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{68} = 15.53, $p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรนำหุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในภาคทดลองก่อนที่นักศึกษาจะขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยเพื่อให้นักศึกษาสามารถตรวจประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: การเปิดขยายของปากมดลูก; ความแม่นยำการตรวจ; หุ่นตรวจ

The Effects of Cervical Dilatation Manikin on the Accuracy of Cervical Dilatation Examination of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

Peranan Jerayingmongkol[1] Ruja Kaeomaungfang[1] Siramet Poko[1]
DanaiDussaruk1Duangkaew Dejakanchanavej[1]
[1]Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj: Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Correspondence author: Ruja Kaeomaungfang; Email: ruja@ckr.ac.th
Received: June 30, 2021 **Revised:** November 25, 2022 **Accepted:** December 1, 2022

Abstract

This study was a quasi-experimental study with two groups pre-posttest design. The objective of this study was to study the effectiveness of cervical dilation manikin on the accuracy of cervical dilatation examination of students. The sample consisted of 70 students from Boromarajonani College of Nursing, Chakrirat who were divided into a control group and an experimental group, of 35 participants each. The control group received normal instruction. The experimental group received normal instruction and a simulation model to study cervix dilation. The research instruments consisted of 1) a personal questionnaire, 2) a cervical dilatation accuracy test, and 3) a manikin for cervical dilatation examination. The reliability of a cervical dilatation accuracy test using Cronbach's alpha coefficient was .78. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results showed that the mean score of accuracy in the experimental group after the experiment was significantly higher than that before the experiment (t_{34}=5.93, p<.01) and it was significantly higher than that of the control group (t_{68}=15.53, p<.01). The developed cervical dilation manikin should be used in the student's practice in the lab session before practice in the ward so the student can assess the dilatation of the cervix correctly.

Keywords: accuracy of examination; cervical dilatation; manikin

ความเป็นมาและความสำคัญ

มาตรฐานการศึกษาของชาติ พ.ศ. 2561[1] ได้กำหนดมาตรฐานการศึกษาของชาติ ว่าเป้าหมายของมาตรฐานการศึกษาของชาติมีจุดมุ่งหมาย เพื่อพัฒนานักศึกษาไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของนักศึกษา โดยการกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของนักศึกษาที่เหมาะสมตามช่วงวัยในแต่ละระดับและประเภทการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาจึงมีการกำหนดมาตรฐานการศึกษาของชาติ ซึ่งเรียกว่าผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา (desired outcome of education: DOE Thailand) หมายถึงลักษณะของคนไทย 4.0 ที่ตอบสนองวิสัยทัศน์การพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นคนดีมีคุณธรรม ยึดค่านิยมร่วมของสังคมเป็นฐานในการพัฒนาตนให้เป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะ 3 ด้าน ขั้นต่ำ คือ 1) นักศึกษาผู้เรียนรู้ (leaner person) เพื่อสร้างงาน และคุณภาพชีวิตที่ดี โดยในระดับอุดมศึกษาจะพัฒนานักศึกษาให้เป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม (innovative co-creator) การเป็นพลเมืองเข้มแข็ง (active citizen)ให้คุณค่ากับความรู้ ความสามารถร่วมมือสร้างสรรค์การพัฒนาที่ยั่งยืน สำหรับการผลิตบัณฑิตพยาบาลยังต้องคำนึงถึงมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ที่มีเจตนารมณ์ให้สถาบันการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล จัดการเรียนการสอนที่มุ่งให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วย การฝึกความชำนาญของทักษะต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

แต่จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมาทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการหลักสูตร โดยเฉพาะการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่หลักสูตรกำหนด จากการถูกแหล่งฝึกงดหรือเลื่อนการฝึกการพยาบาลออกไป ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้รับบริการสุขภาพ และของนักศึกษา[2] ซึ่งในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 นั้น โรงพยาบาลที่เป็นสถานฝึกภาคปฏิบัติ มีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเข้มงวด ร่วมกับพยาบาล มีภาระงานมาก ไม่สามารถรับนักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติตามตารางการฝึกได้ ช่วงการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงทำให้สถาบันการศึกษาปรับเปลี่ยนการเรียนการสอน ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์[3] และหลายสถาบันปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกปฏิบัติ มาเป็นการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง หุ่นจำลอง กรณีศึกษา อภิปรายปัญหาแนวทางการพยาบาลร่วมกัน หรือ ใช้ห้องปฏิบัติการมากขึ้น และหาโอกาสชดเชยเมื่อสถานการณ์ปกติ[4]

การเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นการฝึกทักษะการพยาบาล เช่น รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 เป็นทักษะเฉพาะทางสูติศาสตร์ ต้องฝึกปฏิบัติจริงในห้องคลอด ห้องรอคลอด และแผนกฝากครรภ์ มีรายละเอียดที่แตกต่างจากการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอื่น จากการสำรวจความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และอาจารย์พยาบาลผู้สอนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์[1] ของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล[5] ต่อการฝึกปฏิบัติทักษะทางการผดุงครรภ์ในห้องปฏิบัติการพบปัญหาเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ “ว่านักศึกษาไม่ทราบว่าขึ้นคลินิกห้องคลอดแล้วต้องทำอะไรบ้าง กลัวการตัดสินใจผิดพลาด กลัวมีความรู้ไม่เพียงพอใน การดูแลผู้คลอด” จึงมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล นอกจากนี้ นักศึกษายังรู้สึกว่ามีความแตกต่างกันระหว่างการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เช่น เครื่องมือที่ใช้ในห้องคลอด การตรวจภายในทางช่องคลอด การตัดและเย็บซ่อมฝีเย็บ ซึ่งเมื่อนำไปปฏิบัติจริง ต้องจำขั้นตอนให้ได้ ต้องทำในเวลาที่จำกัดและต่อหน้าเจ้าหน้าที่อื่นจำนวนมาก จึงตื่นเต้นและรู้สึกไม่มั่นใจ และคิดว่าตนมีความรู้ไม่เพียงพอ เมื่อตรวจภายในทางช่องคลอด นักศึกษาไม่ทราบว่าสิ่งที่ตรวจพบคืออะไร ไม่ทราบว่าจะหา ตำแหน่งของปุ่มกระดูกอิสเคียล สไพน (ischial spine) ได้อย่างไร[6] ดังนั้นการสอนในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 และต้องพัฒนาทักษะเฉพาะก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายของผู้สอนเป็นอย่างมาก เนื่องจากการฝึกในห้องปฏิบัติการผู้สอนต้องคำนึงถึงการเว้นระยะห่าง การประเมินแบบใกล้ชิดและเข้มงวดอาจไม่สามารถทำได้มากนัก นักศึกษาต้องเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความชำนาญมากขึ้น

การพัฒนาทักษะก่อนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงด้วยหุ่นจำลองที่เลียนแบบเสมือนจริง (Simulation) มีความจำเป็นในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เพราะทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้โครงสร้างและกายวิภาคของหุ่นจำลองได้ถูกต้องแม่นยำ สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานจริงได้ เช่น การใช้หุ่นจำลองสำหรับฝึกทักษะการประเมินท่าทารกในครรภ์ พบว่ามีประโยชน์แก่นักศึกษาในการฝึกประเมินท่าทารกในครรภ์ ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติที่หน่วยฝากครรภ์ และหน่วยคลอด และใช้สำหรับการทบทวนด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมให้เกิดความชำนาญในการประเมินท่าทารกในครรภ์[7] และนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี มีความพึงพอใจในระดับมากต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอดที่ประกอบด้วย หุ่นเด็กทารก และหุ่นอุ้งเชิงกราน และสรุปว่าหุ่นสามารถนำไปใช้ในการฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการควบคู่กับการเรียนภาคทฤษฎี ทำให้นักศึกษามองเห็นภาพชัดเจน เรียนรู้ได้ง่าย เกิดความรู้ความเข้าใจและสร้างความมั่นใจในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลมากขึ้น[8]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ยังมีอุปกรณ์การฝึกหัตถการทางสูติศาสตร์เช่น หุ่นสำหรับการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกไม่เสมือนจริง เช่น มีลักษณะแข็งและไม่สามารถตรวจส่วนนำและความบางของปากมดลูกได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนานวัตกรรมสื่อการสอนเลียนแบบเสมือนจริง (Simulation) เพื่อให้นักศึกษาได้ศึกษา เรียนรู้โครงสร้างกายวิภาคของช่องคลอดและฝึกความแม่นยำในการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกทำให้นักศึกษาเกิดมโนภาพที่ถูกต้อง เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนนำไปฝึกความชำนาญด้วยตัวเองตามต้องการทั้งในขณะเรียนและนอกเวลาเรียนได้ รวมทั้งเพื่อให้อาจารย์ได้ใช้ในการประเมินความพร้อมของนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล และลดความเสี่ยงการเกิดอันตรายต่อมารดาและทารก อีกทั้งเป็นการสร้างความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงานจริงของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน

2. เปรียบเทียบความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน

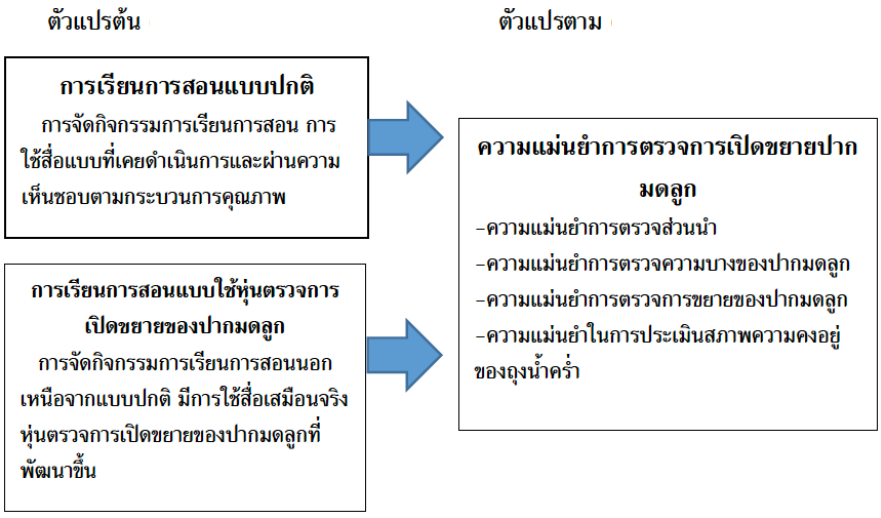
สมมติฐานการวิจัย

1. ความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการจัดการเรียนการสอน มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเรียนการสอน

2. ความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าควบคุมหลังการจัดการเรียนการสอน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของหุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกต่อความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช มีกรอบแนวคิดที่ใช้ดังภาพแสดงที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ปีการศึกษา 2563 ปี 3 และปี 4 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1-2 จำนวน 167 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ปีการศึกษา 2563 จำนวน 70 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

1. เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563 ภาคเรียนที่ 2 ช่วงเดือนเมษายน 2564

2. ลงทะเบียนและกำลังเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ระหว่างเดือน มีนาคม -เมษายน 2564

3. ยังไม่มีประสบการณ์ในการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก

แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 คน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. หุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกสามารถใช้ประเมิน ระดับส่วนนำ ความบาง การขยายของปากมดลูก และสภาพความคงอยู่ของถุงน้ำคร่ำ มีลักษณะดังนี้

1.1 หุ่นตรวจการขยายปากมดลูก เป็นหุ่นที่รูปร่างตั้งแต่เอวลงไปถึงต้นขา ท่านอนหงาย (Lithotomy) ลักษณะตั้งครรภ์ประมาณ 32 สัปดาห์ ใช้ปูนพลาสเตอร์หล่อและหุ้มด้วยซิลิโคน ผลมสีน้ำตาลอ่อน เพื่อให้ผิวมีความยืดหยุ่นและมีสีใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด

1.2 ความยาวจากด้านหน้าไปด้านหลังประมาณ 50 ซม. ซึ่งด้านหน้าส่วนที่เป็นตำแหน่งของอวัยวะเพศใช้อวัยวะเพศที่ทำจากซิลิโคน ส่วนด้านหลังเป็นโพรง สำหรับใส่กลไกภายในลักษณะเหมือนช่องเชิงกรานที่ใช้มือเลื่อนเข้าออกได้ ทำจากวัสดุไม้ ประกอบด้วย

- แผ่นไม้อัดที่มีความบาง 2.4 มม ขนาด 11 x 11 ซม. หล่อด้วยซิลิโคนและเจาะรูตรงกลางตามขนาดการขยายของปากมดลูกที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 1-10 ซม. ใช้ประเมินความบางและการขยายของปากมดลูก ซึ่งส่วนนี้ด้านหน้ามีช่องสำหรับใส่และเปลี่ยนแผ่นไม้อัดที่มีรูตรงกลางตามขนาดการขยายของปากมดลูกที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดต่าง ๆ ที่อาจารย์/นักศึกษาต้องการทดสอบ
- ศีรษะทารกที่ทำจากศีรษะตุ๊กตาเด็กเพื่อใช้ประเมินระดับส่วนนำของทารก
- ลูกโป่งขนาดเล็กที่จำลองเป็นถุงน้ำคร่ำ

2. แบบประเมินความถูกต้องแม่นยำในการตรวจประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก ซึ่ง มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประยุกต์ตามแนวทางของลิเคิร์ท[9] กำหนดค่าของคะแนนของช่วงน้ำหนักเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

4 คะแนน หมายถึง	มีการปฏิบัติถูกต้อง แม่นยำ ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้ง
3 คะแนน หมายถึง	มีการปฏิบัติถูกต้อง แม่นยำ มากกว่า ร้อยละ 50
2 คะแนน หมายถึง	มีการปฏิบัติถูกต้องแม่นยำ ร้อยละ 50
1 คะแนน หมายถึง	มีการปฏิบัติถูกต้องแม่นยำ น้อยกว่า ร้อยละ 50
0 คะแนน หมายถึง	มีการปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่มีความแม่นยำ

การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้[10]

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01-4.00 หมายถึง ความถูกต้องแม่นยำมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01-3.00 หมายถึง ความถูกต้องแม่นยำปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.01-2.00 หมายถึง ความถูกต้องแม่นยำน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง .01-1.00 หมายถึง ความถูกต้องแม่นยำน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง .00-.00 หมายถึง ไม่มีความถูกต้องแม่นยำ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นในการใช้หุ่นและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพ

1. ผู้วิจัยนำหุ่นเพื่อตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช่หรือไม่ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาตร์ จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์ซึ่งเป็นประธานสาขาสูติศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และแพทย์แผนกสูตินรีเวช ทำการประเมินความเสมือนจริงของหุ่นและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำหุ่นไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. นำแบบประเมินความถูกต้องแม่นยำในการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (validity) และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) โดยพิจารณารายข้อที่มีคะแนน IOC>.50 ขึ้นไป หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไข ไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .78

วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและอาจารย์ประจำกลุ่มที่นิเทศการฝึกปฏิบัติงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ

2. หลังจากชี้แจงและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยส่งใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล (Information consent form) ลงนาม ด้วยความสมัครใจและแจ้งว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สอบถามในส่วนที่ยังไม่เข้าใจและเมื่อผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและข้อคำถามของโครงการวิจัยจนเข้าใจ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมทั้ง 35 คนก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง 35 คน รายละเอียดต่อไปนี้

3.1 กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการดังนี้

1) อาจารย์ประจำกลุ่มพบนักศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมการฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการ จำนวน 1 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 5 เมษายน 2564 ถึง 9 เมษายน 2564)

2) อธิบายการใช้หุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกต่อความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก

3) อาจารย์ประจำกลุ่ม ประเมินความถูกต้องแม่นยำการเปิดขยายของปากมดลูกโดยการใช้หุ่นฝึกตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 ของการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติ

4) จัดการเรียนการสอนแบบปกติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง จำนวน 1 สัปดาห์ โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง แบ่งนักศึกษาเป็น 5 กลุ่มกลุ่มละ 7 คน ฝึกทักษะการรับใหม่ การดูแลผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด โดยใช้โจทก์สถานการณ์ หุ่นเสมือนจริง (sim mom) หุ่นจำลองเชิงกรานและหุ่นจำลองทารกที่แยกชิ้นกันและอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยไม่มีการใช้หุ่นเพื่อตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นักศึกษาใช้ แผ่น chart บอกขนาดปากมดลูก แบบจำลองของปากมดลูกที่ทำจากวัสดุยางพารา และ Sim-mom ในการฝึกทักษะการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก

5) หลังจากฝึกปฏิบัติบนห้องปฏิบัติการพยาบาล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ในห้องคลอดที่โรงพยาบาล เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และกำหนดให้นักศึกษาประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกอย่างน้อย 3 ครั้ง หรือตามบริบทจำนวนผู้คลอดที่มาโรงพยาบาล แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โรงพยาบาลอนุญาติให้นักศึกษาฝึกเพียง 2 สัปดาห์ (12- 23 เมย. 64) ในระหว่างการฝึกปฏิบัติ อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มเป็นผู้ตรวจสอบการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกทุกครั้งที่นักศึกษาตรวจ ด้วยแบบประเมินความถูกต้องแม่นยำ ในการตรวจประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก หลังเสร็จสิ้นการฝึกในโรงพยาบาลนักศึกษาฝึกประสบการณ์แบบออนไลน์ เกี่ยวกับการประชุมทางการพยาบาล การวิเคราะห์กรณีศึกษา การตรวจครรภ์ และการบันทึกรายงาน

6) จัดการสนทนากลุ่มระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ประจำกลุ่มหลังเสร็จสิ้นการฝึกในโรงพยาบาลเกี่ยวกับประเด็น การตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก

3.2 กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

1) อาจารย์ประจำกลุ่มพบนักศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมการฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการ จำนวน 1 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 26 เมษายน 2564 ถึง 30 เมษายน 2564)

2) อธิบายการใช้หุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกต่อความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก

3) อาจารย์ประจำกลุ่ม ประเมินความถูกต้องแม่นยำการเปิดขยายของปากมดลูกโดยการใช้หุ่นฝึกตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 ของการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติ

4) จัดการเรียนการสอนแบบการใช้หุ่นการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง จำนวน 1 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมและการใช้โจทย์สถานการณ์ สื่อและอุปกรณ์การเรียนเช่นเดียวกับการสอนแบบปกติในกลุ่มควบคุม ร่วมกับการใช้หุ่นเพื่อตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในการฝึกทักษะการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก

5) หลังจากฝึกปฏิบัติบนห้องปฏิบัติการพยาบาล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ในห้องคลอดที่โรงพยาบาลโดยมีระยะเวลาและข้อกำหนดการประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม (ระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม 2564 ถึง 15 พฤษภาคม 2564) จากนั้นฝึกประสบการณ์แบบออนไลน์โดยปฏิบัติกิจกรรมเช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม

6) จัดการสนทนากลุ่มระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ประจำกลุ่มหลังเสร็จสิ้นการฝึกในโรงพยาบาลเกี่ยวกับประเด็น การตรวจการเปิดขยายของปากมดลูก และการใช้หุ่นการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกทักษะในโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช เลขที่ 10-10-2564 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งประโยชน์โดยตรงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์โดยรวมที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใด ๆ และมีสิทธิ์จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล ผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ต่อบุคคลอื่นว่าเป็นข้อมูลของใคร เพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะประชากรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ ากolmogorov-หmirnov test ก่อนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

3. เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องแม่นยำในการตรวจประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนความแม่นยำในการตรวจประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ pair t-test

ผลการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

นักศึกษาที่เข้าร่วมการวิจัย นักศึกษาในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 21.38 ปี เป็นเพศหญิงจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.57 เป็นเพศชายจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.43 ส่วนนักศึกษาในกลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 21.49 ปี เป็นเพศหญิงจำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ระหว่างการฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 อย่างรุนแรงทำให้มีผู้มาคลอดค่อนข้างน้อย นักศึกษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงไม่สามารถตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกตามข้อกำหนด จำนวน 3 ครั้ง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยาย CX	*n*	*M*	*SD*	*t*	*P-value*
ก่อนการทดลอง	35	2.06	.59	5.93	< .001
หลังการทดลอง	35	2.83	.61		

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{34}=5.93, p<.01); ก่อนการทดลอง: M=2.06, SD=.59; หลังการทดลอง: M=2.83, SD=.61

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยาย CX	*n*	*M*	*SD*	*t*	*P-value*
ก่อนการทดลอง	35	2.09	.64	2.43	.810
หลังการทดลอง	35	2.19	.65		

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{34}=2.43, p>.05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง

คะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยาย CX	*n*	*M*	*SD*	*t*	*P-value*
กลุ่มควบคุม	35	2.09	.64	15.03	.112
กลุ่มทดลอง	35	2.06	.59		

จากตารางที่ 3 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{68}=15.03, p>.05)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง

คะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยาย CX	*n*	*M*	*SD*	*t*	*P-value*
กลุ่มควบคุม	35	2.19	.65	15.53	<.001
กลุ่มทดลอง	35	2.83	.61		

จากตารางที่ 4 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{68}=15.53, p <.01; กลุ่มควบคุม: M=2.19, SD=.65; กลุ่มทดลอง: M=2.83, SD=.61)

การอภิปรายผล

จากการศึกษา ประสิทธิผลของหุ่นตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกต่อความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัชสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. ความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการจัดการเรียนการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเรียนการสอน

2. ความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าควบคุมหลังการจัดการเรียนการสอน

ความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการจัดการเรียนการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเรียนการสอน

ผลการศึกษาเบื้องต้น ผู้วิจัยได้ทดสอบคะแนนเฉลี่ยความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก (การตรวจครั้งที่ 1) ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นฐานในการเปรียบเทียบ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อทดสอบความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ของกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยระยะหลังสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ก่อนการทดลอง M=2.06, SD=.59 หลังการทดลอง M=2.83, SD=.61) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองมีค่าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ก่อนการทดลอง M=2.06, SD=.59 หลังการทดลอง M=2.19, SD=.65) ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากหุ่นตรวจการขยายปากมดลูก เป็นหุ่นเสมือนจริงแบบ 3 มิติ สามารถใช้ประเมินระดับของส่วนนำ ความบางและการขยายของปากมดลูก ที่ผ่านการตรวจสอบความเสมือนจริงและการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสูติศาสตร์ ที่มีความเห็นว่าหุ่นตรวจการขยายปากมดลูกมีความเสมือนจริงมาก ซึ่งหุ่นเสมือนจริง 3 มิติ ส่งผลให้ทำให้นักศึกษาเกิดจินตนาการมองเห็นภาพชัดเจน เรียนรู้ได้ง่าย เกิดความรู้ความเข้าใจ[7-8] นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังสามารถฝึกฝนหุ่นเสมือนจริงนี้ด้วยตัวเองได้ตามต้องการ ทำให้เกิดความพร้อมและความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ[8] ซึ่งผลของการพัฒนาสื่อการสอนเสมือนจริงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะจากประสบการณ์เสมือนจริงและเกิดความมั่นใจ รวมทั้งต้องการฝึกเพื่อความชำนาญเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการใช้นวัตกรรมหุ่นแขนในการฝึกหัตถการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้นวัตกรรมหุ่นทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการฝึกประสบการณ์ที่มีความคล้ายกับผู้ป่วยจริง เกิดความมั่นใจและต้องการที่จะฝึกซ้ำ ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญ[11] ส่วนกลุ่มควบคุมที่มีการใช้แผ่น chart บอกขนาดปากมดลูก แบบจำลองของปากมดลูกที่ทำจากวัสดุยางพารา หุ่นจำลองเชิงกรานและหุ่นจำลองทารกที่แยกชิ้นกัน ทำให้นักศึกษายังมองเห็นภาพได้ไม่ชัดเจน ต้องใช้จินตนาการมากขึ้นในการทำความเข้าใจ และไม่สามารถฝึกทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง มากนักส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลขาดความแม่นยำเมื่อตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกได้[12] อีกทั้งระยะเวลาในการฝึกความชำนาญจากสถานการณ์จริงน้อยกว่าปกติเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ดังนั้นกลุ่มควบคุมซึ่งยังไม่สามารถมองภาพที่ชัดเจน อีกทั้งจำนวนการฝึกและระยะเวลาที่น้อยจึงมีผลต่อความแม่นยำในการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกได้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักศึกษาที่เขียนแสดงไว้ในส่วนที่ 3 ที่เป็นคำถามปลายเปิดของแบบประเมินว่า

"หุ่นตรวจการขยายปากมดลูกช่วยให้เราคุ้นชิน ลดความตื่นเต้นได้ ฝึกปฏิบัติและเรียนรู้ ก่อนออกไปเจอของจริง ทำให้สามารถเชื่อมโยงการฝึกในห้องปฏิบัติการกับบนหอผู้ป่วยได้ "

"สามารถช่วยในเรื่องการประมาณขนาดปากมดลูกได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง มองเห็นภาพการ PV มากขึ้น"

"หุ่นตรวจการขยายปาดมดลูก ช่วยการฝึกปฏิบัติเรื่องการตรวจการขยายปาดมดลูกได้จริง สามารถเสริมสร้างจินตนาการในการประเมินสภาพ ฝึกความชำนาญในการประเมินได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ"

"หุ่นที่ใช้ฝึกปฏิบัติทำให้รู้สึกมั่นใจขึ้น มองเห็นภาพการ PV มากขึ้น และสามารถฝึกทำ PV บ่อย ๆ และคาดคะเนได้ใกล้เคียงของจริงมาก

"การตรวจ PV มีโอกาสแค่ 2 ครั้ง คือครั้งที่เป็น pre test กับตอนฝึกที่โรงพยาบาล มองไม่ค่อยออก ยังงง ๆ อยู่ เพราะมีโควิดด้วย โรงพยาบาลเลยไม่ให้ฝึก เคสก็ไม่ค่อยมี ถ้าฝึกเพิ่มน่าจะดีขึ้นคะ"

จากการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะว่า หุ่นตรวจการขยายปากมดลูก เป็นหุ่นเสมือนจริงแบบ 3 มิติ สามารถทำให้นักศึกษาเกิดมโนภาพที่ถูกต้อง ทำให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่และเกิดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติจริง เมื่อปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทำให้มีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติทักษะที่ได้ฝึกฝนมาก่อนหน้านั้น จนเกิดความชำนาญและความมั่นใจในระดับหนึ่ง จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการดังการสะท้อนของนักศึกษาที่ว่า

"ทำให้มั่นใจมากขึ้น กล้า PV กับผู้ป่วยจริง ๆมากขึ้น"

"หนูได้รับคำชมค่ะ ประเมินได้ทุกอย่างตรงกับพี่ แต่ความหนาบางและความกว้างของปากมดลูกพี่บอกว่าขึ้นอยู่กับความชำนาญค่ะ ให้ตรวจบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ แต่ก้อมีความมั่นใจ และหลังจากนั้นพี่ก็เชื่อใจให้ PV เองตลอด"

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการใช้ชุดเต้านมจำลองสามมิติ "Check Your Breast" ต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ตัวอย่างคือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 จำนวน 54 คน ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนพยาบาลทหารอากาศมีความพึงพอใจต่อการใช้ชุดเต้านมจำลองสามมิติ "Check Your Breast" ระดับมากที่สุด และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ก่อนและหลังการใช้ชุดเต้านมจำลองสามมิติ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยสรุปว่า ชุดเต้านมจำลองสามมิติ นี้สามารถไปใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ใหม่ที่ทำให้เพิ่มความเข้าใจและสามารถฝึกทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ดี[13] เช่นเดียวกับการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้หุ่นแขนและหลอดเลือดจำลองต่อ ความสามารถในการเจาะเลือดและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ใช้หุ่นแขน และหลอดเลือดจำลอง ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการเจาะเลือดและให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำหลังจากการฝึกซ้อมมากกว่าการฝึกซ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] และสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษา ผลของการใช้หุ่น Suction ต่อความสามารถในการดูดเสมหะ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา พยาบาลศาตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความสามารถ และความมั่นใจในการดูดเสมหะหลังการใช้หุ่น Suction มากกว่าก่อนการใช้หุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[15] ดังนั้นการใช้หุ่นทดลองสามมิติสามารถช่วยให้เกิดมโนภาพที่ถูกต้องและทำให้เกิดการเชื่อมโยงการเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริงกับสถานการณ์ที่เป็นจริงขณะฝึกปฏิบัติได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริการพยาบาล พยาบาลที่หน่วยห้องคลอด สามารถนำหุ่นตรวจการขยายปากมดลูก ไปใช้ฝึกความชำนาญของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และนำไปสอนมารดาระยะคลอดในเรื่องกายวิภาคของช่องเชิงกราน

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำการตรวจการเปิดขยายปากมดลูกของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

2.1 คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำหุ่นตรวจการขยายปากมดลูก ไปใช้ฝึกทักษะก่อนการขึ้นปฏิบัติงานในห้องคลอด ทั้งนอกและในห้องเรียน เพื่อให้นักศึกษาเกิดมโนภาพที่ถูกต้อง เกิดความชำนาญในการตรวจ PV

2.2 คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำหุ่นตรวจการขยายปากมดลูกไปใช้ในการทดสอบทางคลินิก (OSCE) เพื่อประเมินทักษะวิชาชีพ เจตคติและการตัดสินใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาต่อยอดหุ่นตรวจการขยายปากมดลูกให้เสมือนจริงมากขึ้น และมีกลไกที่สามารถแสดงการคลอดได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ปีงบประมาณ 2564 ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้

References

1. Office of the Education Council. National education standards B.E. 2561 (2018). 1st ed. Bangkok: 21 century Publishing; 2018.(in Thai)
2. Government Gazette. Announcement of the ministry of education commissioner: undergraduate qualifi cations standards nursing science, B.E. 2017 [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 1]. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Edit(1.(in Thai)
3. Chaleoykitti S, Artsanthia J,Daddee SM. The Effect of covid-19 disease: Teaching and learning in nursing. Journal of Health and Nursing Research 2020;36(2):255-261.(in Thai)
4. Rueangsawat S. Teaching and learning management during the covid-19 outbreak among nursing colleges of the Praboromarajchanok Institute. Journal of Health Research and Innovation 2021;4(2):102-114.(in Thai)
5. Gerdprasert S, Phumonsakul S. Nursing students' and instructors' perceptions of learning and teaching in midwifery clinical skill laboratory before clinical practice. Ramathibodi Nursing Journal 2013;19(3):400-416.(in Thai)
6. Neamsakul W. The First time experiences to assist in childbirth of the third year nursing students. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017;9(2):1-17.(in Thai)
7. Yimyam S. Developing simulation model for training clinical skill of health science students. Nursing Journal 2016;43(2):142-51.(in Thai)
8. Pataipakaipet W, Nithitantiwat P. Mechanism of labor simulator for nursing students. Journal of Health

and Nursing Research 2020;36(3):233-243.(in Thai)

9. Likert RA. The human organization. New York: Mc Graw – Hill; 1961.
10. Srisaard B. Preliminary research. 5th ed. Bangkok: Suwiriyasan Publishing House. 2010;(in Thai)
11. Choeychom S, Rujiwatthanakorn D. The Use of an Innovative arm mode in practicing an Intravenous infusion procedure of Nursing Students. Rama Nurs J 2015;21(3):395-407.(in Thai)
12. Nunchai J, Saengnual S. Developing simulation model for fetal position assessment training skill. Nursing Journal 2018;45(4):37-46.(in Thai)
13. Ladawan T, Prabripoo T, Ladawn J. Effectiveness of "Check your breast" model on self breast examination skill of air force student nurses. Journal of the Police Nurses 2018;10(2):340-348.(in Thai)
14. Ruamvong N, Hemchayard M, Loidsak B. The Effects of using Arm model and imitated blood vessel on the Ability to perform venous puncture procedure in nursing students of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. Journal of Phrapokklao Nursing College 2011;29(1):395-407.(in Thai)
15. Siratirakul L, Panasan D,Sanongyard J. The effects of using suction model on the ability to suction procedure in nursing students of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology 2020;5(6):374-388.(in Thai)

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี

Development of an Operating Theatre Management Model in the Situation of the COVID-19 Epidemic in Rajavithi Hospital

ลัดดา ยุทธนาถจินดา[1] อนงค์ ศรชัย[1] จินต์จุฑา แก้วมาก[1]
[1]งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี
Ladda Yutthanartjinda[1] Anong Sornchai[1] Jinjutha Kaewmak[1]
[1]Operating Room Department, Rajavithi Hospital
Corresponding author: Ladda Yutthanartjinda; Email: yutladda@gmail.com
Received: August 3, 2022 **Revised:** November 30, 2022 **Accepted:** December 3, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ของการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี 2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด-19 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ 4) รับรองรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัด โดยการสัมมนาผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 210 คน ประกอบด้วยพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 105 คน และสหวิชาชีพได้แก่ ศัลยแพทย์ ผู้ช่วยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1)เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผลลัพธ์ด้านบุคลากรที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นที่ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ โครงสร้าง บุคลากร และระบบ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลโดยภายหลังใช้รูปแบบฯ ไม่พบอุบัติการณ์ การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ ในการผ่าตัดผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 และไม่พบรายงานการติดเชื้อของพยาบาลจากการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการรอผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.011) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมากที่สุด (Mean=4.69, SD=.38) พยาบาลห้องผ่าตัดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในระดับมากที่สุด (Mean=4.50, SD=.44) และพยาบาลประสานงานของทีมผู้ให้บริการผ่าตัดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมากที่สุด (Mean=4.59, SD=.45)

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อโควิด-19; การพัฒนารูปแบบ; การบริหารจัดการห้องผ่าตัด

Development of an Operating Theatre Management Model in the Situation of the COVID-19 Epidemic in Rajavithi Hospital

Ladda Yutthanartjinda[1] Anong Sornchai[1] Jinjutha Kaewmak[1]
[1]Operating Room Department, Rajavithi Hospital
Corresponding author: Ladda Yutthanartjinda; Email: yutladda@gmail.com
Received: August 3, 2022 **Revised:** November 30, 2022 **Accepted:** December 3, 2022

Abstract

This research and development study aimed to develop an operating theatre management model in the situation of the COVID-19 epidemic in Rajavithi Hospital, and to examine its effectiveness. The study was conducted in 4 phases: 1) study the situation of operating room management in the situation of the COVID-19 pandemic, 2) development of an operating room management model in the epidemic situation of COVID-19, 3) examine the effectiveness of the developed model, and 4) certify the operating room management model. The sample consisted of 60 patients undergoing surgery at Rajavithi Hospital, divided into 30 participants in the control group and 30 participants in the experimental group, and 210 operating room personnel who worked with COVID-19 patients. These included 105 nurses and 105 multi-professionals in the operating theatre. The research instruments included an experimental instrument, which was the developed model, and instruments developed by researchers and validated by three experts to collect data on both patients and personal outcomes. Quantitative data were analyzed using percentage, mean and standard deviation and qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that the operating theatre management model consisted of 3 components, including structure, staff and system. The developed model was found to be effective. Using the operating theatre management model, there was no incident of surgery on the wrong-person, wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient. There were no reports of infected nurses from practice and the waiting time for surgery was statistically significantly reduced (p=.011), and patients were highly satisfied with the model (Mean=4.69, SD=.38). Scrub and circulating nurses perceived their self-efficacy at a high level (Mean=4.50, SD=.44) and coordinator nurses perceived their self-efficacy at the highest level (Mean=4.59, SD=.45).

Keywords: COVID-19; model development; operating theatre management

ความเป็นมาและความสำคัญ

การระบาดของโรค COVID-19 ได้ส่งผลกระทบต่อการรักษาทางศัลยกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัด[1] มีรายงานจากประเทศทั่วโลกว่า COVID-19 ทำให้เกิดการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัดถึง 28.4 ล้านครั้งทั่วโลก ซึ่งการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัดออกไปนั้นจะส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเกือบ 2.73 เท่า[2] และที่สำคัญคือการผ่าตัด โสต ศอ นาสิกวิทยา การผ่าตัดศีรษะและลำคอ (OHNS) ได้รับผลกระทบมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ เนื่องจากความเสี่ยงในการทำงานที่สัมผัสใกล้ชิดตำแหน่งการผ่าตัดศีรษะและลำคอที่แพร่กระจายเชื้อที่สูงขึ้น[3] ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อจำนวน 4.67 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 32,564 คน (พ.ศ.2565) กรุงเทพมหานครพบผู้ติดเชื้อสูงสุดเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 320,030 ราย เสียชีวิตจำนวน 5,410 ราย ซึ่งมีผู้ติดเชื้อสูงสุดอันดับหนึ่งของประเทศ[4] โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 มารับบริการสะสม ปี 2563 จำนวน 284 คน ปี 2564 จำนวน 13,857 คน และปี 2565 จำนวน 37,603 คน รวมทั้งหมด 52,710 คน คิดเป็นร้อยละ 16.48 ของกรุงเทพมหานคร และคิดเป็นร้อยละ 1.13 ของประเทศ[5] นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จนถึงปัจจุบัน งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีได้ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพและต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ปี พ.ศ.2562 - พ.ศ. 2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดจำนวนทั้งสิ้น 50,598 ราย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 13,825 ราย ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 14,997 ราย และปี พ.ศ. 2564 จำนวน 21,776 ราย จากสถิติผู้ป่วยผ่าตัดดังกล่าวมานั้นมีการผ่าตัดผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวนทั้งสิ้น 265 ราย โดยปี พ.ศ. 2562 จำนวน 19 ราย ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 169 ราย และปี พ.ศ. 2564 จำนวน 77 ราย[6] พบว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้สงสัยและติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับการผ่าตัดของแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ และแผนกศัลยกรรม มีการผ่าตัดอวัยวะที่เป็นระยางค์ หรือมี 2 ข้าง ไม่มีการทำ mark site มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และด้วยความเร่งด่วนของอาการผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติงานมีความเร่งรีบ เสี่ยงต่อโอกาสเกิดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้สูงกว่าการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน[8] โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่บุคลากรยังขาดความรู้ในการปฏิบัติงาน ขาดสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 ประกอบกับบุคลากรมีภาระงานหนักพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนแอลงทำให้บุคลากรเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย และด้วยโรคนี้สามารถแพร่กระจายได้ทางฝอยละอองจากระบบทางเดินหายใจพบว่ามีบุคลากรติดเชื้อ จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 19 ของบุคลากรทุกระดับ[7]

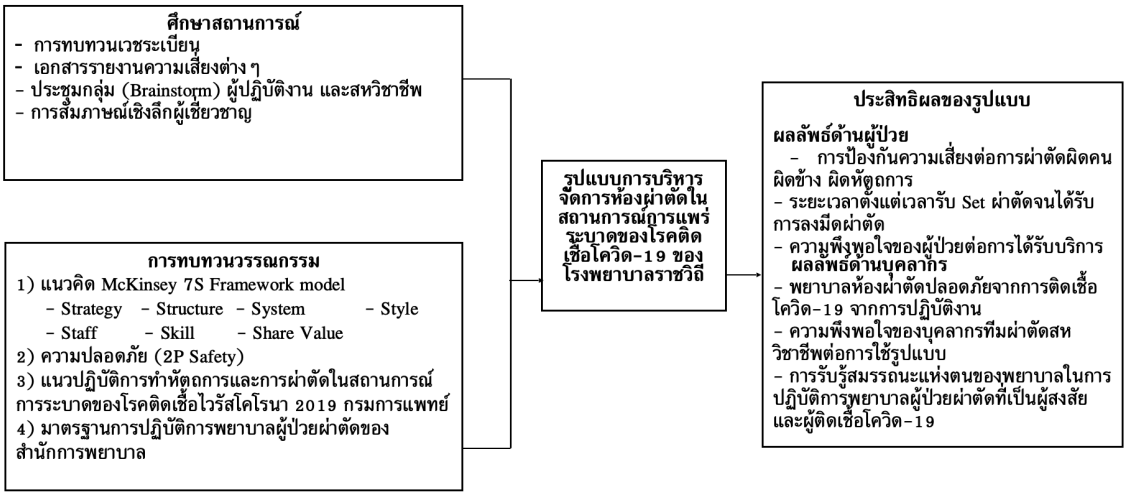
จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้เห็นปัญหาการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ว่าต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไม่ให้เพิ่มมากขึ้น หากไม่มีการพัฒนาอาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตระหนักถึงความจำเป็นในการเร่งแก้ปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าว จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการห้องผ่าตัด และการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 จึงนำ แนวคิด 2P Safety[8] แนวคิด McKinsey 7-S Framework model[9] ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติว่า เป็นเกณฑ์ที่สามารถประเมินจุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลการปฏิบัติงานขององค์กรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิผล[10] ซึ่งทั้ง 7 องค์ประกอบนี้มีความเกี่ยวข้องกับ 7 ปัจจัยของการพึ่งพาและเป็นตัวส่งเสริมซึ่งกันและกัน ส่งผลให้องค์กรมีประสิทธิภาพและนำไปสู่ความสำเร็จ ประกอบกับแนวทางปฏิบัติการใช้ห้องผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมการแพทย์[11] และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของสำนักการพยาบาล[12] มาบูรณาการ การบริหารจัดการห้องผ่าตัดในการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ เพื่อให้องค์กรมีรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดที่มีคุณภาพ นำไปปฏิบัติได้จริง

อันจะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ อีกทั้งเป็นการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนให้กับพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่ยากได้ สอดคล้องกับหลักวิชาการและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และให้ทันกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ของการบริหารจัดการห้องผ่าตัด 2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบฯ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ และ 4) รับรองรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี

ทำการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) ดังนี้

1. การศึกษาเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2565 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันติดเชื้อโควิด-19 หรือเป็นผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดความดันลบ ทุกเพศทุกวัย จำนวน 30 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค วันที่นอนโรงพยาบาล วันที่ทำผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ได้แก่ แผนกที่มารับการผ่าตัด ชื่อการผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลา ได้แก่เวลารับแจ้งการผ่าตัด (set ผ่าตัด) เวลาเริ่มแต่งตัวชุดป้องกันการติดเชื้อ เวลาแต่งตัวเสร็จ เวลาที่ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดความดันลบ เวลาที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดความดันลบ และเวลาที่ลงมีดผ่าตัด

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ

2.1 ประชุมระดมสมอง (Brainstorming) คณะทำงานพัฒนาคุณภาพงานบริการห้องผ่าตัดระดมสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในประเด็น สถานการณ์ปัญหา และความต้องการพัฒนาการบริหารจัดการห้องผ่าตัด ร่วมกับการนำแนวคิด 2P Safety แนวคิด McKinsey 7S model แนวทางปฏิบัติการใช้ห้องผ่าตัดฯ และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลฯ มาวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการพัฒนาการบริหารจัดการห้องผ่าตัด

2.2 สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะจงสำหรับแผนกที่มีการผ่าตัดในห้องผ่าตัดความดันลบมากที่สุด และแผนกที่มีการผ่าตัดรองลงมา ได้แก่แพทย์สาขาสูติกรรม 1 ท่าน แพทย์สาขาศัลยกรรม 1 ท่าน ใช้เวลาการสัมภาษณ์ท่านละ 60 นาที หลังจากสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละวันจะมีการสรุปข้อมูลที่ได้โดยการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงภายหลังการสัมภาษณ์ภายใน 24 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคไลซี[13]

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดฯ ภายใต้ข้อมูลนำเข้าจากการศึกษาในระยะที่ 1 วิเคราะห์แนวคิด patient and personnel safety (2P safety) ระยะ 4 ปี (พ.ศ 2561-2564)[8] แนวคิด Mckinsey 7-s Framework model ประกอบด้วย strategy, structure, system, style, staff, skill และ shared value[9] โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำ (ร่าง)รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดฯ จำนวน 3 ครั้ง โดยผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าภายใต้บริบทของงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อนำแนวคิดของ Mckinsey 7-S framework model มาวิเคราะห์องค์กรแล้วพบว่า ปัจจัยทั้ง 7 ประการที่กล่าวมานั้นมี 4 ปัจจัยที่เป็นจุดแข็งอยู่แล้วคือ กลยุทธ์ รูปแบบการบริหาร ค่านิยมร่วม ทักษะ/ประสบการณ์การทำงาน เหลืออีก 3 ปัจจัยที่ยังต้องมีการพัฒนาให้มีความแข็งแกร่งขึ้นในรูปแบบที่จะพัฒนาคือ โครงสร้าง ระบบ และบุคลากร จึงนำปัจจัยทั้ง 3 ประการ มาพัฒนาร่วมกับแนวทางปฏิบัติการใช้ห้องผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของสำนักการพยาบาล มาจัดทำรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดฯ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง บุคลากร และระบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

โครงสร้าง (structure) ประกอบด้วย 1) คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการเพื่อโต้ตอบภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโรงพยาบาลราชวิถี (RJH-EOC) กำหนดแผนการให้บริการ (BCP) elective case 2) การแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพงานการบริการห้องผ่าตัด มีหน้าที่จัดทำระบบกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้บริการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ กำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายด้านมาตรฐานบริการ การเข้าถึงบริการ ลดค่าใช้จ่าย และกำกับติดตามการจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด กำหนดติดตามตัวชี้วัดคุณภาพของห้องผ่าตัด และหน้าที่อื่น ๆที่ได้รับมอบหมาย 3) จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และ 4) ปรับปรุงโครงสร้างห้องผ่าตัดให้เป็นห้องผ่าตัดความดันลบชนิด modify negative pressure room โดยการปรับปรุงห้องผ่าตัดเดิมที่มีอยู่แล้วให้สามารถรองรับผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยพิจารณาร่วมกันระหว่างทีมศัลยแพทย์และวิศวกร โดยการปรับปรุงระบบปรับอากาศและระบายอากาศ และดำเนินการติดตั้งห้องกั้น (ante room)

บุคลากร (staff) ประกอบด้วย 1) การวางแผนอัตรากำลัง โดยจัดอัตรากำลังตามแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง หากโรงพยาบาลกำหนดให้บริการผ่าตัดปกติน้อยกว่าร้อยละ 50 จะจัดเป็น 2 ทีม คือ ทีม 1 และทีม 2 (Work from Home) เพื่อรองรับหากทีม 1 ถูกกักตัวหรือป่วย ทีม 2 จะมาทดแทนได้ทันทีโดยไม่ต้องปิดห้องผ่าตัด การจัดอัตรากำลังประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานทีม COVID จำนวน 4 คน ต่อ 1 ห้องผ่าตัดเพื่อให้บริการในห้องผ่าตัดความดันลบ ผู้ปฏิบัติงานทีม Non COVID จำนวน 3 คน ต่อ 1 ห้องผ่าตัดให้บริการในห้องผ่าตัดปกติ และจัดผู้ปฏิบัติงานช่วย Cohort ward / Semi ICU ตามภาระงานของโรงพยาบาล 2) การพัฒนาบุคลากร โดยจัดโครงการให้ความรู้พื้นฐานและพัฒนาทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3 โครงการ คือ 1) โครงการเสริมสร้างความรู้พื้นฐานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 2) โครงการพัฒนาทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดและเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 3) โครงการเสริมสร้างความรู้เฉพาะในสถานการณ์โควิด-19 ได้แก่ เรื่องห้องผ่าตัดความดันลบ การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างการตรวจ GeneXpert และ RT PCR และได้มีการจัดฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ภายหลังการอบรม **ระบบ (system)** ประกอบด้วย ระบบปฏิบัติการ เป็นการจัดบริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับการผ่าตัด และระบบการประสานงานมีการรับนโยบายจากคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุขโรงพยาบาลราชวิถี (RJH-EOC) ที่เป็นผู้กำหนดแผน BCP การให้บริการกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป รวมถึงการกำหนดนโยบายการให้บริการผ่าตัด elective case โดยแบ่งเป็นการประสานงานภายในห้องผ่าตัด และการประสานงานภายนอกห้องผ่าตัด

ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารห้องผ่าตัด 1 ท่าน ด้านการบริหารห้องผ่าตัดติดเชื้อ 1 ท่าน ด้านการรักษาโดยการผ่าตัด 1 ท่าน ตรวจสอบให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อ (ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดฯ และผู้วิจัยปรับแก้ไข (ร่าง) รูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ ใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) โดยประเมินผลลัพธ์ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย และด้านบุคลากร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ.2565 จำนวน 12,915 ราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีผลตรวจ RT-PCR, GeneXpert หรือ ATK เป็นบวก และเข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดความดันลบในโรงพยาบาลราชวิถี หรือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่มีผลตรวจ RT-PCR หรือ GeneXpert แต่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ (PUI) และเข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดความดันลบในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม[14]

2. ด้านบุคลากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นบุคลากรสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 316 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดความดันลบ ระหว่าง 3 มิถุนายน ถึง 31 สิงหาคม 2565 จำนวน 210 คน ประกอบด้วย พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดห้องผ่าตัดความดันลบ และพยาบาลช่วยรอบนอก จำนวน 79 คน พยาบาลที่ปฏิบัติบทบาทการประสานงานในการผ่าตัด จำนวน 26 คน และกลุ่มสหวิชาชีพได้แก่ ศัลยแพทย์ ผู้ช่วยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลที่เข้ามาให้บริการผ่าตัดกับผู้ป่วยรายนั้น จำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของการวิจัย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล FM-HOS-COP-001-R01 เป็นแบบรายงานเหตุการณ์ที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลราชวิถี (TQM) พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2) แบบบันทึกข้อมูล จากเวชระเบียนเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เก็บข้อมูลระยะเวลารับแจ้งการผ่าตัด (set ผ่าตัด)

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านอาคารสถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์ จำนวน 2 ข้อ 3) ด้านผลของการได้รับบริการ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า ข้อความเป็นด้านบวกทั้งหมด ค่าค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าเท่ากับ 1 ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อการปรับปรุงการบริการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาคาร สถานที่ ด้านบุคลากร และด้านการให้บริการ

2.2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านบุคลากร

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือ ตามแนวคิดของ 2P Safety (patient safety goals และ personal safety goals) ในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อของบุคลากร และแนวคิดด้านบริหารองค์กรของ McKinsey 7S framework model มาบริหารจัดการห้องผ่าตัด นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 3 ชุด ได้แก่

1. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลห้องผ่าตัดฯ มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบันที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลห้องผ่าตัดฯ ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา[15] จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือมั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย และมั่นใจน้อยที่สุด มีค่าดัชนีความสอดคล้องค่าเท่ากับ .97

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลผู้ประสานงานห้องผ่าตัดฯ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา15 มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบันที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลผู้ประสานงานห้องผ่าตัดฯ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือมั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย และมั่นใจน้อยที่สุด มีค่าดัชนีความสอดคล้องค่าเท่ากับ 1

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหวิชาชีพต่อรูปแบบฯ มี 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน และระยะเวลาปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบฯ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านระบบ จำนวน 4 ข้อ ด้านโครงสร้าง จำนวน 3 ข้อ และด้านบุคลากร จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC) และทุกข้อการประเมินคุณภาพของแบบประเมินมีค่า IOC มากกว่า .50 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้อง[16] ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .97 ถึง 1

2. การตรวจสอบความเที่ยง นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเป็นไปตามเกณฑ์ความเชื่อถือได้ โดยแบบสอบถามทั้ง 4 ชุดนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92, .94, .95 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ และให้เซ็นชื่อถ้ายินยอม หลังจากนั้นจึงแจกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และให้เวลาผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยอิสระ ใช้เวลา 10-15 นาที สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สะดวกลุกนั่งตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยช่วยอ่านคำถามในแบบประเมินและให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยให้คะแนนระดับความพึงพอใจในแต่ละข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยช่วยบันทึกในแบบสอบถาม สำหรับผู้ป่วยที่กลับบ้านก่อน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยให้คะแนนระดับความพึงพอใจในแต่ละข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยช่วยบันทึกในแบบสอบถาม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในบุคลากรสหวิชาชีพ

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่ขอความยินยอมในวันที่มีการผ่าตัดผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 พร้อมแจกแบบประเมินและให้ทำโดยอิสระหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดแต่ละราย หรือผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย นำแบบสอบถามไปให้หลังวันผ่าตัดและให้ผู้ให้ความยินยอมตอบแบบสอบถามโดยอิสระพร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ประสานเพื่อคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปเก็บแบบสอบถามกลับคืน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลราชวิถี REC No.087/2565 และ REC No.087/2021 คณะผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ และในขั้นตอนการ

เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอน และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปไว้ เพื่อความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลและให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้ยินยอมด้วยทุกคนเป็นหลักฐาน ข้อมูลที่ได้จากการสนทนาผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เฉพาะเจาะจงผู้ใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และข้อมูลทั่วไปของบุคลากรได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบันที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติการหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความปลอดภัยของผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ และระยะเวลาในการเตรียมผ่าตัดตั้งแต่เวลารับแจ้งการผ่าตัด (set ผ่าตัด) จนได้รับการลงมีดผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติการหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลห้องผ่าตัดฯ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลผู้ประสานงานห้องผ่าตัด ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบฯ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบระยะเวลาในการเตรียมผ่าตัดตั้งแต่เวลารับแจ้งการผ่าตัด (set ผ่าตัด) จนได้รับการลงมีดผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์การทดสอบค่าที ที่เป็นอิสระจากกัน Independent t-test ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ หรือใช้สถิติ Mann-Whitney U- test ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ระยะที่ 4 รับรองรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โรงพยาบาลราชวิถี

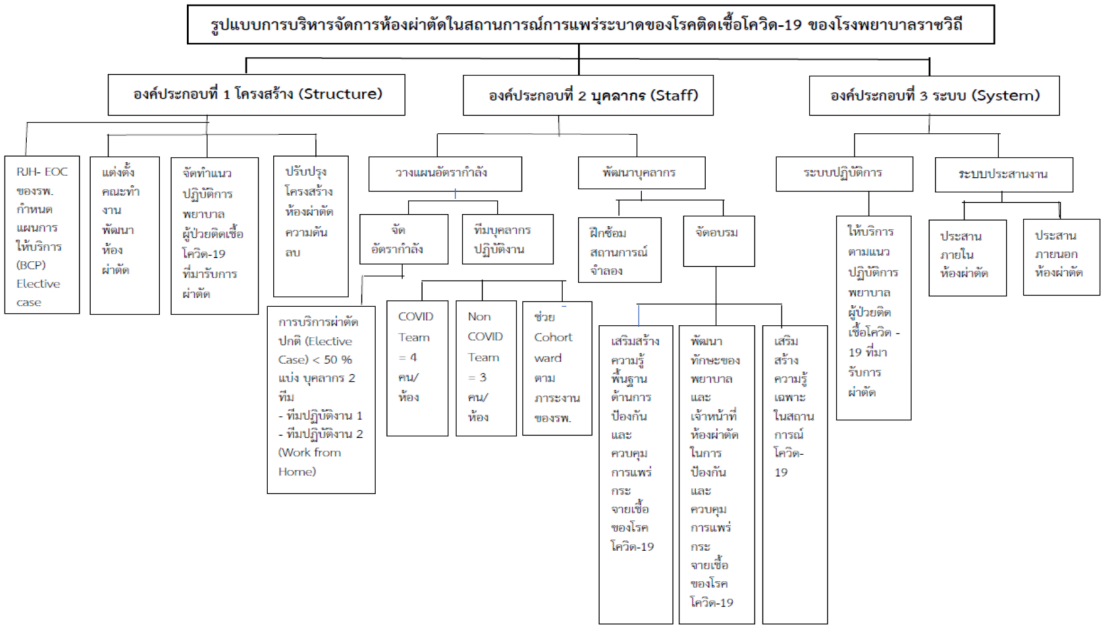
คณะผู้วิจัยจัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (connoisseurship) เพื่อรับรองรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โรงพยาบาลราชวิถี โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และด้านการพัฒนาบุคลากร ร่วมประชุมพิจารณารับรองรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิร่วมสัมมนากับผู้วิจัยและทำการรับรองรูปแบบตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการประเมินมาตรฐานของ The joint committee on standards of education evaluation[17] ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความเป็นประโยชน์ (utility standards) เป็นการประเมินการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ (2)ด้านความเป็นไปได้ (feasibility standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง (3) ด้านความเหมาะสม (propriety standards) เป็นการประเมินความเหมาะสมทั้งด้านกฎหมายและศีลธรรม และ 4) ด้านความถูกต้อง ครอบคลุม (accuracy standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือและได้สาระครอบคลุมครบถ้วน ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1คะแนน) จำนวน 10 ข้อ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี มีข้อค้นพบ 2 ประเด็นคือ 1) ความวุ่นวาย สถานการณ์การบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี เกิดความสับสนวุ่นวายใน การปฏิบัติงาน ทั้งใน

ด้านการประสานงานในการรับผู้ป่วยและการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ด้านสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกิดความวุ่นวายเพราะเป็นของใหม่และมีจำนวนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ความวุ่นวายยังเกิดจากความไม่ชำนาญในการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่นชุด PPE, PAPR 2) ความหวาดกลัว ข้อค้นพบคือ ความหวาดกลัวเนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีอันตรายถึงชีวิต บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมโรค นอกจากนี้ยังขาดความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเองในการปฏิบัติงานและความปลอดภัยของผู้ป่วยในการเข้ารับการผ่าตัด และพบว่ามีแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีข้อค้นพบ 3 ประเด็นคือ 1) ด้านโครงสร้างห้องผ่าตัด คือ ควรมีการปรับปรุงโครงสร้างห้องผ่าตัดความดันลบ 2) ด้านบุคลากร คือ บุคลากรยังขาดความรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติงานในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 จึงควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อตลอดจนความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานกับผู้ติดเชื้อโควิด 19 และควรมีการวางแผนจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงในการต้องปิดการให้บริการผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเนื่องจากบุคลากรติดเชื้อหรือถูกกักตัว 3) ด้านระบบบริการ คืองานห้องผ่าตัดมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ไม่ชัดเจนสำหรับการปฏิบัติงานของบุคลากรควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับบริการผ่าตัด เพื่อให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และต้องพัฒนาระบบการประสานงานทั้งภายในและภายนอกห้องผ่าตัด เพื่อลดความสับสนของผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี พบว่ารูปแบบมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้าง (structure) 2) บุคลากร (staff) และ3) ระบบ (system) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี

3. ผลการศึกษาการใช้รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งผู้วิจัยประเมินผลได้ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

3.1.1 ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มก่อนการใช้รูปแบบฯ มีจำนวนทั้งสิ้น 30 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 36.7 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.7 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.3 อาชีพรับจ้างทั่วไป/พนักงาน ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่แผนกสูตินรีเวชศาสตร์ร้อยละ 50.0 ประเภทการผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency) ร้อยละ 80.0 และพักรักษาที่ห้องคลอดร้อยละ 50.0 กลุ่มที่ใช้รูปแบบฯมีจำนวนทั้งสิ้น 26 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.9 มีอายุเฉลี่ย 40.1 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.5 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 80.8 อาชีพรับจ้างทั่วไป/พนักงาน ร้อยละ 73.1 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่แผนกสูตินรีเวชศาสตร์ร้อยละ 46.2 ประเภทการผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency) ร้อยละ 96.2 และพักรักษาที่ห้องคลอดร้อยละ 46.2

3.1.2 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังใช้รูปแบบฯ ไม่มีรายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ ในการผ่าตัดผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด19 ที่มารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดความดันลบ ทั้งกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบฯ

3.1.3 ผลลัพธ์ของรูปแบบต่อการบริหารจัดการระยะเวลาตั้งแต่เวลารับแจ้งการผ่าตัด (set ผ่าตัด) จนได้รับการลงมีดผ่าตัด ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระยะเวลารับแจ้งการผ่าตัด (set ผ่าตัด) จนได้รับการลงมีดผ่าตัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U- test จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรอผ่าตัด 130 นาที และหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรอผ่าตัดลดลงเป็น 95 นาที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value=.01 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่เวลารับแจ้งการผ่าตัด (Set ผ่าตัด) จนได้รับการลงมีดผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=56)

รูปแบบต่อการบริหารจัดการระยะเวลา	n	Median	Min-Max	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	30	130	52 - 1,845	.01
หลังการใช้รูปแบบฯ	26	95	20 - 395	

3.1.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.69, SD=.38) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านอาคารสถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.73, SD=.47) รองลงมาด้านผลของการได้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.69, SD=.43) และด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.68, SD=.41) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ (n=26)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่	**4.68**	**.41**	**มากที่สุด**
ด้านอาคารสถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์	**4.73**	**.47**	**มากที่สุด**
ด้านผลของการได้รับบริการ	**4.69**	**.43**	**มากที่สุด**
ความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวม	**4.69**	**.38**	**มากที่สุด**

3.2 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

3.2.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จากผลการศึกษา พบว่า 1) พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 97.5 อายุเฉลี่ย 32.35 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.6 อายุระหว่าง 20-29 ปี รองลงมาร้อยละ 32.9 อายุ 30-39 ปี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการร้อยละ 65.8 ปฏิบัติงานที่แผนกห้องผ่าตัดทุกคน และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.34 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.7 มีประสบการณ์การทำงาน 1-10 ปี และส่วนใหญ่ร้อยละ 81.0 ไม่เคยฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด ซึ่งในผู้ที่เคยเข้ารับการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดมีเพียงร้อยละ 26.7 ที่เคยเข้ารับการฝึกอบรมการพยาบาลฯภายใน 2 ปีที่ผ่านมา 2) พยาบาลห้องผ่าตัดผู้ประสานงาน ร้อยละ 84.6 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 37.08 ปี ร้อยละ 76.9 อายุระหว่าง 30-39 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.2 เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.69 ปี 3) บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ร้อยละ 71.4 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 34.31 ปี ร้อยละ 46.6 อายุระหว่าง 30-39 ปี รองลงมาร้อยละ 27.6 อายุ 20-29 ปี ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผ่าตัด/แพทย์ผู้ช่วยผ่าตัดร้อยละ 49.5 รองลงมาคือวิสัญญีพยาบาลร้อยละ 26.7 และวิสัญญีแพทย์ร้อยละ 23.8 ตามลำดับ แผนกที่ปฏิบัติงานคือกลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ร้อยละ 26.7 รองลงมาคือ การพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญีร้อยละ 24.7 และกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาร้อยละ 24.7 ตามลำดับ และประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 6.32 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 มีประสบการณ์การทำงาน 1-10 ปี

3.2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด จากการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมากที่สุด (Mean = 4.50, SD=.44) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ สามารถสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมากที่สุด (Mean = 4.66, SD=.50) รองลงมาสามารถเตรียมห้องผ่าตัดความดันลบสำหรับผ่าตัดผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมากที่สุด (Mean = 4.63, SD=.54) และสามารถเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 กรณีเร่งด่วนฉุกเฉินช่วยชีวิตได้ภายใน30 นาที มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมากที่สุด (Mean = 4.61, SD=.56) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สามารถใช้เปลหรืออุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมาก (Mean = 4.28, SD=.64)

สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดในบทบาทการประสานงานของทีมผู้ให้บริการผ่าตัด ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด -19 พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมากที่สุด (Mean= 4.59, SD=.45) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า รายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ สามารถตัดสินใจเปิดห้องผ่าตัดความดันลบ ได้อย่างถูกต้องตามแนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมากที่สุด (Mean=4.85, SD=.37) รองลงมาสามารถประสาน

งานเรื่องความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนรับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมากที่สุด (Mean=4.69, SD=.47) และสามารถสื่อสารให้ทีมปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยตามนโยบายหน่วยงานและแนวปฏิบัติห้องผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมากที่สุด (Mean=4.69, SD=.47) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ มีทักษะที่ดีในการสื่อสาร รวมถึงสามารถแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการผ่าตัดได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมาก (Mean=4.19, SD=.75)

3.2.3 ความพึงพอใจของบุคลากรสหวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบ จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=4.03, SD=.60) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ารายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านระบบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=4.20, SD=.63) รองลงมาด้านโครงสร้าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=4.06, SD=.58) และด้านการจัดการบุคลากร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=3.89, SD=.78) ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี พบว่ารูปแบบมี 3 องค์ประกอบคือ 1) โครงสร้าง 2) บุคลากร และ3) ระบบ โดยองค์ประกอบที่ 1 คือ โครงสร้าง ประกอบด้วย 1) คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการเพื่อโต้ตอบภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ (RJH-EOC) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนการผ่าตัดของโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีความเหมาะสมกับปริมาณการผ่าตัดในผู้ป่วยปกติและผู้ป่วยโควิด-19 สอดคล้องกับ American College of Surgeons[18] ได้กำหนดแนวทางการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดปกติ เร่งด่วน และผู้ป่วยโรคโควิด-19 ซึ่งได้ให้คำแนะนำกับโรงพยาบาลว่าจะต้องจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการณ์เพื่อกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการผ่าตัดให้มีความเหมาะสมโดยให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาเป็นทีมของศูนย์ปฏิบัติการณ์เพื่อจะได้มีความเข้าใจในภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยหรือสามารถรอได้ 2) คณะทำงานพัฒนาคุณภาพงานการบริการห้องผ่าตัด ทำหน้าที่วางแผนระบบและกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพเพื่อการจัดบริการการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน มีเป้าหมายด้านมาตรฐานบริการ การเข้าถึงบริการ และลดค่าใช้จ่าย กำกับติดตามการจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดกำหนด และติดตามตัวชี้วัดคุณภาพของห้องผ่าตัด เพื่อให้มีการปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานและความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Plummer, Newnham and Henry[19] พบว่า ระบบสุขภาพต้องปรับให้เหมาะสมเพื่อดึงดูดผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยมีความคล่องตัวและความต่อเนื่องของผลลัพธ์สามารถทำได้ดีขึ้นด้วยการใช้ขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐานต่าง ๆ เช่น การใช้แนวทางปฏิบัติ โปรโตคอล และรายการตรวจสอบกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน 3) จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับการผ่าตัดเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและความต่อเนื่องของผลลัพธ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ ประหยัดค่าใช้จ่ายและผู้รับบริการปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nicholls, Gaskin, Ward, and Areti[20] พบว่าการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดทำให้ค่าใช้จ่ายของสถาบันลดลง และผู้ป่วยมีความปลอดภัย และ 4) ปรับปรุงโครงสร้างห้องผ่าตัดให้เป็นห้องผ่าตัดความดันลบชนิด modify negative pressure room สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ให้บริการและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ห้องผ่าตัดอื่น ๆ ตามหลัก 2 P Safety องค์ประกอบที่ 2 คือ บุคลากร ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบคือ 1) การวางแผนอัตรากำลังโดยจัดบุคลากรเป็น 2 ทีม คือทีมปฏิบัติงาน 1 และทีมปฏิบัติงาน 2 เพื่อสำรองหากทีมปฏิบัติงาน 1 ติดเชื้อหรือถูกกักตัว ทีมปฏิบัติงาน 2 สามารถมาปฏิบัติงานทดแทนได้ทันทีเพื่อสามารถให้บริการต่อเนื่อง

ได้โดยไม่ต้องปิดห้องผ่าตัด 2) การพัฒนาบุคลากร มีการเสริมความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานตามความต้องการ โดยจัดโครงการอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้พื้นฐานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การพัฒนาทักษะของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ และการเสริมสร้างความรู้เฉพาะในสถานการณ์โควิด-19 เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจการแพร่กระจายของเชื้อโรคในสถานการณ์ปัจจุบันได้ดีและเกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการสอนงานจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติงานได้ดีตามมาตรฐาน[21] และองค์ประกอบที่ 3 คือ ระบบ (system) แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ระบบปฏิบัติการ เป็นการให้บริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่มารับการผ่าตัด 2) ระบบประสานงาน แบ่งเป็นการประสานงานภายในห้องผ่าตัดและประสานงานภายนอกห้องผ่าตัด การประสานงานที่ดีจะส่งผลให้เกิดกระบวนการในการดูแลที่ดี และเกิดผลลัพธ์ที่ดีและปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ซึ่งในปัจจุบันนั้นคุณภาพการดูแลในการผ่าตัดได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น การมุ่งเน้นที่โครงสร้าง กระบวนการในการดูแล และการใช้ผลลัพธ์ที่ปรับความเสี่ยง เช่น โครงการปรับปรุงคุณภาพการผ่าตัดเพื่อขับเคลื่อนการปรับปรุงคุณภาพได้มุ่งเน้นไปที่มาตรการของกระบวนการ เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด จะทำให้การผ่าตัดปลอดภัยยิ่งขึ้น ดังนั้นรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้บริบทการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลราชวิถีจึงมีความเหมาะสมกับบริบทและสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดีดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่าสามารถลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดลงได้ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยซึ่งไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น พยาบาลห้องผ่าตัดมีสมรรถนะที่สูงขึ้นและผู้รับบริการ ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดอยู่ในระดับมาก

2. ผลการนำรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ไปใช้พบว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลทั้งในด้านผู้ป่วยและบุคลากร ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดผิดคนผิดข้าง ผิดหัตถการ ระยะเวลาการผ่าตัดตั้งแต่เวลารับแจ้งการผ่าตัด (set ผ่าตัด) จนได้รับการลงมีดผ่าตัดลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติโดยมีการปรับการบริหารจัดการด้านบุคลากร ที่พัฒนาเพิ่มโดยจัดทีมโควิด (COVID Team) ขึ้น 1 ทีมนอกเหนือจากทีมที่ปฏิบัติงานประจำ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 4 คน และมีการเพิ่มการกำหนดสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดความดันลบ ต้องมีประสบการณ์ในการทำงาน ไม่ต่ำกว่า 2 ปี นอกจากนี้ยังมีการจัดโครงการอบรมให้ความรู้กับพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 3 โครงการเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยไม่ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง ผิดหัตถการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทราพงษ์ พิลาดิษฐ์[22] พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีและการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงในห้องผ่าตัดเป็นเรื่องที่จำเป็นในการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะหรือผิดตำแหน่ง และนอกจากนี้ยังพบว่าการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติโดยมีการปรับการบริหารจัดการด้านบุคลากรของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังส่งผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เวลารับแจ้งการผ่าตัด (set ผ่าตัด)จนได้รับการลงมีดผ่าตัดใช้ระยะเวลาในการรอผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ มนูญญา[23] พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดบริการผ่าตัดโดยใช้แนวคิดลีนประกอบด้วย คู่มือการจัดบริการพยาบาล ขั้นตอนการปฏิบัติตัวและขั้นตอนการรับบริการผู้ป่วยผ่าตัด แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดมีผลต่อระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดภายหลังการใช้แนวคิดลีนในการจัดบริการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดมีระยะเวลาการรอคอยสั้นกว่าระบบบริการแบบปกติ และพบอีกว่าผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดภายหลังการใช้แนวคิดลีนมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบปกติ

2.2 ด้านบุคลากร พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมั่นใจมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการพัฒนาบุคลากร โดยมีการเสริมความรู้

ให้กับผู้ปฏิบัติงานตามความต้องการ โดยจัดโครงการอบรม 3 โครงการ คือ 1) โครงการเสริมสร้างความรู้พื้นฐานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 2) โครงการพัฒนาทักษะของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 3) โครงการเสริมสร้างความรู้เฉพาะในสถานการณ์โควิด-19 ได้แก่ เรื่องห้องผ่าตัดความดันลบ การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างการตรวจ GeneXpert และ RT PCR และมีการจัดฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ภายหลังการอบรม จึงทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีสมรรถนะที่สูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโควิดที่ได้รับการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญจน์ชยารัตน์ อุดคำมี พรธิดา ชื่นบาน และลักษณา จันทราโยธากร[24] ศึกษาการใช้เทคนิคการสอนงานซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้รู้หรือมีประสบการณ์ชี้แนะให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างเป็นขั้นตอนพบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคนิคการสอนงานดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ทำงานตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลปริศัลยกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้องอกสมองโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์[25] พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ (1) การปฐมนิเทศ (2) การให้ความรู้ (3) สถานการณ์จำลอง (4) การมอบหมายงานปฏิบัติการพยาบาล และ (5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และผลการนำโปรแกรมไปใช้พบว่า ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลปริศัลยกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้องอกสมองทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและค่าเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลปริศัลยกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบาย และสนับสนุนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการผ่าตัดให้ครอบคลุมการผ่าตัดทุกสาขาโรค และมีการเตรียมความพร้อมทีมการพยาบาลในด้านความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีทีมพยาบาลห้องผ่าตัดและสหวิชาชีพ รวมทั้งมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี อย่างต่อเนื่อง

3. รูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี สามารถนำไปขยายผลหรือเป็นแบบอย่างให้โรงพยาบาลอื่นนำไปใช้ได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถี ในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางหลังการทดลองใช้รูปแบบเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อศึกษาความคงทนของสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลราชวิถีในครั้งนี้ มีองค์ประกอบที่ยืดหยุ่นสามารถปรับตามบริบทของห้องผ่าตัดที่แตกต่างออกไปได้ จึงควรศึกษาการนำรูปแบบการบริหารจัดการห้องผ่าตัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 นี้ไปใช้ในบริบทแตกต่างออกไป ว่าให้ผลต่างกันหรือไม่ อย่างไร

References

1. Mazingi D., Navarro S, Bobel MC., Dube A, Mbanje C, Lavy C. Exploring the impact of COVID-19 on progress towards achieving global surgery goals. World J. Surg.2020.44:2451-457.https://doi.org/10.1007/s00268-020-05627-7.
2. COVIDSurg Collaborative. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. Br. J. Surg.2020,107(11):1440-449. https://www.doi.org/10.1002/bjs.11746.
3. Kowalski LP, Sanabria A, Ridge JA, Ng WT, Bree R, Rinaldo A. et al. COVID-19 pandemic: effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice. Journal of the Sciences and Specialties of Head and Neck 2020,42: 1259-267. https://www.doi.org/10.1002/hed.26164.
4. Department of Disease Control, Thailand. Interactive dashboard. [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 23]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/.
5. Rajavithi Hospital. Reporting incidents of surgery on suspected cases and those infected with COVID-19. Bangkok: Rajavithi Hospital;2019.(in Thai)
6. Rajavithi Hospital. Report on surgical incidents on suspected cases and those infected with COVID-19. Bangkok: Rajavithi Hospital;2021.(In Thai)
7. Quality Development Center Rajavithi Hospital. Discussion report of the working group to improve the quality of operating room service. Rajavithi Hospital. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2021.(In Thai)
8. Healthcare Accreditation Institute. Patient safety strategy and public health personnel. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2021.(In Thai)
9. Tom P, Robert H, Waterman. In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies Seattle: Harper Collins Publishers;2012.
10. Buntham R, Ruengsom W. 7s framework management model with local government organization. Continuing report of the 2nd National Conference on Research Presentations of Students in Humanities and Social Sciences on January 19, 2019 at the Faculty of Humanities and Social Sciences Suan Sunandha Rajabhat University. Pages 2116-126.(In Thai)
11. Department of Medical Services. Announcement of the Department of Medical Services regarding the operating guidelines for surgical procedures in the situation of COVID-19. Date 19 March 2020.(In Thai)
12. Nursing Office. Nursing service standards for surgical patients. In Office of Nursing. Nursing standards in hospitals. Nonthaburi: Veterans Welfare Organization; 2007.
13. Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it. In S.V. Ronald, & K. Mark (eds.), Existential-phenomenological alternatives for psychology. (pp.48-71). London:Oxford University Press;1978.
14. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed New York: Duxbury Press;2000.
15. Bandura A. Self-Efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company;1997.

16. Ong-Iam A, Wichitwetpaisan P. Quality inspection of research instruments. Thai Journal of Anesthesiology 2018,44(1),36-42.(In Thai)

17. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. The program evaluation standards: how to assess evaluations of educational programs. 5th ed. Thousand Oaks, CA: W.H.Freeman;1994.

18. American College of Surgeons. Guidelines for triage of non-emergent surgical procedures. [Internet]. 2020 March. [cited 2022 Nov 23]. Available from: https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/triage.

19. Plummer JM, Newnham MS, Henry T. Improving the quality of care in surgery: the role of guidelines, protocols, checklist and the multidisciplinary team. In Mullings J, Thoms-Rodriguez C, McCaw-Binns AM, Paul T, editors. Strategies to reduce hospital mortality in lower and middle income countries (LMICs) and resource-limited settings [Internet]. London: IntechOpen;2019 [cited 2022 Nov 23]. Available from: https://www.intechopen.com/chapters/65784 doi:10.5772/intechopen.84658

20. Nicholls J, Gaskin PS, Ward J, Areti YK. Guidelines for preoperative investigations for elective surgery at Queen Elizabeth Hospital: effects on practices, outcomes, and costs. Journal of Clinical Anesthesia. 2016,35:176-89.

21. Rogers SO. The holy grail of surgical quality improvement: process measures of risk-adjusted outcomes? The American Surgeon 2006,72(11):1046-050.

22. Piladit S. Risk Management to prevent wrong person, wrong organ, or wrong site operations in the op erating room at Beung Kan Hospital, Thailand. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2015,2(2):66-84.(in Thai)

23. Manoonya S. Effects of perioperative nursing service based on lean conception to waiting time and customers'satisfaction Damnoensaduak Hospital. Journal of The Police Nurse 2017,9(1):72-81.(in Thai)

24. Udkhammee K, Chuenban P, Chantrayotagorn L. The effect of using professional nursing teaching techniques in compliance with patient care guidelines for surgical safety in Phrae Hospital. Journal of the Phrae Hospital 2020,29(2):18-24.(in Thai)

25. Janthaweesuk S, Siritarungsri B, Pamulila S, Asdornwised U. The development of an enhancing competency program through electronic media for perioperative nurses to care patients with brain tumor surgery at Sunpasitthiprasong Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurse.2020,21(3):48-57.(in Thai)

คำแนะนำผู้นิพนธ์

เพื่อให้การจัดทำวารสารไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจึงขอแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำวารสารและการเตรียมต้นฉบับบทความ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดผลงานวิชาการที่จะลงเผยแพร่ในวารสาร ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3 หากเป็นบทความสืบเนื่องจากงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง หรือเป็นงานวิจัยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัย

2. วารสารฯ กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการบทความเพื่อเผยแพร่ในอัตราบทความละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) (การชำระเงินจะเกิดขึ้นก่อนที่วารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อได้ชำระเงินแล้วทางวารสารฯ จะไม่คืนเงินในทุกกรณี)

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucorsiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18-20
ข้อมูลผู้นิพนธ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อรอง	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ tab)	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกท้ายข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับตัวเลข	ชิดซ้าย	16

3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดี่ยว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของผลงานวิชาการ กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ผู้เขียนควรกำหนดชื่อให้กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ในส่วนข้อมูลผู้นิพนธ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์ (ทางวารสารฯ ของสงวนสิทธิ์ในการแสดงแค่ชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลล์ที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อภาษาไทยให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ การเขียนบทคัดย่อไม่ควรมีการอ้างอิงในบทคัดย่อ (สำหรับบทความวิชาการก็ให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3–5 คำ ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: self–management; health promotion; hypertension; elderly

4.4 บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือการวิจัยเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา อีกทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย โดยอาจจะเพิ่มเป็นหัวข้อใหม่หรือไม่ก็ได้

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ

4.6 ผลการวิจัยเป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็น ๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลในตารางก่อนโดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยรูปแบบตารางจะไม่มีเส้นแนวตั้ง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อมูลสั้น ๆ ไม่เกินหนึ่งบรรทัด วางไว้ด้านบนของตาราง

ตัวอย่างการเขียนตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ชิดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 r=.75 p<.01 เป็นต้น

4.7 สรุปและอภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย ไม่กล่าวซ้ำกับผลการวิจัย การอภิปรายจะเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลอธิบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสม

4.8 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

4.9 การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถานพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.10 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้เขียนและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

4.11 หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มี และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html[2]

4.12 การเขียนอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำตัวเลขอารบิคแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัวยก และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา1,7) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา1-3,6,9) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้บ่อย ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้เขียน เช่น ปรานอม ใจเก่งกล้า ให้เขียนเป็น Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้เขียนมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “ et al.” สำหรับชื่อบทความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ตลอดทั้งชื่อบทความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้น ๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

References

1. Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine 2011;12(3):11-22.(in Thai).
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. Nursing and Health Science 2011;13:323-7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิตอล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น

3. Mookadam F. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. Arch Intern Med 2004;164(14):1514-8. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเตอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ขอให้หลีกเลี่ยงการอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้เขียนหนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้เขียนวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

4. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Garland Publishing; 2001.
5. Department of Mental Health. Annual report 2006. Bangkok: Idea Square. 2006.(in Thai).

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น

6. Mawat W. Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2012. (in Thai).

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเตอร์เน็ต ให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสาร โดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY]" ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเตอร์เน็ตโดยใช้คำว่า "Available from" อย่างไรก็ตามขอให้ผู้นิพนธ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเวบไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเตอร์เน็ต เช่น

7. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 14 August 2020]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/ Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx
8. Leungratanamart L, Sudjainark S, Wattanaviroj N, Meelai. Factors influencing the executive function in preschool-age children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health [internet]. 2021 [cited 23 March 2022];31(3):15-27. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255634/173945. (in Thai).

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น ๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ ของศุลีพร ช่วยชูวงศ์ จากหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่

http://lib.med.psu.ac.th/libmed2557/index.php/2013-09-04-07-04-05/2013-09-19-09-00-33/vancouver-style

5. การส่งต้นฉบับบทความ ให้ผู้เขียนส่งบทต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJo ได้ที่ https://www.tci-thaijo.org/ จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเวบไซต์วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการสืบค้นผ่านหน้าเวบไซต์ThaiJo หรือเข้าไปที่ http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทาง ThaiJo ได้เตรียมไว้ที่เมนู "For Author" ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ให้ติดต่อกลับที่วารสารฯ

6. การจัดการบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร เป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

6.1 ผู้เขียนทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJo เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJo ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

6.2 บรรณาธิการวารสารฯ จะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไข จากนั้นให้ผู้นิพนธ์ส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับเข้ามาใหม่ผ่านเมลของระบบ ThajJo (โดยใช้ระเบียน submission เดิม)

6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด ทางวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านทำการพิจารณาและประเมินคุณภาพด้วยกระบวนการ double blinded review

6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทางวารสารฯ จะส่งบทความกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้จะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจากกองบรรณาธิการวารสาร)

6.5 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพสมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะนำบทความไปจัดเรียงพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้องทั้งรูปแบบและการพิมพ์อักษร ในขณะเดียวกันจะส่งบทความให้ผู้นิพนธ์ทำการตรวจสอบและยืนยันเนื้อหาบทความอีกครั้ง หากมีการแก้ไขกองบรรณาธิการจะนำกลับมาแก้ไข และเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วบทความจะถูกนำไปจัดทำเป็นวารสารในที่สุด

7. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนี้มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2
พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม และตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปีที่ 29 (มกราคม – เมษายน 2562) เป็นต้นไป ทางวารสารฯ จะเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจเล่มวารสารฯ สามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารได้ที่หน้าเวบไซต์วารสาร

การติดต่อ

ผู้นิพนธ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ได้ที่

1. **บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**
   ดร.ศุกร์ใจ เจริญสุข
   โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1974, 086-155-6862
   E-mail : sukjai@bnc.ac.th

2. **รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**
   ดร.เชษฐา แก้วพรม
   โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834, 086-382-4635
   E-mail : wlg2552@gmail.com

3. **ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**
   นางสาวใบศรี นวลอินทร์
   โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834
   E-mail : n.tnaph@gmail.com