



ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567 ISSN 0857-3743

Vol. 34 No. 1 January – April 2024 ISSN 0857-3743

บทความวิชาการ

- ➡ บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการเป็นเพื่อนผู้คลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด
- ➡ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่ได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

บทความวิจัย

- ➡ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์
- ➡ ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยารับความรู้สึกในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลน่าน
- ➡ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร
- ➡ ผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตเมือง
- ➡ ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
- ➡ การศึกษาดัชนีการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง
- ➡ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก
- ➡ ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อความรู้ ความมั่นใจในการพยาบาลทารก ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล
- ➡ การประเมินผลโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยรวมใจ CPR”
- ➡ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผลการดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง
- ➡ การศึกษาประสบการณ์ความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจัยทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- ➡ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
- ➡ ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

พิมพ์ที่ : บริษัท ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

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. คุณานิติ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
 2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการแพทย์ 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 และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดาราวพร คงจา

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร. อีรพร สติธอังกูร

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. มณฑนา เหมชะญาตี

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร. ศุภกิจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ดร. เชษฐา แก้วพรม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร. นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมังษ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

รศ.ดร. โสเพัญ ชูนวล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ. สมศักดิ์ วงศ์वास

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร. อัครวิณี ตันภูมิมาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร. ชินกร สุจิมงคล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Dr. Paul Alexander TURNER

St.Francis Xavier School

ผู้จัดการ/เลขาธิการ

นางสาวใบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์: 02-590-1834, n.tnaph@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567 ISSN 2673-0693

1. รศ.ดร. วันเพ็ญ ภิญญากาศกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รศ.ดร. ตริตต์นั เตชะศักดิ์ศรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผศ.ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
4. ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
5. ผศ.ดร. สมรภาพ บรรหารักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. ผศ.ดร. อัครวิณี ตันภิรมาน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
7. ผศ.ดร. ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
8. ผศ.ดร. วรณวดี ฦักคร นักวิชาการอิสระ
9. ผศ. สมศักดิ์ วงศาवास สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
10. ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. ดร. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม
12. ดร. ชินกร สุจิเมงคผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
13. ดร. ชลียา วามะลุน โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี
14. ดร. มัณฑนา เหมชะญาตี นักวิชาการอิสระ
15. ดร. เชษฐา แก้วพรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
16. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
17. ดร. สุวัฒนา เกิดมวง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
18. ดร. ศรินยา พลสิงห์ชาญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
19. ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
20. ดร. ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ดร. อรัญญา นามวงษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
22. ดร. อัญญา ปลดเปลื้อง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
23. ดร. พิมพ์มล วงศ์ไชยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
24. ดร. ดลนภา ไชยสมบัติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
25. ดร. รุ่งกาญจน์ วุฒิ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
26. ดร. วารณี มีเจริญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
27. ดร. พัชร ใจการุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
28. ดร. ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
29. ดร. กัญญณพัชญ์ ศรีทอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการเป็นเพื่อนผู้คลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด.....1
- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่ได้รับการรักษา.....11
ผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง.....23
ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยารับความรู้สึก.....35
ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลน่าน
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี.....48
ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร
- ผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน.....62
สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตเมือง
- ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง.....76
ในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
- การศึกษาดัชนีการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง.....89
- การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ทางสุขภาพ กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์.....101
ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก
- ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อความรู้.....115
ความมั่นใจในการพยาบาลทารก ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจ
ของนักศึกษาพยาบาล
- การประเมินผลโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน.....129
ให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR”
- คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผลการดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น.....145
จากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง
- การศึกษาประสบการณ์ความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....160
- ปัจจัยทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ.....174
ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี.....188
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....202
ในเขตสุขภาพที่ 6



บรรณาธิการกล่าว

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 1 ปีที่ 34 มกราคม – เมษายน 2567 นี้ นับเป็นฉบับแรกของกองบรรณาธิการชุดปรับปรุง ปี พ.ศ. 2567 ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนบรรณาธิการเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของคณะดำเนินงานในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม วารสารยังคงมีวัตถุประสงค์และขอบเขตการดำเนินงานเช่นเดิม สำหรับบทความที่ผ่านการกลั่นกรองและได้รับการตีพิมพ์ ในวารสารฉบับนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 16 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการจำนวน 2 เรื่อง และบทความวิจัยจำนวน 14 เรื่อง ซึ่งเนื้อหาสาระของแต่ละเรื่องมีความหลากหลายในทางพยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยสาระความรู้ในบทความแต่ละเรื่องนั้นนับเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่อาจนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนางานด้านการบริการสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ในนามกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนทุกท่านจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้นำเสนอบทความที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการพิจารณาบทความพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น รวมทั้งขอขอบพระคุณคณะทำงานทุกท่านที่ช่วยกันทำให้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ท้ายนี้ บรรณาธิการและคณะทีมงานจะยังคงมุ่งมั่นในการรักษามาตรฐานการเผยแพร่ผลงานที่มีมาตรฐานทางวิชาการเพื่อให้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ในฉบับต่อไปเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการที่ได้รับความสนใจจากผู้สนับสนุนและผู้สืบทอด ซึ่งจะส่งผลให้การอ้างอิง (citation) ของผลงานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารนี้มีความกว้างขวางมากขึ้น อันเป็นการช่วยการส่งเสริมวงจรคุณภาพของวารสารในดียิ่งขึ้น และเพื่อการบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาวารสารให้ได้รับการรับรองคุณภาพในระดับสากลต่อไป

ดร. มณฑนา เหมชะญาติ

บรรณาธิการ



บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการเป็นเพื่อนผู้คลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด The Role of Nurses in Supporting Companionship for Pregnant Women during Childbirth

สุภัทสร่า โคมินทร์¹ กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง² สิรินาถ ศรีอำพร¹ สุพวงค์พรรณ พาดกลาง¹

Soopussara Komindr¹ Kamonthip Tanglakmankhong² Sirinat Sri-umporn¹ Supangpan Padklang¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Sirinat Sri-umporn; Email: sirinat.s@bcn.ac.th

Received: September 25, 2023 Revised: January 20, 2024 Accepted: February 25, 2024

บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดโดยเฉพาะครรภ์แรก มักเกิดความวิตกกังวล กลัว เครียดและเจ็บปวดจากการรอคลอด และการคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดและครอบครัวเกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอดตามธรรมชาติ การส่งเสริมให้มีเพื่อนผู้คลอดในระยะคลอดเป็นทางเลือกหนึ่งที่นิยมแพร่หลายในต่างประเทศและพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะสนับสนุนให้มีเพื่อนผู้คลอดเกิดขึ้น โดยพยาบาลต้องแจ้งและอธิบายรายละเอียดถึงวิธีการเตรียมตัวของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีเวลาตัดสินใจเลือกผู้ที่จะเป็นเพื่อนผู้คลอดในขณะคลอด ทั้งนี้ผู้ที่ถูกเลือกเป็นเพื่อนผู้คลอดต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะของการเจ็บครรภ์ และการคลอดโดยต้องเตรียมตัวไปพร้อมกับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด ต้องมีบทบาทในการสนับสนุน ส่งเสริมให้เพื่อนผู้คลอดเตรียมตัวเพื่อทำหน้าที่สำคัญในการสนับสนุนด้านข้อมูล สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรม สนับสนุนทางอารมณ์ และ เป็นผู้สานความเข้าใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์คือสร้างความอบอุ่นใจให้กับผู้คลอด และลดภาระงานพยาบาลในห้องคลอดด้านการช่วยเหลือผู้คลอดโดยเฉพาะทางด้านอารมณ์ ในปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ ยังไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าคลอด ความกลัวที่กล่าวมาข้างต้นทำให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การเตรียมเพื่อนผู้คลอดโดยเริ่มต้นตั้งแต่ระดับนโยบายของสถานบริการ เตรียมพยาบาลให้เข้าใจบทบาทในการสนับสนุนการเป็นเพื่อนผู้คลอดรวมถึงการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ร่วมกับการดำเนินงาน ก็จะส่งผลถึงความสำเร็จของการมีเพื่อนผู้คลอดได้และอาจช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพด้วย

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์และการคลอด; บทบาทพยาบาล; เพื่อนผู้คลอด



The Role of Nurses in Supporting Companionship for Pregnant Women during Childbirth

Soopussara Komindr¹ Kamonthip Tanglakmankhong² Sirinat Sri-umporn¹ Supangpan Padklang¹

¹Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Sirinat Sri-umporn; Email: sirinat.s@bcn.ac.th

Received: September 25, 2023 **Revised:** January 20, 2024 **Accepted:** February 25, 2024

Abstract

Pregnant women, especially during their first pregnancy, often experience anxiety, fear, stress, and pain during labor and delivery. This situation can lead to negative childbirth experiences for both pregnant women and their families. Encouraging the use of a birth companion is a common practice in many countries and is regarded as an essential role that nurses should endorse. It is the responsibility of nurses to educate and clarify the particulars of preparation for both the pregnant women and their family, commencing from the pregnancy phase. Good preparation is helpful for pregnant women to decide on a suitable birth companion before delivery. Regarding the chosen companion, they should be trained to enhance knowledge of the different stages of labor and be capable of offering the necessary support and care to the pregnant woman. Being well-trained, the companions for pregnant women are competent to provide necessary information, facilitate physical and emotional support, and act as a mediator of understanding. Therefore, throughout the antenatal and labor phases, nurses should play an important role in supporting and encouraging birth companions to effectively fulfill their vital roles in caring for and supporting the pregnant woman during childbirth. The activities of nurses in supporting birth companions for pregnant women during childbirth leads to several advantages, such as providing comfort to the pregnant woman during the labor and delivery period and significantly reducing the workload of obstetric nurses, especially in emotional support for the first-time pregnant women. However, in the current situation, most public hospitals in Thailand do not allow relatives to be companions in delivery room. As a result, pregnant women and their families opt for a costly caesarean section delivery to reduce the anxiety and duration of labor. Thus, the recommendation of guidelines for the preparation of birth companions should be considered and included in the hospital policy, while nurses should be prepared to support birth companions, by utilizing empirical evidence in their practices. This approach can significantly impact the success of having birth companions and reducing healthcare cost as well.

Keywords: labor and delivery; role of nurses; birth companion



ความเป็นมาและความสำคัญ

เมื่อสตรีตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอด มักเกิดความรู้สึกวิตกกังวล (anxiety) จากความนึกคิดหรือการคาดการณ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ความวิตกกังวลประกอบด้วยความรู้สึกหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ และความรู้สึกกลัว (fear) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อป้องกันตัวเองในการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังคุกคาม รวมทั้งความเจ็บปวดจากการคลอด (labour pain)¹ ขณะที่มดลูกหดตัวจะมีการดึงรั้งของเยื่อช่องท้องและเอ็นต่าง ๆ รวมทั้งแรงกดทับเส้นประสาทที่ปากมดลูกและช่องคลอด ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวด² ความเจ็บปวดนี้อาจเพิ่มขึ้นจากวงจร fear-tension-pain ผู้คลอดอาจเกิดการสูญเสียการควบคุมของตนเองในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ทำให้รับรู้ถึงความรู้สึกถูกคุกคาม (perceived threat) จากสิ่งกระตุ้น ได้แก่ ความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงมากขึ้น การหดตัวของมดลูกในระยะท้ายของการคลอด รวมถึงความรู้สึกอยากเบ่งคลอด สิ่งกระตุ้นเหล่านี้ทำให้ผู้คลอดรู้สึกสูญเสียการควบคุม (loss of control) ตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้¹ และเมื่อความเจ็บปวดมากขึ้น ผู้คลอดรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่นให้ช่วยเหลือ ร้องขอ เรียกว่าผู้ช่วยเหลือให้ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ผู้คลอดอาจรู้สึกสูญเสียบทบาทของคนที่เคยทำอะไรได้ด้วยตัวเองมาก่อน การได้รับการดูแลจากพยาบาลในระยะรอคลอดอาจช่วยเหลือผู้คลอดให้บรรเทาความเจ็บปวดได้ระดับหนึ่ง แต่ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นยังมีอยู่ ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควรและยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลที่ตนเองใกล้ชิดและไว้วางใจ^{1,3} ดังนั้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดจำนวนมากต้องการและมีความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจาก คู่สมรส เพื่อน ญาติ สมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกในชุมชน⁴⁻⁶

จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนดูแลแบบตัวต่อตัวอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่จะมีการคลอดทางช่องคลอด และมีโอกาสที่จะใช้ยาบรรเทาปวดระหว่างคลอดน้อยลง ใช้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง โอกาสผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องน้อยลง ใช้หัตถการทางช่องคลอดน้อยลง ซึ่งการดูแลแบบต่อเนื่องนี้มีประโยชน์และไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงใด ๆ⁶⁻⁷ จากผลการศึกษาที่กระตุ้นให้องค์กรต่าง ๆ ในประเทศแคนาดา สหราชอาณาจักร และอเมริกา สนับสนุนบทบาทของพยาบาลในสร้างแนวปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การใช้การตรวจติดตามทารกในครรภ์ทางอิเล็กทรอนิกส์ (electronic fetal monitoring) เป็นประจำ ร่วมกับการให้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างการรอคลอด และเพิ่มนโยบายเกี่ยวกับการสนับสนุนให้หมีเพื่อนผู้คลอดดูแลสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้คลอดเป็นผู้เลือกเพื่อนผู้คลอดเอง⁵ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า หลายประเทศทั่วโลกมีนโยบายเพื่อนผู้คลอด ดังเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบร้อยละ 76 ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบร้อยละ 73 ประเทศในยุโรป พบร้อยละ 72 แอฟริกาพบร้อยละ 47 แอฟริกาพบร้อยละ 53 และ เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก พบร้อยละ 19⁸ ข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการมีเพื่อนผู้คลอดทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และเพื่อนผู้คลอดยังมีความสำคัญในการดูแลผู้คลอดให้ดำเนินการคลอดได้อย่างปลอดภัยและมีประสบการณ์คลอดที่ดีในทางบวก อย่างไรก็ตามในประเทศไทยแนวคิดและแนวปฏิบัติในการมีเพื่อนผู้คลอด สำหรับสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดยังมีการดำเนินการที่ไม่แพร่หลาย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ยังไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าคลอดหรือมีเพื่อนผู้คลอดในระยะคลอด ความกลัวหรือความวิตกกังวลที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลต่อการดำเนินการคลอดและประสบการณ์การคลอดในด้านลบ และอาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นซึ่งมีรายงานพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในสถานพยาบาลของไทยอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างต่อเนื่องโดยปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 23.2 จนถึง ร้อยละ 32.5 ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำที่ร้อยละ 10 - 15 และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการคาดการณ์ว่า สถิติจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 59.1 ในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการบริหารจัดการใด ๆ⁹



บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ แนวคิดของเพื่อนผู้คลอด บทบาทพยาบาล ในการสนับสนุนการเป็นเพื่อนผู้คลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด ประโยชน์ของเพื่อนผู้คลอด ความท้าทาย ของการจัดให้มีเพื่อนผู้คลอด ตลอดจนขั้นตอนการเตรียมเพื่อนผู้คลอด เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมให้สถานบริการ มีการจัดเพื่อนผู้คลอดให้มีบทบาทในการช่วยเหลือและดูแลผู้คลอดอย่างเหมาะสม

แนวคิดของเพื่อนผู้คลอด

องค์การอนามัยโลกมีนโยบายด้านสตรีว่า สตรีทุกคนควรได้รับการดูแลตามมาตรฐานสูงสุด รวมถึงสิทธิในการ ดูแลสุขภาพอย่างสมศักดิ์ศรี¹⁰ สำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้ได้ตามมาตรฐานและสิทธิอย่างสมศักดิ์ศรีนั้น องค์การ อนามัยโลกให้ความสำคัญของการมีเพื่อนผู้คลอดเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ทั้งในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด การคลอดและหลังคลอด องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของเพื่อนผู้คลอด (birth companion) ไว้ว่า เป็นบุคคลที่สตรีตั้งครรภ์ไว้วางใจและเลือกให้มาเป็นเพื่อน/ดูแลในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดจนถึงระยะคลอด บุตร และอาจจะรวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการกระตุ้นการให้นมบุตรในระยะแรกด้วย เพื่อนผู้คลอดได้แก่ คู่สมรส สามี บุคคลในครอบครัว ญาติ และ สมาชิกในชุมชน ซึ่งในประเทศไทยอาจจะรวมถึงเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และเพื่อนผู้คลอดยังสามารถเป็น สตรีที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลแต่เป็นผู้ที่ได้รับการอบรม และ/หรือฝึกหัดเป็นพิเศษเพื่อให้เป็นเพื่อน/ช่วยเหลือสตรีในระหว่างคลอด ซึ่งในต่างประเทศเรียกว่า “Doula” นอกเหนือจากนี้นักศึกษาพยาบาลที่ฝึกงานในห้องคลอด อาจเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่สามารถเป็นเพื่อนผู้คลอดและดูแล อย่างต่อเนื่องได้ในระยะคลอดและระยะคลอด

บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการมีเพื่อนผู้คลอด

การมีเพื่อนผู้คลอด เป็นการลดภาระงานพยาบาลด้านการช่วยเหลือผู้คลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านจิตใจและ อารมณ์ได้อย่างมาก ขณะที่พยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางด้านร่างกาย เช่น ตรวจความถี่ของการหด รัดตัวของมดลูก การตรวจความก้าวหน้าของการคลอด การตรวจภายในและให้การพยาบาลอื่น ๆ เช่น การเจาะเลือด นิติยา หรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือด ร่วมกับการที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดต้องดูแลผู้คลอดรายอื่น ๆ หลายคน ทำให้ผู้คลอดที่มีความคาดหวังต่อความช่วยเหลือจากพยาบาลรู้สึกเกรงใจ สิ้นหวัง และไม่ได้รับการช่วยเหลือ ดูแล (helplessness)¹¹ ผลการวิจัย เรื่องความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์ในการคลอดบุตร ของผู้หญิงไทยพบว่า สิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คาดหวังมาก แต่ไม่เกิดขึ้นจริงในประสบการณ์การคลอด คือ การมีสามี หรือญาติมาอยู่ด้วยขณะอยู่ในห้องคลอด¹² ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนให้มีเพื่อนผู้คลอดที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ จะเป็นการช่วยลดภาระ งานของพยาบาล และส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดได้

การส่งเสริมให้มีเพื่อนผู้คลอดในระยะคลอด พยาบาลจำเป็นต้องนำเสนอแนวคิด ประโยชน์ และหน้าที่ของ เพื่อนผู้คลอดให้ชัดเจน โดยกระบวนการควรเริ่มแจ้งและอธิบายรายละเอียดตั้งแต่ ระยะฝากครรภ์ ถึงวิธีการ เตรียมตัวของทั้งสตรีตั้งครรภ์ และครอบครัว เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีเวลาดัดสันใจก่อนระยะคลอดว่า ต้องการเลือก ใครไปอยู่เป็นเพื่อน ทั้งนี้เพื่อการเตรียมเพื่อนผู้คลอดให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะของ การเจ็บครรภ์ และการคลอดและต้องเตรียมตัวไปพร้อม ๆ สตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้คลอดในระยะ คลอดได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยพยาบาลทั้งแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด ต้องมีบทบาทในการสนับสนุน ส่งเสริม อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เพื่อนผู้คลอดเตรียมตัวทำหน้าที่สำคัญในการดูแล 4 เรื่อง และการดูแลสตรีตั้งครรภ์ต้องเกิดขึ้น อย่างต่อเนื่อง ดังนี้^{11,13-14}



1. การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) พยาบาลจะต้องสอนให้เพื่อนผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด เทคนิคการหายใจและเทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ความสำคัญและประโยชน์ของการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การได้รับการสัมผัสที่ผ่อนคลาย การกอดมือ การนวด และการกดจุด รวมถึงการสนับสนุนทางจิตวิญญาณให้สอดคล้องกับ ศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม¹ เหล่านี้เป็นข้อมูลที่ เพื่อนผู้คลอดซึ่งผ่านการฝึกอบรมเป็นพิเศษเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดจะเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้คลอด และช่วยแนะนำทางเลือกในการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น เนื่องจาก ความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เพิ่มขึ้นจากวงจร Fear-Tension-Pain ทำให้ผู้คลอดอาจเกิดการสูญเสียการควบคุมของตนเองในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญอยู่ ทำให้ผู้คลอดรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง (loss of control) และเมื่อความเจ็บปวดมากขึ้น ผู้คลอดรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่นให้ช่วยเหลือ นอกจากนี้เพื่อนผู้คลอดยังมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล และสื่อสารประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ ช่วยให้เกิดความเข้าใจกิจกรรมการพยาบาลในระหว่างการคลอดมากขึ้น สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความสับสน โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องให้ข้อมูลสนับสนุนสำหรับกลุ่มเปราะบาง เช่น สตรีต่างชาติ ผู้คลอดที่เป็นวัยรุ่น เป็นผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ^๑

2. การสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรม (practical support) พยาบาลต้องเป็นผู้จัดเตรียมอุปกรณ์ และคอยสนับสนุนให้เพื่อนผู้คลอดได้ใช้ในการช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลผู้คลอด เช่น ลูกบอลโยคะเพื่อออกกำลังกายลดปวด เสื้อผ้าที่ใส่สบาย และสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมและ/หรือการดูแล ระหว่างรอคลอดเพื่อเป็นการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดทำและการเคลื่อนไหวให้เหมาะสมและปลอดภัย เช่น นั่งยองๆ นั่งบนลูกบอล การเดิน การนวด การกดจุดและกอดมือ รวมถึงการช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความสุขสบายในระยะคลอด เช่น การขับถ่าย เปลี่ยนเสื้อผ้า และยังมีบทบาทในการช่วยเหลือพยาบาลโดยเพื่อนผู้คลอดเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการคลอด

3. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) เป็นบทบาทที่สำคัญมากที่พยาบาลอาจไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนผู้คลอดจึงมีหน้าที่ เป็นผู้สนับสนุนทางอารมณ์และรับรู้การตอบสนองตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง โดยกล่าวคำชมเชย สร้างความมั่นใจให้ผู้คลอดสามารถควบคุมการแสดงความรู้สึกได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างให้เกียรติ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการพยาบาล มีโอกาสได้ปฏิบัติตามความเชื่อของตน ได้รับกำลังใจ ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลทำให้ ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจ (contentment) รู้สึกสุขสบายในด้านจิต วิญญาณ (psychospiritual comfort)

4. การเป็นผู้ประสานความเข้าใจ (advocacy) เนื่องจาก เพื่อนผู้คลอด เป็นสิ่งใหม่ที่พยาบาลและ บุคลากรในโรงพยาบาลอาจยังไม่คุ้นชิน ส่งผลให้เกิดความไม่สบายใจ และต้องปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลควรสื่อสาร ทำความเข้าใจที่ตรงกันว่าหน้าที่เพื่อนผู้คลอดอยู่ด้วยตลอด จะส่งผลให้คุณภาพการบริการดีขึ้น และสามารถลดความเข้าใจผิดบางอย่างเกี่ยวกับการปฏิบัติทางทางแพทย์ เนื่องจากมีผู้รับรู้และเข้าใจการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลที่อยู่ในห้องคลอด โดยเพื่อนผู้คลอดจะมีหน้าที่สื่อสารเรื่องกระบวนการคลอด เป็นผู้สังเกตการณ์ สามารถสะท้อนคิดและรายงานเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการคลอดระหว่างพยาบาลและผู้คลอด บางครั้งเพื่อนผู้คลอดยังเป็นผู้ที่รับรู้ถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการคลอด แบ่งปันประสบการณ์การคลอดบุตรที่ดีให้กับญาติและครอบครัวต่อไป



ประโยชน์ของการมีเพื่อนผู้คลอด

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าเพื่อนผู้คลอดนั้นมีความสำคัญและควรได้รับการสนับสนุนให้มีเพื่อนผู้คลอดอย่างต่อเนื่องตลอดการเจ็บครรภ์และกระบวนการคลอดซึ่งทำให้เห็นถึงประโยชน์ของเพื่อนผู้คลอดว่าเป็นการสร้างความปลอดภัยและความสัมพันธ์ชีวิตคู่ที่ดีในกรณีที่เพื่อนผู้คลอดเป็นคู่ครองหรือสามี เนื่องจากสตรีส่วนมากจะเลือกสามีให้มาเป็นเพื่อนผู้คลอด⁵ ซึ่งในระหว่างรอคลอด จะรู้สึกกังวล กลัวกระบวนการคลอด อีกทั้งยังต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เมื่อมีความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก ผู้คลอดจึงเกิดความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและสุขภาพทารกที่กำลังจะคลอด ผู้คลอดเหล่านี้เชื่อว่าการมีเพื่อนจะช่วยลดความกลัวและความกังวลการที่มีเพื่อนผู้คลอดโดยเฉพาะสามีเข้ามามีส่วนร่วมผ่านประสบการณ์คลอด ความเจ็บปวด รับรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้คลอดส่งผลให้ความสัมพันธ์ชีวิตคู่ดีขึ้น^{11,15}

นอกจากนี้ การที่พยาบาลสนับสนุนให้มีเพื่อนผู้คลอด จะช่วยให้ช่วยลดอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสถิติการคลอดทางช่องคลอด ลดการใช้ยาแก้ปวดในระยะคลอด มีประสบการณ์คลอดที่ดี ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง คะแนนประเมินสุขภาพทารกแรกเกิดดีใน 5 นาที แรก และพบภาวะซีมเศร้าในมารดาหลังคลอดน้อยลง⁵⁻⁶ แต่อย่างไรก็ตามรายงานการศึกษายังพบว่าผู้คลอดจำนวนหนึ่งไม่ต้องการเพื่อนผู้คลอด และให้เหตุผลว่าเพื่อนผู้คลอดไม่ได้ช่วยเหลืออะไร เพราะเชื่อว่าไม่มีใครช่วยลดบรรเทาความเจ็บปวดในระหว่างคลอดได้ ซึ่งมักจะพบในผู้คลอดที่มีข้อจำกัดในการคลอดและมีอารมณ์เชิงลบ นอกจากนี้ยังมีรายงานสะท้อนจากเพื่อนผู้คลอดที่เป็นสามีรายหนึ่งว่า “มันไม่มีประโยชน์สำหรับเขาที่จะอยู่กับภรรยาระหว่างคลอดเพราะเกรงว่าจะเห็นภรรยาต้องทนทุกข์ทรมาน” และเลือกที่จะให้ภรรยาอยู่กับบุคลากรทีมสุขภาพจะดีกว่า^{8,11} ทั้งนี้อาจเกิดจากกระบวนการเตรียมความพร้อมความเข้าใจและการรับรู้บทบาทหน้าที่ ความรู้สึกที่จะเป็นเพื่อนผู้คลอด ซึ่งเป็นบทบาทที่ทำหายของพยาบาลที่จะสนับสนุนให้จัดบริการการมีเพื่อนผู้คลอดให้สำเร็จ

ความท้าทายในการจัดกิจกรรมเพื่อนผู้คลอดให้ประสบความสำเร็จ

1. การกำหนดเป็นนโยบายของสถานบริการ รวมถึงการมีช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติงานจริงในกิจกรรมเพื่อนผู้คลอด เช่น การขาดสิ่งอำนวยความสะดวก พื้นที่ของการให้บริการมีความแออัด ผู้คลอดไม่มีความเป็นส่วนตัว ความกังวลเกี่ยวกับระเบียบ วิธี ข้อจำกัดของการมีเพื่อนผู้คลอดโดยเฉพาะในบริเวณห้องคลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ^{7,16-17}

2. การกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจนของเพื่อนผู้คลอด ว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมอะไรได้บ้าง วัตถุประสงค์และขอบเขตหน้าที่การอยู่เป็นเพื่อน¹⁶

3. การกำหนดกิจกรรมการฝึกอบรม การกำกับดูแล การประเมิน และการบูรณาการร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมก่อนมาเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในแผนกฝากครรภ์ การประเมิน กำกับ ติดตามความรู้เข้าใจและการประเมินทัศนคติทั้งของเพื่อนผู้คลอดและสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงการสอบถามและติดตามปัญหาและความต้องการการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เช่น กรณีเพื่อนผู้คลอด มีปัญหา รู้สึกว่าถูกละเลยจากบุคลากรทีมสุขภาพไม่มั่นใจในว่าตนเองจะดูแลผู้คลอดได้^{7,16-17}

ขั้นตอนการเตรียมกิจกรรมเพื่อนผู้คลอด

1. ระยะเตรียมข้อมูลและชี้แจงผู้บริหาร ระยะนี้เป็นระยะสำคัญมากที่ต้องเสนอให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญเพื่อการจัดกิจกรรมเพื่อนผู้คลอด พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์และห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการจัด



เตรียมรายละเอียดข้อมูล เช่น วิธีดำเนินการ การกำหนดระเบียบกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสอดคล้องกับระบบการทำงานของห้องคลอด การจัดสถานที่ การเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ เพื่อนำเสนอข้อมูลดังกล่าวและชี้แจงผู้บริหารเพื่อให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการมีเพื่อนผู้คลอดและกำหนดเป็นนโยบายให้มีกิจกรรมนี้เกิดขึ้นในสถานบริการ รวมถึงการชี้แจงและทำความเข้าใจกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะทีมพยาบาลเพื่อให้รับทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทและประโยชน์ของการมีเพื่อนผู้คลอด สร้างความตระหนักรู้ตลอดจนสร้างความมั่นใจในประโยชน์ที่เกิดจากการมีเพื่อนผู้คลอด หลังจากนั้นจึงมีการประเมินทัศนคติของผู้บริหารและบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการและการจัดอบรมเพื่อนผู้คลอด เนื่องจากผู้บริหารและบุคลากรทีมสุขภาพมักมีความกังวลเกี่ยวกับการมีเพื่อนผู้คลอด^{7,16} ซึ่งควรได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพให้เข้าใจถึงการดำเนินการเพื่อนผู้คลอด จัดการสิ่งที่กังวลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์¹⁶ สำหรับโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่มีนโยบายหรือระเบียบสำหรับการมีเพื่อนผู้คลอด การริเริ่มให้มีสิ่งดังกล่าวที่นับว่าเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องการการยอมรับและตกลงร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ และจะให้เกิดความสำเร็จได้ต้องอาศัยพลังและความตั้งใจจริงจากผู้บริหารสูงสุดของโครงสร้างขององค์กรนั้น ๆ ที่เห็นความสำคัญเป็นลำดับต้น ๆ รองลงมาคือหน่วยงานด้านบริหารที่เกี่ยวข้องกับแผนกสูติกรรมที่มีความเห็นร่วมกันว่ามีความจำเป็นจริง ๆ และสามารถสร้างความเข้าใจลงสู่ผู้ปฏิบัติคือพยาบาลในห้องคลอดที่เป็นผู้อยู่ในพื้นที่ปฏิบัติงานจริงและต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในห้องคลอดในการดูแลเรื่องการมีเพื่อนผู้คลอดเป็นเรื่องที่มีประโยชน์

2. ระยะเตรียมทีมบุคลากร การเตรียมบุคลากรที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมเพื่อนผู้คลอดโดยจัดการฝึกอบรมบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะทีมพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์และห้องคลอดให้เข้าใจบทบาทและกิจกรรมของเพื่อนผู้คลอดที่จะปฏิบัติตลอดกระบวนการคลอด รวมถึงวิธีการฝึกเพื่อนผู้คลอดไปพร้อม ๆ กันกับสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งกระบวนการนี้ต้องส่งต่อถึงเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพทุกระดับ โดยเจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการจัดการภาวะแทรกซ้อนด้วย เพื่อให้แต่ละบุคคลเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง¹⁵ นอกจากนี้ การศึกษาดูงานการมีเพื่อนในระยะคลอดในโรงพยาบาลเอกชนหรือสถานบริการอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จ เป็นแนวปฏิบัติที่ดี (best practice) ในด้านนี้ จะทำให้บุคลากรในทีมเกิดองค์ความรู้ที่จะประยุกต์สู่สถานพยาบาลและผสมผสานความรู้ที่ได้มาให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีภายในสถานพยาบาล เป็นต้น

3. ระยะเตรียมเพื่อนผู้คลอดในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

3.1) จัดให้มีการปฐมนิเทศบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการมีเพื่อนผู้คลอด ได้แก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อนผู้คลอดและทีมพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์และห้องคลอดก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อให้ทุกฝ่ายมีการเตรียมตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ไม่ก้าวก่ายหน้าที่กันระหว่างเพื่อนผู้คลอดและทีมพยาบาลโดยเฉพาะที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด สำหรับบุคคลที่สตรีตั้งครรภ์เลือกและตัดสินใจเข้าร่วมเป็นเพื่อนผู้คลอดแล้วนั้น แสดงว่าเป็นผู้ที่มีศักยภาพควรได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจถึงขั้นตอนและวิธีการให้การสนับสนุนผู้คลอด^{13,16-17}

3.2) จัดการฝึกอบรมเพื่อนผู้คลอดโดยทีมพยาบาลที่ผ่านการอบรมและเข้าใจบทบาท กิจกรรมของเพื่อนผู้คลอดที่จะปฏิบัติตลอดกระบวนการคลอด โดยฝึกเพื่อนผู้คลอดไปพร้อม ๆ กันกับสตรีตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติอย่างเพียงพอในการตัดสินใจระหว่างการมาฝากครรภ์และเพื่อให้เพื่อนผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจสตรีตั้งครรภ์ พร้อมทั้งรับกับพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด นอกจากนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดให้สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดธรรมชาติ ส่งเสริมพลังอำนาจ (empowerment) สร้างความมุ่งมั่นและตั้งใจให้สตรีตั้งครรภ์ที่จะคลอดเองจะเป็นความสำเร็จร่วมกันสิ่งหนึ่งที่จะสร้างเพื่อนผู้คลอดได้



ทีมพยาบาลจะเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์เป็นผู้ตัดสินใจว่าจะเลือกใครมาเป็นเพื่อนผู้คลอด และเพื่อนผู้คลอดจะร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ในการเตรียมตัว ส่งเสริมศักยภาพในการให้การสนับสนุนที่ดีที่สุด การฝึกซ้อมกิจกรรมร่วมกันระหว่างเพื่อนผู้คลอดกับสตรีตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์

ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างรูปแบบการฝึกอบรมเพื่อนผู้คลอด ได้แก่ เริ่มการฝึกอบรมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ซึ่งจะเริ่มในสตรีที่อายุครรภ์ประมาณ 28-32 สัปดาห์ และมีการฝึกร่วมกันของสตรีตั้งครรภ์และเพื่อนผู้คลอดภายใต้การดูแลของทีมพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-60 นาที ในสถานพยาบาล ประกอบด้วยเนื้อหาและทักษะที่สำคัญสำหรับเพื่อนผู้คลอด ได้แก่ วิธีการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ เทคนิคการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา และความเข้าใจกระบวนการคลอด¹⁵ นอกจากนี้ทีมพยาบาลจะมีการติดตามและกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์และเพื่อนผู้คลอดมีการฝึกปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะคลอด รวมถึงประเมินความพร้อมก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์คลอดจริง โดยใช้รูปแบบของการติดตามเยี่ยมที่บ้านทางโทรศัพท์ การสื่อสารออนไลน์ เช่น Line, Tele-conference และ Page Facebook เป็นต้น ขั้นตอนและกระบวนการการเตรียมเพื่อนผู้คลอดนั้นสามารถดำเนินการได้หลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละบริบทของสถานบริการซึ่งสามารถเริ่มได้ที่แผนกฝากครรภ์ข้อเสนอแนะในการดำเนินการฝึกอบรมควรทำภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งองค์กรอนามัยโลกกำหนดให้มีการดูแลอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย การจัดหาเทคนิคการดูแลที่เหมาะสม เช่น การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล และสามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนมีการบริหารจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ และสามารถส่งต่อตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเป็นระบบ เพิ่มประสบการณ์ดูแลที่ดีแก่ผู้คลอด เช่น การสื่อสารที่ดี และเคารพศักดิ์ศรีการตัดสินใจของผู้คลอด ผู้คลอดมีอิสระในการตัดสินใจ ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม⁵

4. ระยะเตรียมเพื่อนผู้คลอดในระยะคลอด เมื่อสตรีตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์และการคลอด พยาบาลจะดำเนินการโดยสร้างสภาพแวดล้อมให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามนโยบายได้ จัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมในห้องคลอดให้มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้คลอดและเพื่อนผู้คลอด เช่น ควรมีผ้า màn หรือฉากกั้นให้เรียบร้อยช่วยให้ผู้คลอดมีความเป็นส่วนตัว จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ระหว่างคลอด เช่น อุปกรณ์สำหรับการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด กระเป๋าน้ำร้อน เป็นต้น ในระยะคลอดนี้เพื่อนผู้คลอดจะได้ปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ทั้งในเรื่องการดูแลทางร่างกายและจิตใจเพื่อลดการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างรอคลอด รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้คลอดได้มีการสื่อสารกับพยาบาล สำหรับพยาบาล ควรมีมาตรการลดความเสี่ยง เช่น จำกัดจำนวนเพื่อนผู้คลอด การทำความเข้าใจมาตรการของทางโรงพยาบาลกับผู้รับบริการ¹⁵

5. ระยะติดตามผลและเผยแพร่ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้งหมดในระยะหลังคลอดพยาบาลสามารถติดตามมารดาหลังคลอดและสมาชิกของครอบครัวเพื่อประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดที่มีเพื่อนผู้คลอด รวมถึงความตระหนักรู้ของผู้รับบริการและชุมชน พยาบาลมีโอกาสดำเนินการทำความเข้าใจและให้ข้อมูลกับมารดาหลังคลอดไปสู่ชุมชนถึงประโยชน์ของการมีเพื่อนผู้คลอด มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเลือกเพื่อนผู้คลอดและบทบาทเพื่อนผู้คลอดโดยมีสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ เช่น โปสเตอร์ในแผนกฝากครรภ์ และสื่อออนไลน์ต่างๆ ที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้สะดวก



บทสรุป

แม้ว่าโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ ยังไม่อนุญาตให้มีเพื่อนผู้คลอดเข้าไปมีส่วนร่วมดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ทั้งนี้อาจเกี่ยวกับนโยบายการป้องกันการติดเชื้อ และการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้คลอด การเตรียมเพื่อนผู้คลอดให้ประสบความสำเร็จนั้น เป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาล ที่ควรมีกลยุทธ์ในการดำเนินการ ตั้งแต่ระดับนโยบาย การสร้างและสนับสนุนความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะแผนกฝากครรภ์ และห้องคลอด กำหนดกิจกรรมหน้าที่เพื่อนผู้คลอดให้ชัดเจน จนถึงการประเมินผลและการปรับปรุงการจัดกิจกรรม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม การริเริ่มผลักดันบทบาทพยาบาลในการจัดเตรียมและดำเนินกิจกรรมการมีเพื่อนผู้คลอด จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของมารดาและทารกในที่สุดและได้รับสิทธิในการดูแลสุขภาพอย่างสมศักดิ์ศรีบรรลุตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก

References

1. Xuto P. Women during labour and postpartum periods. 2 ed. Chiangmai: N.P.T Printing; 2020.
2. Tongsong T. Obstetrics. 6th ed. Chiang Mai: Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Medicine Chiang Mai University; 2021.
3. Senanayake H, Wijesinghe RD, Nayar KR. Is the policy of allowing a female labor companion feasible in developing countries? Results from a cross sectional study among Sri Lankan practitioners. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017;17(1):392.
4. Sethi R, Gupta S, Oseni L, Mtimuni A, Rashidi T, Kachale F. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. Reproductive Health. 2017;14(1):111.
5. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews. 2017(7).
6. Dubey K, Sharma N, Chawla D, Khatuja R, Jain S. Impact of birth companionship on maternal and fetal outcomes in primigravida women in a government tertiary care center. Cureus. 2023;15(5):e38497.
7. Bohren MA, Berger BO, Munthe Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019(3).
8. World Health Organization. Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: Policy survey, 2018–2019: Summary report [internet]. 2020 [cited 10 January 2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004092>
9. WHO Session. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2023;49(S1):87–9.
10. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. World Health Organization [internet]. 2014. [cited 10 January 2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
11. Rungreangkulkij S, Ratinthorn A, Lumbiganon P, Zahroh RI, Hanson C, Dumont A, et al. Factors influencing the implementation of labour companionship: formative qualitative research in Thailand. BMJ open. 2022;12(5):e054946.



12. Tanglakmankhong K. Mismatch between childbirth expectations and childbirth experiences among Thai Women. *Journal of Health Science*. 2017;20(3):525-32.
13. Kabakian Khasholian T, Bashour H, El Nemer A, Kharouf M, Elsheikh O, Group LCS, et al. Implementation of a labour companionship model in three public hospitals in Arab middle income countries. *Acta Paediatrica*. 2018;107:35-43.
14. Munkhondya BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1):48.
15. World Health Organization. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief [internet]. 2020 [cited on 10 January 2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.13>
16. De Mucio B, Binfa L, Ortiz J, Portela A. Status of national policy on companion of choice at birth in Latin America and the Caribbean: Gaps and challenges. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2020;44:e19.
17. Kabakian-Khasholian T, Portela A. Companion of choice at birth: factors affecting implementation. *BMC pregnancy and childbirth* 2017;17(1):1-13.



บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก
ที่ได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง
Nurses' Roles in Caring for Patients with Ruptured Cerebral Aneurysm
Undergoing Endovascular Treatment

เสาวนีย์ หอมสุต¹ เตือนเพ็ญ โกนิม¹ สุชาดา วงศ์เวทย์เสถียร²

จินตนา วิชญเศรณี² ศรัณย์ โชติกเสถียร² อัญชลี ชูโรจน³

Saowanee Homsud¹ Duangphen Kochim¹ Suchada Wongwetsathian²

Chintana Witchayasaeranee² Sarun Jotikasthira² Anchalee Churojana³

¹งานการพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ²หน่วยรังสีร่วมรักษา ระบบประสาท โรงพยาบาลหัวหิน

³ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Radiology Nursing Department, Siriraj Hospital, ²Neurointervention Center, Hua-Hin Hospital,

³Radiology Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Corresponding author, Saowanee Homsud; Email: Saowanee63999@gmail.com

Received: October 9, 2023 Revised: January 15, 2024 Accepted: February 10, 2024

บทคัดย่อ

ภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก เกิดจากหลอดเลือดสมองมีลักษณะโป่งพองออกเป็นกระเปาะ ซึ่งทำให้ผนังหลอดเลือดบริเวณนั้นบางลง และเมื่อเกิดการฉีกขาด จึงเป็นผลให้มีเลือดออกอย่างฉับพลันในบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกแรกนอนต์ ซึ่งนับว่าเป็นความเจ็บป่วยขั้นภาวะวิกฤต เพราะมีอัตราการเสียชีวิตและเกิดทุพพลภาพได้มาก การรักษาภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกจึงต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อช่วยลดอัตราการตายและภาวะทุพพลภาพ โดยผู้ป่วยอาจได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่ง หรือการทำหัตถการผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ใช้แพร่หลายมากขึ้นในปัจจุบัน นอกจากการได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนแล้ว ผู้ป่วยยังควรได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การรักษาและลดภาวะทุพพลภาพให้มากที่สุด บทความนี้นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก การประเมินและตรวจวินิจฉัย การรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง และบทบาทพยาบาลรังสีในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบมาตรฐานในการปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: การรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง; บทบาทพยาบาล; ภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก



Nurses' Roles in Caring for Patients with Ruptured Cerebral Aneurysm Undergoing Endovascular Treatment

Saowanee Homsud¹ Duangphen Kochim¹ Suchada Wongwetsathian²

Chintana Witchayasaeranee² Sarun Jotikasthira² Anchalee Churojana³

¹Radiology Nursing Department, Siriraj Hospital, ²Neurointervention Center, Hua-Hin Hospital,

³Radiology Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Corresponding author, Saowanee Homsud; Email: Saowanee63999@gmail.com

Received: October 9, 2023 **Revised:** January 15, 2024 **Accepted:** February 10, 2024

Abstract

A ruptured cerebral aneurysm is a condition in which a blood vessel in the brain develops sac-like bulge, causing the vessel wall to weaken and eventually rupture. This can lead to sudden and severe hemorrhaging in the space beneath the outer membrane covering the brain, known as a subarachnoid hemorrhage. This is a critical condition with a high mortality rate and potential for disability. A ruptured aneurysm is a medical emergency and treatment is essential to decrease mortality and disability rates. Treatment can be performed either by craniotomy with clipping of the aneurysm, more recently, by endovascular treatment. In addition to urgent medical treatment, proper nursing care is also crucial. This article presents essential evidence related to ruptured cerebral aneurysm, assessment and diagnosis, endovascular treatment, and the role of radiological nurses in caring for patients with ruptured cerebral aneurysm undergoing endovascular procedures using the nursing process as a framework for the standard of care to achieve the best outcomes for patients.

Keywords: endovascular treatment; nurses' roles; ruptured cerebral aneurysm



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (ruptured cerebral aneurysm) เป็นภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลก ประมาณ 6.7 ต่อประชากร 100,000 คน และมีอัตราเสียชีวิตอยู่ในช่วงตั้งแต่วัยละ 8-60¹ โดยพบอัตราเสียชีวิตในเดือนแรกสูงถึงร้อยละ 35 และป่วย 1 ใน 3 ที่รอดชีวิต ยังมีอาการบกพร่องทางระบบประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อัตราการแตกซ้ำของหลอดเลือดสมองโป่งพองจะสูงถึงร้อยละ 40 ถ้าไม่ทำการรักษา ที่ 4 สัปดาห์ อัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 60 ถ้ามีการแตกซ้ำของหลอดเลือดสมองโป่งพอง ตำแหน่งที่พบหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกมากที่สุด ได้แก่ anterior communicating artery (A CoA) ตามมาด้วย middle cerebral artery (MCA) และ posterior communicating artery (P CoA) ตามลำดับ²

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุการเกิดหลอดเลือดสมองโป่งพองมีด้วยกันหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ทำให้เกิดแรงกระแทกของระบบไหลเวียนโลหิต (hemodynamic stress) กระทำต่อผนังหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง (shearing force) ทำให้มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดและทำให้ผนังของหลอดเลือดอ่อนแอ (focal weakness) จนทำให้เกิดการโป่งพองออกเป็นกระเปาะหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm formation) นอกจากนั้นยังพบสาเหตุอื่นได้เช่นกัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ ซึ่งก่อให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือดแดง (inflammation) ทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งสารกลุ่มโปรตีนเอ็มเอ็มพี หรือ matrix metallo-proteinases (MMPs) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ส่งผลต่อกระบวนการเสื่อมของเซลล์ ทำให้เกิดการทำลายส่วนประกอบของผนังหลอดเลือด (extracellular matrix degradation) และเกิดการตาย (apoptosis) ของชั้นกล้ามเนื้อของหลอดเลือด (smooth muscle layer) นอกจากนี้ยังพบว่าอาจเกิดจากถ่ายทอดทางพันธุกรรม (genetics) ประวัติครอบครัว (family history) ระดับฮอร์โมน (hormone) และสิ่งแวดล้อม (environment) รวมถึงสารก่อการอักเสบในร่างกาย สารก่อการอักเสบที่มีผลมากและเป็นที่ยอมรับกัน ได้แก่ cytokine ต่าง ๆ เช่น TNF alpha, Interleukin-1 beta เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้มีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสารที่ยับยั้งการอักเสบ (anti-inflammatory drugs) เช่น ยาลดไขมันกลุ่ม statin และยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ aspirin เป็นต้น เพื่อช่วยลดการเกิดหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก¹⁻²

ลักษณะอาการทางคลินิก (clinical manifestation)

ภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกมักจะเกิดในช่วงอายุระหว่างอายุ 40 ถึง 60 ปี และเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง³ โดยอาการแสดงที่พบได้บ่อยมากที่สุด ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน คลื่นไส้ อาเจียน อาการชัก และหมดสติ มีอาการระบบทางประสาทผิดปกติจากการกดเบียดจากหลอดเลือดสมองโป่งพองขนาดใหญ่ (giant or large aneurysm) หรือก้อนเลือดไปกดทับบริเวณสมองส่วนนั้น ๆ ความรุนแรงของโรคในระยะแรกขึ้นอยู่กับระยะเวลาและปริมาณเลือดที่ออกได้ชั้นเยื่อหุ้มสมองอแรกนอยด์นอกจากนี้เลือดที่ออกนี้ยังจะส่งผลให้เกิดภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (hydrocephalus) ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง (vasospasm) และภาวะสมองขาดเลือดตามมา (cerebral ischemia) ความรุนแรงของตัวโรคสามารถใช้คะแนนฮันท์และเฮสส์ (Hunt and Hess grading scale) เข้ามาช่วยประเมินได้³⁻⁴

การวินิจฉัยโรค (diagnosis)

การซักประวัติและตรวจร่างกาย (history taking and physical examination)

การซักประวัติที่พบบ่อย คือ มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง เมื่อตรวจร่างกายจะพบระดับความดันโลหิตสูงและมักจะอยู่ในภาวะที่มีความรู้สึกตัวดี แต่ในผู้ป่วยบางรายที่มีเลือดออกมากอาจจะอยู่ในภาวะซึม (drowsiness) สับสน (confusion) ไม่รู้สึกตัว (unconsciousness หรือ coma) ได้เช่นกัน ถ้ามีการกดทับเส้นประสาทจากหลอดเลือดโป่งพอง

ขนาดใหญ่บริเวณ posterior communicating artery (P CoA) ส่วนต้นของ posterior cerebral artery หรือ superior cerebellar artery อาจพบหนังตาตกข้างเดียวกัน (ipsilateral ptosis) และพบการขยายของรูม่านตา (pupil dilatation) เนื่องจากมีการกดเบียดของเส้นประสาท oculomotor พบแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiparesis) ได้ ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกแล้วกดเบียดสมอง มักมีอาการปวดต้นคอและตรวจพบลักษณะคอแข็ง (stiff neck) ได้ เนื่องจากมีเลือดใต้ชั้นอแรกนอยด์มาระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมอง³

การตรวจภาพทางรังสีวิทยา (radiographic examination)

ในรายที่มีอาการที่สงสัยหรือเข้าได้กับภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยภาพทางรังสีวิทยา ควรส่งผู้ป่วยทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ทันที โดยอาจพบเลือดในชั้นอแรกนอยด์บริเวณ basal cistern หรือบริเวณ Sylvian fissure ซึ่งจะขึ้นอยู่กับบริเวณของหลอดเลือดสมองโป่งพอง ถ้ามีก้อนเลือดขนาดใหญ่จะพบการกดเบียดเนื้อสมองได้ แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือรังสีแพทย์จะส่งทำการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดสมอง (CT angiography of the brain : CTA brain) โดยฉีดสารทึบรังสีผ่านหลอดเลือดดำ โดยภาพจะแสดงตำแหน่งของหลอดเลือดสมองโป่งพองรวมถึงขนาดของก้อนเลือดให้ทราบ นอกจากนี้ยังสามารถตรวจหรือพบจากการทำภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI หรือ magnetic resonance angiography: MRA) ได้เช่นกัน ถ้าภาพทางการตรวจด้วยวิธีดังกล่าวแล้วเห็นความผิดปกติไม่ชัดเจน อาจจะต้องทำการตรวจหลอดเลือดสมองด้วยสารทึบรังสีโดยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (cerebral angiography หรือ digital subtraction angiography: DSA) ซึ่งเป็นการวินิจฉัยหลอดเลือดสมองโป่งพองที่แม่นยำที่สุด โดยเครื่องตรวจสามารถสร้างภาพสามมิติของหลอดเลือดสมองได้ ทำให้มีประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้¹⁻²

แนวทางการรักษา (treatment)

เป้าหมายของการรักษาหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกคือ ป้องกันการแตกซ้ำ (re-bleeding) ของหลอดเลือดสมองโป่งพอง ปัจจุบันมีวิธีการรักษาหลัก ๆ อยู่ 2 วิธีคือ การผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (microsurgical clipping) ซึ่งเป็นการผ่าตัดเปิดสมองแล้วใช้คลิปขนาดเล็กหนีบที่บริเวณคอหรือฐานของหลอดเลือดโป่งพองที่แตก โดยไม่ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เพื่อไม่ให้มีเลือดไหลเข้าไปในบริเวณที่หลอดเลือดโป่งพองตลอดเวลา ซึ่งจะทำให้เกิดการแตกซ้ำของหลอดเลือดสมองได้ และ 2) การใส่ขดลวดเข้าไปในหลอดเลือดสมองโป่งพองด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อนำขดลวดเข้าไปอุดบริเวณที่มีหลอดเลือดโป่งพอง (endovascular coiling) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาที่ไม่ต้องผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในปัจจุบัน²

สำหรับการรักษาทั้ง 2 วิธีมีจุดประสงค์เดียวกันดังที่กล่าวมาคือ ป้องกันไม่ให้เกิดการแตกซ้ำ การเลือกวิธีการรักษานั้นขึ้นอยู่กับบทพิจารณาของแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นหลัก ซึ่งจะขึ้นกับ อายุ อาการ โรคประจำตัว ความยินยอมหรือความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ลักษณะหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง เช่น ขนาด ตำแหน่งและรูปร่าง รวมถึงความชำนาญของแพทย์ผู้ทำการรักษา สำหรับบทความนี้เน้นเนื้อหาเฉพาะการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองเป็นหลัก^{2,5} เนื่องจากเป็นเทคโนโลยีการรักษาที่ทันสมัยและมีการนำมาใช้มากขึ้น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพยาบาลประจำหน่วยตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการทำการหัตถการการรักษาดังกล่าว



การรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (endovascular treatment)

การรักษาแบบ endovascular coiling เริ่มครั้งแรกตั้งแต่ ค.ศ. 1991⁴ โดยการใช้ขดลวดชนิดที่ปลดออกได้ (detachable coil) ซึ่งเป็นหัตถการที่ไม่ต้องมีแผลผ่าตัดที่สมองและฟื้นตัวเร็ว ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาของ International Subarachnoid Aneurysms Trial (ISAT)³ พบว่าการรักษาด้วยวิธี endovascular coiling มีผลการรักษาที่ดีกว่าการผ่าตัด จึงเป็นเหตุผลให้การรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองเป็นที่นิยมมากขึ้นจนถึงปัจจุบัน ซึ่งบางสถาบันการรักษาแนะนำให้ใช้เป็นทางเลือกการรักษาเป็นอันดับแรก (first line treatment) แต่จะเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีการกดเบียดของก้อนเลือดในสมองร่วมด้วย เพราะการผ่าตัดสามารถลดความบวมของสมอง และสามารถเอาก้อนเลือดออกไปได้ด้วยเช่นกัน

การรักษาด้วยวิธีการอุดหลอดเลือดสมองผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง แนะนำให้รักษาในระยะเวลาเร็วที่สุดหลังเกิดอาการหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก โดยทั่วไปแนะนำให้รักษาภายใน 72 ชั่วโมงถ้าสามารถทำได้ การเลือกวิธีการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง เป็นการรักษาที่ต้องใช้การวางแผนเป็นอย่างดี และต้องใช้ทรัพยากรหลายชนิด ประกอบด้วยหน่วยตรวจรักษาและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย รวมทั้งทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยประกอบด้วยแพทย์ด้านรังสีวิทยาร่วมรักษาระบบประสาท พยาบาลประจำหน่วยตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา และพยาบาลหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก จัดเป็นผู้ป่วยวิกฤติทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อนและรุนแรง สำหรับบทบาทของพยาบาลประจำหน่วยตรวจพิเศษทางรังสีวิทยาจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะแรก การตรวจวินิจฉัยและการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง การดูแลก่อนและหลังการรักษาเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการรักษา เป็นต้น

วิธีการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (technique of endovascular treatment)

การรักษาภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองด้วยวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง มีทั้งหมด 4 วิธี ได้แก่ 1) การใส่ขดลวดด้วยวิธีปกติ (simple coil embolization) 2) การใส่ขดลวดคู่กับการใส่ stent (stent assisted coil embolization) 3) การใช้บอลลูนช่วยในการใส่ขดลวด (balloon assisted coil embolization หรือ balloon remodeling technique) และ 4) การใช้ flow diverting stent เพื่อให้เลือดไหลไปทางอื่น ไม่ให้เข้าไปในกระเปาะหลอดเลือดสมองโป่งพอง⁵

ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษาแบบการใส่ขดลวดด้วยวิธีปกติไม่ต้องใช้อุปกรณ์อื่นช่วย (simple coil embolization) จะต้องไม่มีลักษณะของคอที่กว้าง (wide-neck aneurysm) โดยคำนึงของ wide-neck aneurysm ได้แก่ การมีขนาดความกว้างของกระเปาะหลอดเลือดสมองโป่งพองต่อความกว้างของคอ (dome-neck ratio) มีค่าน้อยกว่า 2.0 อัตราส่วนระหว่างส่วนสูงของกระเปาะหลอดเลือดสมองโป่งพองกับความกว้างของคอ (neck) เรียกว่า aspect ratio มีค่าน้อยกว่า 1.6 ขนาดของคอกมีค่ามากกว่า 4 มิลลิเมตร หรือขนาดของคอกมากกว่าหรือเท่ากับขนาดของหลอดเลือดหลัก (parent artery) การที่มี wide-neck aneurysm จะเป็นอุปสรรคของการทำ simple coil embolization จึงจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์อื่นเพื่อช่วยในการพองขดลวดให้อยู่ในหลอดเลือดโป่งพอง ได้แก่ การใช้บอลลูน (balloon) หรือ stent การใช้ temporary balloon inflation เพื่อที่จะทำให้คอของหลอดเลือดโป่งพองมีขนาดเล็กลงชั่วคราวจนช่วยให้สามารถใส่ขดลวดได้สำเร็จ และไม่มีส่วนของขดลวด (coil loop) ยื่น (protrude) ออกมาที่ parent artery ได้ เรียกว่าเป็น balloon remodeling technique อย่างไรก็ตาม การใช้บอลลูนช่วยการใส่ขดลวด อาจมีความเสี่ยงต่อการแตกของผนังหลอดเลือดโป่งพองได้ เนื่องจากแรงกดของบอลลูนมีผลทำให้ขดลวดมีแรงกดต่อจุดผนังหลอดเลือดที่โป่งพองมากกว่าปกติ ทำให้ทะลุออกนอกหลอดเลือดได้ขณะทำการรักษา นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของ parent artery จากบอลลูนขณะทำการขยายบอลลูน จึงแนะนำให้มีการให้ heparin ขณะทำการรักษาด้วยเพื่อลดการเกิดลิ่มเลือดขนาดเล็กไป

อุดตันต่อหลอดเลือดส่วนปลายจากการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด ส่วนการใช้ stent ช่วยในการค้ำขดลวดที่ใส่เข้าไปกระเปาะของหลอดเลือดโป่งพอง ไม่ให้อุดตันในหลอดเลือดปกติ และทำให้ขดลวดมีการอุดในหลอดเลือดสมองโป่งพองได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องให้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ก่อนและหลังทำเพื่อป้องกันการอุดตันของ stent (intra stent thrombosis) ด้วย⁵⁻⁶

ขั้นตอนการรักษา (steps of treatment)

ในการรักษาหลอดเลือดสมองโป่งพองด้วยวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง แพทย์มักจะแนะนำให้ทำการวินิจฉัยและรักษาในครั้งเดียวกัน เพื่อประหยัดเวลาและลดการแตกซ้ำของหลอดเลือดสมองโป่งพองเนื่องจากต้องรอการรักษาครั้งต่อไป โดยอาจเป็นการรักษาแบบฉุกเฉินหรือนัดหมาย (emergency or elective case) ขึ้นกับความรุนแรงของโรคและความเร่งด่วนในการรักษา⁴ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการดมยาสลบโดยวิสัญญีแพทย์ตลอดทำการรักษา และต้องเตรียมทำความสะอาดผิวหนังด้วยวิธีปราศจากเชื้อบริเวณหลอดเลือดแดง femoral หรือ radial เพื่อเตรียมทำการแทงหลอดเลือดแล้วใส่อุปกรณ์ vascular sheath คาไว้ หลังจากนั้นแพทย์จะทำการตรวจวินิจฉัยโดยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองชนิดมาตรฐาน (diagnostic catheter) บริเวณหลอดเลือดข้างที่เป็นสาเหตุแล้วทำการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ภายใต้อุปกรณ์เอกซเรย์หลอดเลือดแบบสองระนาบ (biplanes digital subtraction angiography: DSA) เพื่อทำการสร้างภาพให้เห็นหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ชัดเจน เมื่อแพทย์ผู้ทำการรักษาวัดขนาดของหลอดเลือดสมองโป่งพองแล้ว จำลองการใช้ขนาดและความยาวของขดลวดให้เหมาะสมร่วมกับการใช้อุปกรณ์อื่น (assisted devices) เมื่อจำเป็น ต่อมาแพทย์จะทำการใส่สายสวนเพื่อทำการรักษา (guiding catheter) ไว้บริเวณต้นของหลอดเลือดแล้วใส่สายสวนขนาดเล็กพิเศษ (micro catheter) ซึ่งมีสายลวดนำขนาดเล็กพิเศษ (micro guidewire) เข้าไปในบริเวณกระเปาะของหลอดเลือดสมองโป่งพอง แล้วใส่ขดลวดให้อยู่ในกระเปาะของหลอดเลือดสมองโป่งพองจนแน่นพอและปิดถึง neck ของหลอดเลือดสมองโป่งพองจนเลือดไม่สามารถเข้าไปได้อีก ทั้งนี้ ตัวของขดลวดจะกระตุ้นทำให้มีการอุดตันของลิ่มเลือดเพิ่มมากขึ้น (Thrombogenic effect) ถ้าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์อื่นเพิ่มเติมขณะทำการรักษา เช่น stent หรือ balloon จำเป็นต้องให้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มเติม เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดหรือภาวะแทรกซ้อนการอุดตันที่หลอดเลือดส่วนปลาย ภายหลังการรักษาเสร็จสิ้นจึงสามารถถอดสายสวนขนาดเล็ก และสายสวนเพื่อทำการรักษา รวมทั้ง vascular sheath ออก แล้วเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปพักรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท⁴⁻⁵

การรักษาภาวะหลอดเลือดหดเกร็ง (vasospasm)

ภาวะหลอดเลือดหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง (cerebral vasospasm) เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ซึ่งการหดเกร็งของหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดสมองขาดเลือดได้ สามารถพบภาวะนี้ได้ประมาณร้อยละ 50 และพบว่ามีหลอดเลือดที่มีขนาดตีบเล็กลงจากการตรวจด้วยการฉีดสีหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 30-70⁶ ดังนั้นแพทย์จะพิจารณาให้การรักษา ซึ่งปกติจะเป็นช่วงวันที่ 4 ถึงวันที่ 14 หลังเกิดการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพอง การรักษาภาวะหลอดเลือดหดเกร็งโดยทั่วไปจะประเมินจากอาการของผู้ป่วยที่มีอาการเหมือนสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ มีอาการอ่อนแรงของแขนขา มีอาการซึมลง และภาพการตรวจทางรังสีวิทยาเข้าได้กับอาการขาดเลือด และมีขนาดของหลอดเลือดบริเวณหลอดเลือดสมองโป่งพองที่เล็กลงจากการตีบแคบซึ่งแพทย์จะทำการรักษาโดยให้สารน้ำ ยาเพิ่มความดันโลหิต และรักษาความเข้มข้นของเลือดให้อยู่ในค่าที่ปกติ เรียกว่า triple H therapy ได้แก่ hypertension, hemodilution และ hypervolemia โดยเน้นให้ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure)



ให้สูง ลดความหนืดของเลือด และให้มีค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) มากกว่าร้อยละ 30 และได้รับสารน้ำที่ได้มากกว่า 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน แต่ถ้าวอาการไม่ดีขึ้นหลังการรักษา ให้พิจารณาการใช้วิธีการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองแทน⁷⁻⁸

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรักษาภาวะหลอดเลือดหดเกร็งของหลอดเลือดสมองโดยใช้หลักการ triple H therapy ได้ประโยชน์ค่อนข้างมาก โดยพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการทางระบบประสาทที่ดีขึ้นหลังทำการรักษา ได้แก่ 1) การให้ยาที่ขยายหลอดเลือดโดยตรงผ่านสายสวน (intraarterial vasodilator: IA)⁶⁻⁷ หรือ 2) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (percutaneous transluminal angioplasty: PTA) ได้แก่ การบริหารยา Nimodipine ซึ่งเป็นยาที่นิยมกันมาก โดย Nimodipine เป็นยาที่จัดในกลุ่ม calcium channel blocker ที่ทำหน้าที่ขยายหลอดเลือดโดยตรง ป้องกันไม่ให้แคลเซียมเข้าสู่เซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบ (smooth muscle) ของหลอดเลือด และยาอีกตัวหนึ่งคือ Milrinone ซึ่งเป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง phosphodiesterase (PDE) ทำให้กล้ามเนื้อหลอดเลือดคลายตัวและเพิ่มการเต้นของหัวใจ ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้สามารถใช้รักษาพร้อมกันได้เพื่อเสริมฤทธิ์กันในการช่วยลดอาการขาดเลือดของสมองจากภาวะหลอดเลือดหดเกร็ง⁶⁻⁸ สำหรับวิธีการบริหารยาทำโดยใช้สายสวนขนาดเล็ก (micro catheter) ขึ้นไปวางบริเวณหลอดเลือดที่มีการตีบแคบ หรือผ่านสายสวนขนาดปกติ (diagnostic catheter) ไว้ที่ส่วนต้นบริเวณหลอดเลือดที่ก่อ โดยขนาดยาของ Nimodipine ที่แนะนำคือ 1.5 มิลลิกรัมต่อหลอดเลือดหนึ่งเส้นที่เลี้ยงสมอง (territory) หรือขนาดมากที่สุดคือ 3 มิลลิกรัมต่อการให้ทั้งหมด⁶ ส่วน Milrinone สามารถให้ได้ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อหลอดเลือดหนึ่งเส้นที่เลี้ยงสมองหรือไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อการรักษาทั้งหมด⁶⁻⁷ ระยะเวลาในการให้แต่ละครั้งควรให้นานมากกว่า 30-120 นาที และสามารถให้ซ้ำได้หลังจาก 12-24 ชั่วโมงหลังการให้ครั้งแรก ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำ ระหว่างการให้ควรมีการติดตามชีพจรและความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลของการให้ยาอาจจะทำให้เกิดความดันโลหิตที่ต่ำลง (hypotension) และทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นหรือผิดจังหวะ (tachy-arrhythmia) ได้⁶ ข้อดีของการใช้วิธีนี้คือ บริหารยาง่าย ไม่สิ้นเปลือง แต่ข้อเสียคือ จะทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาที่บริหารต่อร่างกาย (systemic response) ได้มากกว่าการให้ผ่านสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็ก⁶⁻⁷ การให้ยาผ่านสายสวนขนาดเล็กอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่สมองส่วนปลายได้มากกว่า (distal micro-embolism) ไม่แนะนำให้ใส่สายค้างไว้ต่อเนื่องขณะให้ยา (continuous infusion)⁸ ส่วนการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (percutaneous transluminal angioplasty) จะเลือกทำในผู้ป่วยที่ไม่ได้ผลจากการให้การรักษาแบบ IA (intra-arterial thrombolysis) และต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา เช่น หลอดเลือดแตกแตก (vessel perforation) หรือเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) ตามมาได้ ทั้งนี้การรักษาภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากมีอาการของหลอดเลือดหดเกร็งจะได้ผลค่อนข้างดีมาก⁹

ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา (complication related treatment)

การรักษาหลอดเลือดสมองป้องกันด้วยวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง สามารถพบภาวะแทรกซ้อนได้ประมาณร้อยละ 4 ได้แก่⁵

1. หลอดเลือดได้รับบาดเจ็บบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ เช่น หลอดเลือดโป่งพองเทียม (pseudoaneurysm) หลอดเลือดตีบแคบ (stenosis, occlusion)
2. แพ้สารทึบรังสี (contrast allergy) ขณะทำการตรวจรักษา ทำให้เกิดความดันตก ชีพจรเต้นช้า หรือมีผื่นขึ้นตามตัว
3. มีภาวะไตวายจากการใช้สารทึบรังสี (contrast induced nephropathy)

- ภาวะหลอดเลือดโป่งพองทะลุจากอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น ลวดนำทางขนาดเล็ก (micro guidewire) สายสวนขนาดเล็ก (microcatheter) หรือจากขดลวด (coil) ขณะทำการรักษา ทำให้มีภาวะเลือดออกในสมอง อาจทำให้เสียชีวิตได้
- เกิดภาวะลิ่มเลือดปลิวอุดหลอดเลือดสมองส่วนปลาย (distal micro-embolism) อาจเกิดจากการปรับเปลี่ยนวิธีการใส่สายสวนที่ใช้เวลานานระหว่างการรักษาหรือเกิดจากตัวขดลวดที่กระตุ้นการเกิดลิ่มเลือด แล้วปลิวขึ้นไปอุดหลอดเลือดส่วนปลาย
- ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดหลังจากทำการรักษา เช่น เลือดออกผิดปกติในสมอง เลือดออกบริเวณแผลที่มีการใส่อุปกรณ์ เป็นต้น

ผลการรักษา (treatment outcome)

เนื่องจากการรักษาด้วยวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง เป็นการปิดหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกเพื่อไม่ให้เกิดการแตกซ้ำ (re-bleeding) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ดังเดิม ซึ่งเป็นเป้าหมายตรงกันกับการรักษาโดยการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง ต้องมีการเฝ้าติดตามหลังการอุดหลอดเลือดสมองโป่งพองด้วยขดลวดต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (recurrence) เนื่องจากอาจเกิดภาวะการหดตัวของหลอดเลือดที่อุด (coil compaction) หรือเกิดเป็นหลอดเลือดสมองโป่งพองขึ้นมาใหม่ที่ตำแหน่งเดิม (aneurysm regrowth) หรือตำแหน่งใหม่ (de novo aneurysm formation) แพทย์จะนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาโดยการฉีดสารทึบรังสีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (cerebral angiography) หรือติดตามภาพถ่ายทางรังสีวิทยาหลอดเลือดอย่างอื่น เช่น computed tomography angiography (CTA) หรือ magnetic resonance angiography (MRA) ก็ได้ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและแนวปฏิบัติของสถาบันที่ทำการรักษา⁵⁻⁶

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง เกี่ยวข้องกับพยาบาลหลายหน่วย เช่น ห้องฉุกเฉิน หน่วยรังสีร่วมรักษา ระบบประสาท หอผู้ป่วยวิกฤติ เป็นต้น สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยรังสีร่วมรักษา ระบบประสาท มีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการการรักษาดังกล่าว โดยร่วมมือกับบุคลากรทุกฝ่าย รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับพยาบาลหน่วยรังสีร่วมรักษา ระบบประสาท มีบทบาทโดยรวมในการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพอง ทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง ดังนี้¹⁰

- เตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจรักษา โดยศึกษาประวัติอาการที่เป็น ณ ปัจจุบัน ได้แก่ อาการทางระบบประสาท และระบบที่เกี่ยวข้อง โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้สารทึบรังสี ประวัติการแพ้อาหารทะเล โรคหอบหืดอย่างรุนแรง โรคไต ผลการตรวจเลือดทั่วไปและค่าการทำงานของไต ภาพถ่ายเอกซเรย์ทรวงอก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น โดยทั้งหมดนี้จะมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการทำหัตถการทางรังสีวิทยาทั้งสิ้น ถ้ามีประวัติแพ้สารทึบรังสีมาก่อน ให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือเภสัชกร ต้องเปลี่ยนชนิดสารทึบรังสีที่ทำให้เกิดการแพ้ที่น้อยลง และพิจารณาบริหารยาทางหลอดเลือดดำเพื่อลดอาการแพ้ (pre-medication) ตามแพทย์สั่ง ถ้ามีภาวะไตวายร่วมอยู่ด้วย ให้ระมัดระวังปริมาณสารทึบรังสีที่ใช้พร้อมแจ้งให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทราบ เพื่อทำการกำหนดปริมาณที่ใช้ได้และปรึกษาอายุรแพทย์โรคไตเพื่อร่วมประเมินความเสี่ยงต่อการให้สารทึบรังสีร่วมด้วย นอกจากนี้ ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการและมีการประเมินด้านจิตใจและผู้ป่วยและญาติ และแนะนำเทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก เพื่อลดความกังวลและส่งเสริมความพร้อมในการรับการรักษา



2. วางแผนการรักษาเกี่ยวกับชนิดอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องร่วมกับแพทย์ผู้ทำการรักษา เนื่องจากการรักษาหลอดเลือดโป่งพองด้วยวิธีการใส่ตะแกรงลวดไวค้ายัน (stent) ร่วมกับการใส่ขดลวด (coil embolization) จำเป็นต้องให้ยาต้านเกล็ดเลือดร่วมด้วย (antiplatelets) หรือเปลี่ยนขนาดของสายสวนหลอดเลือดสมองที่ใหญ่ขึ้น ซึ่งล้วนแต่ส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ให้เพิ่มเติมได้

3. ตรวจสอบใบยินยอมในการตรวจรักษาของผู้ป่วยและญาติ

4. ประเมินสัญญาณชีพ ตำแหน่งและความแรงของชีพจรของรยางค์ หรือตำแหน่งของหลอดเลือดที่จะใส่อุปกรณ์ท่อนำสายสวนที่คาไว้ที่หลอดเลือด (vascular sheath) เพื่อทำการรักษา

5. เฝ้าติดตามและประเมินสัญญาณชีพขณะทำการตรวจรักษา รวมถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างทำ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทภายหลังการตรวจรักษา

6. ตรวจสอบการเกิดก่อนเลือดบริเวณหลอดเลือดที่มีการใส่อุปกรณ์ vascular sheath บริเวณหลอดเลือด femoral หรือ radial หลังเอาอุปกรณ์ออก รวมถึงการเฝ้าติดตามชีพจรส่วนปลายต่อตำแหน่งที่มีการแทงของหลอดเลือดแดง

7. มีการตรวจสอบและเน้นย้ำการดูแลที่ต่อจากห้องที่ทำการรักษาด้วยสายสวนหลอดเลือดกับเจ้าหน้าที่ที่หอผู้ป่วยวิกฤติทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาที่ต้องให้ต่อเนื่อง เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด และเน้นย้ำห้ามหยุดยาก่อนกำหนดแพทย์สั่ง

8. มีความสามารถในการเสริมสร้างความมั่นใจ ด้วยวิธีการสอนการดูแลผู้ป่วยให้กับครอบครัวเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

9. ประเมินผลลัพธ์การดูแลทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ รวมทั้งกระบวนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐาน และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกรณีส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการเฝ้าระวังและติดตามอาการต่อเนื่องในหอผู้ป่วย

10. ออกใบนัดติดตามหลังการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และเน้นย้ำความสำคัญของการมาตรวจอย่างต่อเนื่อง

การกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง มักมีปัญหาซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะระหว่างการทำหัตถการ ตัวอย่างข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญสำหรับพยาบาลหน่วยรังสีระหว่างการทำหัตถการ มีดังนี้¹¹⁻¹⁵

ข้อวินิจฉัยที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก เช่น ภาวะหลอดเลือดหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงคือ ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ทำให้มีเลือดออกบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมอง

เป้าหมายการดูแล ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง กำลังของกล้ามเนื้อแขนและขา หากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวและมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทให้รีบรายงานแพทย์ทันที

2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

4. ประเมินและติดตามปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก และอื่น ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที



ข้อวินิจฉัยที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการได้รับสารทึบรังสี

ปัจจัยเสี่ยงคือ ผู้ป่วยได้รับการฉีดสารทึบรังสีผ่านทางสายสวนหลอดเลือดขณะทำการรักษา

เป้าหมายการดูแล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับสารทึบรังสี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการได้รับสารทึบรังสี ชักประวัติการแพ้ยา การแพ้สารทึบรังสีและอาหารทะเล โรคประจำตัว ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, Cr. เป็นต้น
2. หากผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันการแพ้สารทึบรังสีตามแผนการรักษา
3. บันทึกสัญญาณชีพและประเมินอาการผู้ป่วยขณะและหลังการได้รับสารทึบรังสี สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ขณะได้รับการฉีดสารทึบรังสี สอบถามอาการผู้ป่วยเป็นระยะ
4. ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ และให้การดูแลตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกบริเวณตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงคือ ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดที่เส้นเลือดแดงใหญ่บริเวณขาหนีบ

เป้าหมายการดูแล ไม่มีเลือดออกที่ตำแหน่งใส่สายสวนหลอดเลือดบริเวณขาหนีบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบแผลบริเวณขาหนีบภายหลังแพทย์กดแผลห้ามเลือดเป็นเวลา 15 นาที ว่ามีเลือดออกหรือไม่
2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง (absolute bed rest) โดยการนอนเหยียดขาข้างที่ใส่สายสวนหลอดเลือดเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
3. แนะนำให้ผู้ป่วยนอนเหยียดขาข้างที่ใส่สายสวนหลอดเลือดเป็นเวลา 8 ชั่วโมง และสังเกตการเกิดเลือดออกบริเวณขาหนีบ ถ้ามีเลือดออก ให้รีบใช้มือกดแผลและแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที
4. ประสานการดูแลต่อเนื่องและส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อการเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกบริเวณตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือด

ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง

ปัจจัยเสี่ยงคือ ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกและได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง

เป้าหมายการดูแล ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษาเพื่อให้ Cerebral blood flow เพียงพอ หากความดันโลหิตต่ำไม่ได้ตามเกณฑ์ ประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาให้ Inotropic drug ตามแผนการรักษา
2. บันทึกปริมาณน้ำในร่างกาย (Keep CVP 8–12 cmH₂O) หากผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำหรือ CVP ต่ำกว่าเกณฑ์ ควรรีบประสานงานกับแพทย์เพื่อประเมิน และพิจารณาการให้สารน้ำ เช่น Colloid เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย
3. ติดตามค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือด โดยเฝ้าระวังให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (Keep Hct 30–35 mg%)
4. ดูแลให้ยาลดการหดเกร็งของหลอดเลือดตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียงจากการให้ยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น



ข้อวินิจฉัยที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ปัจจัยเสี่ยงคือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกด้วยวิธีการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษา ญาติสอบถามเกี่ยวกับการรักษาเป็นระยะ

เป้าหมายการดูแล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติโดยการพูดกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ใช้คำพูดสุภาพ น้ำเสียงนุ่มนวล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติฟังด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอบอุ่นใจ

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับแผนการรักษาที่ได้รับ รับฟังปัญหาของผู้ป่วย และญาติด้วยท่าทีที่เต็มใจ อธิบายข้อสงสัยและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

3. ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้แก่วิธีการรักษา วิธีการได้รับยาระดับความรู้สึกระยะเวลาการรักษา การดูแลหลังการรักษา ตำแหน่งของแผลที่ทำการรักษา และการปฏิบัติตัว รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าขณะทำการรักษา จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมรังสีแพทย์ ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

นอกเหนือจากข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลตามที่กล่าวมา พยาบาลหน่วยรังสีร่วมรักษาระบบประสาทจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย และกำหนดแผนการพยาบาลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย

สรุป

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกด้วยวิธีการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง นับเป็นวิธีการรักษาที่ทันสมัยและเป็นมาตรฐานในปัจจุบัน เนื่องจากใช้เวลาน้อย พักฟื้นตัวเร็วกว่าการรักษาโดยการผ่าตัด และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการผ่าตัด เช่น อายุมาก มีโรคประจำตัว แต่อย่างไรก็ดี ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาก็มีได้เช่นกัน ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษาที่ซับซ้อนที่มากขึ้น เช่น การใช้ balloon remodeling technique, stent assisted coil embolization หรือการใส่ flow diverter stent ที่ต้องใช้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดร่วมด้วยขณะทำการรักษา ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีการรักษามีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว พยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะด้านรังสีร่วมรักษาระบบประสาทจึงต้องพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพการดูแล ทั้งในด้านความรวดเร็วและปลอดภัย เริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยก่อนทำการรักษา การเฝ้าติดตามขณะและหลังทำการรักษา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับตัวโรคและผลของการรักษา และการแนะนำการมาตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่ได้รับการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองและญาติ เกิดร่วมมือในการรักษา คลายความกังวล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

1. Chalouhi N, Hoh BL, Hasan D. Review of cerebral aneurysm formation, growth, and rupture. *Stroke* 2013;44:3613–22.
2. Brisman JL, Song JK, Newell DW. Cerebral aneurysms. *N Engl J Med*. 2006;355:928–39.
3. Molyneux AJ, Kerr RSC, Yu L, Clarke M, Sneade M, Yarnold JA, et al. International subarachnoid



aneurysm trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2,143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised comparison of effects on survival, dependency, seizures, rebleeding, subgroups, and aneurysm occlusion. *The Lancet* 2005;366:809–17.

4. Guglielmi G, Viñuela F, Sepetka I, Macellari V. Electrothrombosis of saccular aneurysms via endovascular approach. Part 1: Electrochemical basis, technique, and experimental results. *J Neurosurg* 1991;75:1–7.
5. Anxionnat R, Tonnelet R, Derelle AL, Liao L, Barbier C, Bracard S. Endovascular treatment of ruptured intracranial aneurysms: Indications, techniques and results. *Diagn Interv Imaging* 2015;96:667–75.
6. Imamura H, Sakai N, Satow T, Iihara K; JR–NET investigators. Endovascular Treatment for Vasospasm after Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage Based on Data of JR–NET3. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2018;58:495–502.
7. Velat GJ, Kimball MM, Mocco JD, Hoh BL: Vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: review of randomized controlled trials and meta–analyses in the literature. *World Neurosurg* 2011;76: 446–54.
8. Jun P, Ko NU, English JD, et al.: Endovascular treatment of medically refractory cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *AJNR Am J Neuroradiol* 2010;31:1911–6.
9. Crowley RW, Medel R, Dumont AS, Ilodigwe D, Kassell NF, Mayer SA, Ruefenacht D, Schmiedek P, Weidauer S, Pasqualin A, Macdonald RL. Angiographic vasospasm is strongly correlated with cerebral infarction after subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 2011;42:919–23.
10. Wright I. Cerebral aneurysm--treatment and perioperative nursing care. *AORN J.* 2007;85:1172–82.
11. Kitthanyateerakul P. Critical care nursing for acute stroke patient undergoing surgical therapy. In Konmanugouk M, Chukij K, Pinyopasakul W, Koositamongkol S. (eds). *Stroke care: towards best nursing outcomes.* Bangkok: Niyomwittaya; 2017: 175–94. (in Thai)
12. Kitbunyonglers S, Petpichetchian W. Nursing care of patients with cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid haemorrhage: a case study. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2019;35(1).24–35. (in Thai)
13. Ayling OG, Ibrahim GM, Drake B, Torner JC, Macdonald RL. Operative complications and differences in outcome after clipping and coiling of ruptured intracranial aneurysms. *J Neurosurg* 2015;123(3): 621–8.
14. Wuchner SS, Bakas T, Adams G, Buelow J, Coh J. Nursing interventions and assessments for aneurysmal subarachnoid hemorrhage patients: a mixed methods study involving Practicing Nurses. *J Neurosci Nurs* 2012;44(4):177–185. DOI: 10.1097/JNN.0b013e318252763.
15. Lindgren A, Vergouwen MDI, van der Schaaf I, Algra A, Wermer M, Clarke MJ, Rinkel GJE. Endovascular coiling versus neurosurgical clipping for people with aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018, Issue 8. Art. No.: CD003085.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์

The Relationship between Health Literacy and Self-Care Behavior among Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease, Tha-sao Subdistrict, Uttaradit Province

อนัญญา คูอาริยะกุล^{1*} จิราพร ศรีพลากิจ¹ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร² พชรินทร์ เฮียงก่อ³

Ananya Kooariyakul¹ Jirapom Sripalakich¹ Kanyarat Phuengbanhan² Patcharin Heingkor³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุตรดิตถ์ ³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง อุตรดิตถ์

¹Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Uttaradit Rajabhat University ³Mon Din Daeng Health Promoting Hospital, Uttaradit

Corresponding Author; Ananya Kooariyakul; Email: ananya@unc.ac.th

Received: November 2, 2023 Revised: January 29, 2024 Accepted: March 1, 2024

บทคัดย่อ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้มากขึ้นในทุกพื้นที่ของประเทศ ซึ่งเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และรับยาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .97 และ .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ในขณะที่ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.50, p<.01$) ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติให้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น เพื่อการป้องกันความก้าวหน้าของโรคจนนำไปสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง; โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3



The Relationship between Health Literacy and Self-Care Behavior among Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease, Tha-sao Subdistrict, Uttaradit Province

Ananya Kooariyakul¹ Jirapom Sripalakich¹ Kanyarat Phuengbanhan² Patcharin Heingkor³

¹Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Uttaradit Rajabhat University ³Mon Din Daeng Health Promoting Hospital, Uttaradit

Corresponding Author; Ananya Kooariyakul; Email: ananya@unc.ac.th

Received: November 2, 2023 Revised: January 29, 2024 Accepted: March 1, 2024

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a major health problem that is increasing across the country and is related to health behaviors. This descriptive correlational research study aimed to investigate the relationship between health literacy and self-care behavior among patients with stage 3 chronic kidney disease in Tha-Sao Subdistrict, Uttaradit Province. The participants were 50 patients with stage 3 chronic kidney disease receiving continuous medication from Mon Din Daeng Subdistrict Health Promoting Hospital in Tha-Sao Subdistrict, Uttaradit Province. Data were collected using a health literacy questionnaire and another questionnaire to assess the self-care behavior of patients with stage 3 chronic kidney disease, which were reviewed for content validity by five experts. The indices of item objective congruence (IOC) were between .67–1.00 and the reliability was determined by the Cronbach's alpha coefficient. The values were .97 and .79, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient. The results revealed that the patients with stage 3 chronic kidney disease had an overall health literacy mean score at a fair level. Regarding each aspect individually, it was found that understanding of health information and services was at a poor level, while self-care behavior was at a good level. In terms of correlation, the results showed that health literacy had a significant positive relationship with health care behavior ($r=.50$, $p<.01$). Therefore, the findings of this study suggest that health personnel should promote health literacy, focusing on the information and health services necessary for patients with CKD in order to prevent stage 3 patients progressing to the final stage of CKD, where high treatment costs are incurred.

Keyword: health literacy; self-care behavior; chronic kidney diseases stage 3



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่องนานเกิน 3 เดือนจนไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ตรวจพบได้จากค่าการทำงานของไตที่สูญเสียไป (glomerular filtration rate, GFR < 60 มล./นาที/1.73 ตรม.) ร่วมกับกายวิภาคของไตที่เปลี่ยนแปลงไปหรือตรวจพบ albumin creatinine ratio (ACR) มากกว่า 30 มก./กรัม¹⁻³ โรคนี้ นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกรวมถึงประเทศไทย เนื่องจากในระยะเริ่มต้นของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดง ทำให้ไม่ทราบว่าเป็นโรคเกิดขึ้น ดังนั้นจึงทำให้พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่ง Vajitsoonthornkul⁴ ได้อธิบายข้อมูลจากสมาคมโรคไตระหว่างประเทศ (International Society of Nephrology) ที่ได้ประมาณการค่าความชุกโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney diseases) ของประชากรทั่วโลกเท่ากับ 10 และในประเทศไทย ประมาณการความชุกโรคไตเรื้อรัง เพศชาย 8.6 และเพศหญิง 9.6 และพบความชุกโรคไตเรื้อรังแตกต่างกันในประเทศต่าง ๆ สำหรับประเทศไทย Vajitsoonthornkul⁴ และ yodchai² ได้กล่าวถึงข้อมูลจากการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงโรคไตโดยการสำรวจประชาชนไทยอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 3,459 คน จาก 10 จังหวัด โดย Thai-SEEK Study (Thai Screening and Early Evaluation of Kidney Disease) พบว่าโรคไตเรื้อรังระยะ 1-5 ประมาณการความชุกเท่ากับ 17.5 หรือประมาณการมีประชากร 8 ล้านคนเป็นโรคไต เพศหญิงมีความชุก 18.5 เพศชาย 16.3 นอกจากนี้จากรายงานผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ทั้งหมด 1,007,251 ราย และพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องการการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยปีละ 20,000 ราย ซึ่งเป็นการจัดบริการสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก⁴ สำหรับตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2564-2566 พบจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 514 535 และ 610 คน ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นเช่นกันคือ 31 45 และ 56 คน ตามลำดับ⁵

สำหรับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังคือ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม เช่น การสูบบุหรี่ การใช้ยากลุ่ม NSAIDs การได้รับสารเคมีโลหะหนัก หรือมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเสี่ยง เช่น รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เป็นต้น^{2,4,6-7} และเมื่อเกิดโรคไตเรื้อรังขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันตามระยะการดำเนินของโรค เนื่องจากการดำเนินของโรคจะเกี่ยวข้องกับการรักษาสมดุลของเหลวในร่างกาย การกำจัดยา ของเสีย และสารพิษออกจากร่างกาย การควบคุมน้ำและแร่ธาตุต่าง ๆ ในเลือด และการหลังสอริโมนเข้าสู่กระแสเลือด โดยผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการอ่อนเพลียตั้งแต่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และเมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนล้า เหนื่อยง่าย ขาบวมกดบุ๋ม ปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืน นอนไม่หลับ ผิวแห้ง คันตามร่างกาย เครียด วิตกกังวล เป็นต้น^{1,3-8} ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตจึงมีความสำคัญ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมิให้กลายเป็นไตวายเรื้อรังเร็วเกินควร คือ การสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคไต เน้นการจัดการความเสี่ยงของการเกิดโรคไตในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) สามารถดูแลป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ป่วยเป็นโรคไต และให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ รวมทั้งพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การคัดกรองความเสี่ยงโรคไต ควบคู่กับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน^{2,9}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย¹⁰⁻¹² โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและยังสามารถทำนายภาวะสุขภาพของ

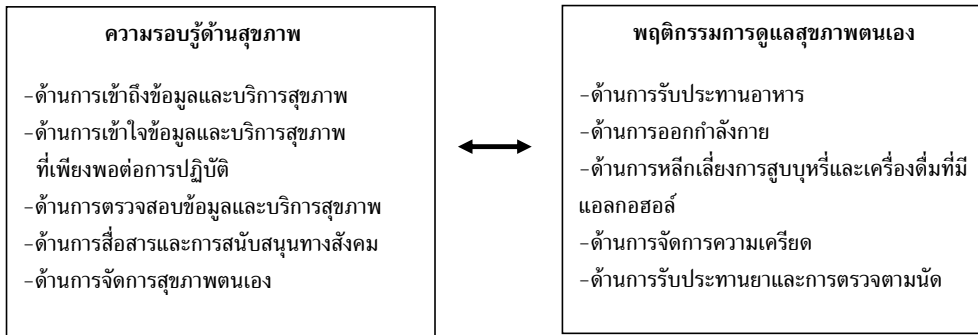
บุคคลได้¹³ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นคุณลักษณะของบุคคลและทรัพยากรทางสังคมที่บุคคลและชุมชนจำเป็นต้องใช้ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลและบริการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ¹⁴ ขณะเดียวกันความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น¹⁵ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มักมีปัญหาในการอ่าน ไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลที่อ่านได้ดี ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลนั้นไปจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้นอกจากนี้อาจส่งผลกระทบต่อเชิงลบต่อจิตใจ รู้สึกอึดอัด ไม่กล้าแสดงออกให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองไม่รู้หนังสือ ยิ่งทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ จะทำให้บุคคลนั้นสามารถค้นหา เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการควบคุม ตัดสินใจจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งนอกจากจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีแล้วยังลดค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณของประเทศที่ต้องใช้ในการรักษาสุขภาพของประชาชนลงด้วย¹³ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เสื่อมเร็วขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง สามารถดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวทางในการศึกษา แบ่งเป็น 5 ด้านคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรขึ้นอยู่กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลนั้น เนื่องจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถประเมินข้อมูลและทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับ และนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองและเกิดการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง อันจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 56 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง จังหวัดอุดรธานี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis¹⁶ กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 46 คน และเพื่อป้องกันการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 51 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ระหว่าง 30-59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร รับยาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง จังหวัดอุดรธานี เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยขอถอนตัวระหว่างตอบแบบสอบถามการวิจัย ทั้งนี้จากการตอบแบบสอบถามพบว่าได้รับข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 98.04

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สภาพการอยู่อาศัย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรคประจำตัว และสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 47 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้านคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนนด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน ลักษณะแบบสอบถาม



เป็นแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ แบ่งกลุ่มตามลักษณะความเป็นจริงที่ตรงกับตนเองคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

เกณฑ์การตัดสินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ		
	ดีมาก	พอใช้	ไม่ดีพอ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	คะแนนมากกว่าหรือ เท่ากับ 32 คะแนน	คะแนนระหว่าง 24-31.99	คะแนนรวม น้อยกว่า 24 คะแนน
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่ เพียงพอต่อการปฏิบัติ	คะแนนมากกว่าหรือ เท่ากับ 20 คะแนน	คะแนนระหว่าง 15-19.99	คะแนนรวม น้อยกว่า 15 คะแนน
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและ บริการสุขภาพ	คะแนนมากกว่าหรือ เท่ากับ 24 คะแนน	คะแนนระหว่าง 18-23.99	คะแนนรวม น้อยกว่า 18 คะแนน
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุน ทางสังคม	คะแนนมากกว่าหรือ เท่ากับ 68 คะแนน	คะแนนระหว่าง 51-67.99	คะแนนรวม น้อยกว่า 51 คะแนน
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	คะแนนมากกว่าหรือ เท่ากับ 44 คะแนน	คะแนนระหว่าง 33-43.99	คะแนนรวม น้อยกว่า 33 คะแนน
ภาพรวม	คะแนนมากกว่าหรือ เท่ากับ 188 คะแนน	คะแนนระหว่าง 141-187.99	คะแนนรวม น้อยกว่า 141 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด จำนวน 20 ข้อ แบ่งกลุ่มตามลักษณะความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตนคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีการให้ความหมายของความสม่ำเสมอในการปฏิบัติดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

การตัดสินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรง



ตามเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 ท่าน ได้คำตัดสินความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .67–1.00 ส่วนการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเป้า จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 และ .79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์ และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ 003/65 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 ต่ออายุครั้งที่ 1 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 และก่อนการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการดำเนินการวิจัย สิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่มีการระบุชื่อ หรือข้อมูลเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) พบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบ 2) ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดงในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและนัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) เมื่อถึงกำหนดวัน เวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยและทีมมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ 5) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 44.00 เพศหญิง ร้อยละ 56.00 มีอายุระหว่าง 70–79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.00) รองลงมามีอายุระหว่าง 60–69 ปี (ร้อยละ 28.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 68.36 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.00) และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.00) สำหรับอาชีพส่วนใหญ่คือ ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 18.00) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 1,001–5,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 34.00) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว



ต่อเดือนเท่ากับ 11,006.00 บาท สำหรับสภาพการอยู่อาศัยพบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคนในครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 90.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 72.00) เฉลี่ยแล้วมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 2.92 ปี และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 68) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 44) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 78.00)

2. ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แสดงดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	24.56	6.36	พอใช้
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	14.52	4.95	ไม่ดีพอ
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	19.18	5.09	พอใช้
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	60.54	12.18	พอใช้
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	35.74	9.14	พอใช้
คะแนนโดยรวม	154.48	29.37	พอใช้

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=154.48, SD=29.37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับไม่ดีพอ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการรับประทานอาหาร	3.58	.56	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	2.62	1.26	ปานกลาง
ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.44	.96	ดี
ด้านการจัดการความเครียด	3.52	.60	ดี
ด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด	4.51	.81	ดีมาก
โดยรวม	3.73	.50	ดี



จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.73$, $SD=.50$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรับประทานยา และการตรวจตามนัด ($\bar{X}=4.51$, $SD=.81$) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.62$, $SD=1.26$) อยู่ในระดับปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ความรู้ด้านสุขภาพ	1	.502**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	.502**	1

** $p<.01$

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=154.48$, $SD=29.37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับไม่พอ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ คือ มีอายุระหว่าง 70–79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.00) รองลงมา มีอายุระหว่าง 60–69 ปี (ร้อยละ 28.00) อายุเฉลี่ย 68.36 ปี และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้และการทำความเข้าใจกับข้อมูลต่างๆ และบริการสุขภาพที่ได้รับ ขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ระหว่าง 1–5 ปี เฉลี่ยแล้วมีระยะเวลาการป่วย 2.92 ปี โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จากการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงประจำปี ดังนั้นจึงอาจส่งผลต่อความสนใจในการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับ Saranrittichai¹³ ที่กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีสาเหตุจากปัจจัยด้านบุคคลหลายปัจจัย เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านความเจ็บป่วย ความสามารถในการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ เป็นต้น การศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunklai, Kanoksuntonrat, Phinitkhonjorndech¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3–4 มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (เกณฑ์การแบ่งคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของงานวิจัยนี้ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ปานกลาง และสูง) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Vorrappitayaporn, Malathum, Phinitkhajorndech¹⁰ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4–5 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและระยะของโรคที่ศึกษาแตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.73$, $SD=.50$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ศึกษามีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 68) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 44) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าวจากบุคลากรด้านสุขภาพอยู่แล้ว เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี การศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Vorrapittayaporn, Malathum, Phinitkhajorndech¹⁰ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรังมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน (ด้านการไม่เพิ่มความเสื่อมของไต การใช้ยาตามการรักษา การปฏิบัติตามการรักษา การจัดการอาการตนเอง การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม และการออกกำลังกาย) อยู่ในระดับสูง

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ และนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง อันจะส่งผลให้มีสุขภาพดี¹⁴⁻¹⁵ ถ้าบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคน้อย ส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และการจัดการตนเองไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้เกิดการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสม¹³ ส่งผลต่อการดำเนินของโรค ซึ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะทำให้การทำงานของไตลดลงจนเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ การศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Vorrapittayaporn, Malathum, Phinitkhajorndech¹⁰ และ Bunklai, Kanoksuntonrat, Phinitkhonjorndech¹¹ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.30$, $.54$; $p<.001$, $.05$ ตามลำดับ) แต่ไม่สอดคล้องกับงานของ Chouwai et al.¹⁷ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. บุคลากรที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยเน้นด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ด้านนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เช่น ทำแผนพับ คู่มือความรู้การดูแลตนเองเมื่อเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีคำอธิบายชัดเจน และเข้าใจง่าย หรือสอนแนะผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเองและวิธีการหรือแนวทางในการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลและปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยนำประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ เพื่อนำผลไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

2. ควรมีการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยนำความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นหนึ่งของรูปแบบที่พัฒนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย รวมถึงตรวจสอบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดงที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดงทุกท่านที่ช่วยประสานผู้ป่วยและญาติจนทำให้งานวิจัยสำเร็จเรียบร้อย ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และท้ายสุดนี้ขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ที่สนับสนุนและให้กำลังใจในการดำเนินการวิจัยมาตลอด จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Copper K, Gosnell K. Foundations and adult health nursing. 9th ed. St.Louis: Elsevier; 2023.
2. Yodchai K. Patient with chronic kidney disease : nursing care and symptom management. Songkhla: Neo Point (1995) Company Limited; 2020.
3. Wongsaree C. Medical and surgical nursing care: kidney & urinary disease. Bangkok: NP Press Limited Partnership; 2016.
4. Vijitsoonthornkul K. Epidemiology and review of chronic kidney diseases prevention measures. [Internet]. 2022 [cited September 1, 2023], Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads//1308820220905025852.pdf>.
5. Mon Din Daeng Health Promoting Hospital. Annual report 2021–2023. Uttaradit: Mon Din Daeng health promoting hospital; 2023.
6. Tochampa S. Self–Management for the delay of diabetic nephropathy progression. Phitsanulok: Naresuan University Publishing House; 2019.
7. Tachaudomdech C. Nursing care for patients with chronic kidney disease. In Soiwong P. Editor. Medical nursing care. Chiang Mai: NPT Printing; 2021.
8. Bunkerd S, Kitiyakara C, Praditpornsilpa K. Clinical and laboratory assessment in kidney function in chronic kidney disease. In Kantachuvesiri S, Chanchaoentana W, Kaitsoontorn K, Kochaseni P, Chailimpamontree W, Trakanwanich T. Editor. A Textbook of chronic kidney disease. 2th ed. Bangkok: Text and Journal Publication Company Limited 2019: 27–43.
9. Division of non-communicable disease, Department of disease control, Ministry of Public Health. World Kidney day “Kidney Health for All Preparing for the Unexpected, Supporting the Vulnerable” [Internet]. 2023 [cited June1, 2023]. Available from: [https:// datariskcom-ddc.moph.go.th/download](https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download).
10. Vorrappittayaporn C, Malathum P, Phinitkhajorndech N. Relationships among knowledge, health literacy, and health behavior in older persons with chronic kidney disease. Ramathibodi Nursing Journal 2021;27(1):81–95.
11. Bunklai K, Kanoksuntornrat, N, Phinitkhonjorndech, N. Relationship between health literacy, self care behaviors, and glomerular filtration rate among patients with chronic kidney disease stage 3–4.



Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2020;12(1):225-39.

12. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health- related behaviors and health status: a survey of elderly Chinese. International journal of environmental research and public health. 2015;12(8): 9714-25.
13. Saranrittichai K. Health literacy: concepts, theories and applications. Khon Kaen: Khon Kaen Printing Part; 2021.
14. Kaeodumkoeng K. Health literacy: access, understand and application. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company; 2018.
15. Kaeodumkoeng K. Health literacy: processes, practices, evaluation tools. Bangkok: ID ALL Digital Print; 2021.
16. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-91.
17. Chouwai S, Phontip K, Suebsoontorn W, Chapradit C, Tongate C. Relationships between health literacy, self-care behaviors and qualityof life among patients with first and second stage of chronic kidney disease. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2023;38(1):11-20.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลน่าน

Effects of Utilizing Nursing Guideline for Patients Receiving Modified Electroconvulsive Therapy in Psychiatric Ward, Nan Hospital

กรณิกการ์ เลื่อมใส¹ สิริวิมล กันตา² เกรียงไกร อายุยีน¹ เซษฐา แก้วพรม³

Kannika Leumsai¹ Siriwimon Kuntar² Kriangkrai Aryuyune¹ Chettha Kaewprom³

¹หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลน่าน ²กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลน่าน

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Psychiatric Ward Nan Hospital ²Psychiatric and Substance Addiction Unit, Nan Hospital

³Borromrajonnani College of Nursing Phrae, Faculty of Nursing, Prabormrajchanok Institute

Corresponding Author: Chettha Kaewprom; Email: chettha@bcnph.ac.th

Received: November 28, 2023 Revised: December 18, 2023 Accepted: December 22, 2023

บทคัดย่อ

ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT) พยาบาลต้องมีความรู้และความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดกระบวนการรักษาด้วยวิธีนี้ให้กับผู้ป่วยได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ที่ทำร่วมกับงานประจำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อ 1) ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วย modified ECT และ 2) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วย modified ECT ในช่วงก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ร่วมในทีมการรักษาด้วย modified ECT จำนวน 33 คน และข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วย modified ECT ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 210 ครั้ง และหลังใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 200 ครั้ง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย modified ECT แบบวัดความรู้พยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการทำการรักษาด้วย modified ECT ทำการทดลองระหว่างเดือน มีนาคม – กันยายน พ.ศ.2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลด้วย Paired t-test เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยสถิติการทดสอบฟิชเชอร์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย modified ECT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติพบอาการแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย modified ECT โดยใช้แนวปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้ช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาลจิตเวช; การรักษาด้วยไฟฟ้า; ความปลอดภัยของผู้ป่วย; แนวปฏิบัติการพยาบาล



Effects of Utilizing Nursing Guideline for Patients Receiving Modified Electroconvulsive Therapy in Psychiatric Ward, Nan Hospital

Kannika Leumsai¹ Siriwimon Kuntar² Kriangkrai Aryuyune¹ Chettha Kaewprom³

¹Psychiatric Ward Nan Hospital ²Psychiatric and Substance Addiction Unit, Nan Hospital

³Borromrajonnani College of Nursing Phrae, Faculty of Nursing, Praborromrajchanok Institute

Corresponding Author: Chettha Kaewprom; Email: chettha@bcnph.ac.th

Received: November 28, 2023 Revised: December 18, 2023 Accepted: December 22, 2023

Abstract

In the nursing care for patients treated with modified electroconvulsive therapy (modified ECT), nurses must have the necessary knowledge and skills to prevent adverse effects throughout the treatment process. This quasi-experimental study was integrated into routine nursing practice in a psychiatric unit at Nan hospital. The objectives of this study were to investigate effects of utilizing nursing guidelines for patients receiving modified ECT on 1) nurses' knowledge of patient care during modified ECT and 2) the incidence of associated complications and adverse effects. The participants of the study were 33 registered nurses involved in administering modified ECT. Data were collected from 210 pre-implementation records of adverse effects and 200 post-implementation records after utilizing the nursing guideline of this study. The research instrument consisted of a nursing guideline, a test to assess knowledge about nursing care of patients with modified ECT, and a form to record complications and adverse effects from modified ECT. The study was implemented from March to September 2023. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and Fisher exact tests. The results revealed that after implementing the nursing guideline, nurses' knowledge mean score was increased significantly, while the incidence of ECT-related complications decreased significantly. It can therefore be concluded that the application of the nursing guideline in this study leads to an improvement in safety for patients receiving modified ECT procedures.

Keywords: psychiatric nursing; electroconvulsive therapy; patient safety; nursing guideline



ความเป็นมาและความสำคัญ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) เป็นการบำบัดรักษาทางจิตเวชที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมอารมณ์รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ผู้ป่วยใช้ยาทางจิตเวชแล้วไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยที่ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ไหว¹⁻² ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้ามี 2 รูปแบบคือ

1) การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก (unmodified ECT) และ 2) การรักษาแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT)³ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกจะเป็นการรักษาที่มีทวิสัญญีให้ยาระงับความรู้สึกและยาคลายกล้ามเนื้อก่อนที่จิตแพทย์จะผ่านกระแสไฟฟ้าในจำนวนที่ต้องการไปสู่สมองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดอาการชักแบบเกร็ง กระตุกทั้งตัว (grandmal seizure) โดยกระแสไฟฟ้าจะทำให้ระดับของสารสื่อประสาทเปลี่ยนแปลงกลับสู่ความสมดุลและช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น¹⁻³ อย่างไรก็ตามแม้ว่ารักษาด้วยไฟฟ้าจะช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ก็พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในระหว่างทำการรักษา เช่น อาการหยุดหายใจนานเกินไป ความดันโลหิตสูงกว่าค่าปกติเกินร้อยละ 30 อาการพินโยกหลุด เป็นต้น อีกทั้งการรักษาด้วยไฟฟ้ายังทำให้เกิดอาการข้างเคียงซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นหลังทำการรักษา เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อาการหลงลืมหรือสูญเสียความจำชั่วคราว เป็นต้น^{2,4-6} ซึ่งภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงดังกล่าวเป็นสิ่งที่ป้องกันได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลในแต่ละระยะของการรักษาอย่างเหมาะสม^{4,6}

หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลน่าน เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชและยาเสพติดเข้ารับการรักษาดูแลแบบผู้ป่วยใน มีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT) โดยจะมีห้องที่จัดเตรียมไว้สำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยเฉพาะ (ECT administration room) ทีมการรักษาประกอบด้วย 1) ทีมพยาบาลที่ประจำเวรตึกและเวรเช้าจำนวน 2-3 คนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนทำ ขณะทำและหลังทำการรักษา 2) ทีมวิสัญญีพยาบาลจำนวน 2 คนทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วย ให้ยาระงับความรู้สึกและดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างที่ถูกระงับความรู้สึก และ 3) จิตแพทย์จำนวน 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้รักษาด้วยไฟฟ้า ประเมินประสิทธิภาพของการชักและผลของการรักษา โดยการรักษาแต่ละครั้งจะใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อครั้ง ทั้งนี้บุคลากรทั้งสามทีมจำเป็นต้องประสานการทำงานเป็นอย่างดีเพื่อให้การรักษาเกิดความปลอดภัยสูงสุด² อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัยพบปัญหาในการทำงานหลายประการ เช่น บริบทของการรักษาด้วยไฟฟ้ามีความแตกต่างจากโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชทำให้ต้องประยุกต์ตัวสตูอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา พยาบาลประจำที่หอผู้ป่วยจิตเวชมีความหลากหลายบางคนยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง และขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรวมถึงวิสัญญีพยาบาลที่เป็นหนึ่งในทีมรักษาได้มีการหมุนเวียนมาให้การตมยาไม่ใช่เจ้าหน้าที่ประจำข้อจำกัดดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ ของการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการรักษา⁶⁻⁸

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมสถิติความเสี่ยงของการรักษาด้วยไฟฟ้าในปีพ.ศ.2562-2565 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงและภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวน 11, 12, 9, 10 ราย ตามลำดับ อับัติการณ์ดังกล่าวได้แก่ ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอ เช่น การลิมงดน้ำงดอาหารก่อนทำ (failed NPO) ทำให้การรักษาต้องเลื่อนออกไป ผู้ป่วยบางรายมีคลื่นหัวใจผิดปกติขณะทำการรักษาบางรายต้องหยุดการรักษา บางรายมีการฉีกขาดของลิ้นเนื่องจากการใส่ยางกันกัด (bite guard) ไม่พอดีกับช่องปากและฟันและไม่ทำการประคองและล่อคางผู้ป่วยขณะชัก ทำให้ต้องได้รับการเย็บลิ้นหลังทำ บางรายมีอาการหยุดหายใจนานส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนนาน (prolong hypoxia) และเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง เช่น สับสนทำให้เกิดอุบัติเหตุหล่นเกิดบาดเจ็บ บางรายปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ รุนแรงต้องได้รับยาบรรเทาอาการปวดและคลายกล้ามเนื้อ หรือเกิดพินหัก พินโยกเสี่ยงต่อการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะให้วิสัญญีดมยา เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์ปัญหา พบว่าสาเหตุหนึ่ง



อาจเกิดจากการขาดแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยทำให้กระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการรักษาเกิดความบกพร่อง พยาบาลที่ประจำจุดต่าง ๆ ของการรักษาขาดความเข้าใจและไม่มีการตรวจสอบหรือมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น^{6,8-9}

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึกขึ้น เพื่อให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าได้ปฏิบัติการพยาบาลในทิศทางเดียวกัน¹⁰ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และลดจำนวนและความรุนแรงของอาการข้างเคียงลง ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง²⁻³ รวมถึงการประชุมปรึกษาหารือถึงสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึก รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและศึกษาความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึกจากโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช เช่น โรงพยาบาลสวนสราญรมย์¹¹ โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา⁶ เป็นต้น รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึกตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงทำการทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึกต่อการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลเรื่องการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึกก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ
2. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้าในระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ดำเนินการวิจัยควบคู่ไปกับการทำงานประจำทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้าในระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (3 เดือน) และเปรียบเทียบอุบัติการณ์ดังกล่าวในระยะหลังใช้แนวปฏิบัติ (3 เดือน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างวิจัยประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึก ประกอบด้วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช และพยาบาลวิสัญญีที่หมุนเวียนมาร่วมในทีมรักษาด้วยไฟฟ้าจำนวนรวมทั้งสิ้น 33 คน
2. ข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้าจำนวน 410 ครั้งแบ่งเป็น ข้อมูลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (เดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2566) จำนวน 210 ครั้ง และข้อมูลหลังใช้แนวปฏิบัติ (เดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2566) จำนวน 200 ครั้ง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางคำนวณสำเร็จรูปของ Yothongyos & Sawadsan¹² กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 200 ครั้ง ผู้วิจัยจึงกำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งการเก็บข้อมูลตามช่วงเวลาก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ



3. เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลดังนี้ เป็นข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้าในระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2566 และเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้ยินยอมให้นำข้อมูลไปใช้ในการวิจัยได้

เครื่องมือวิจัย

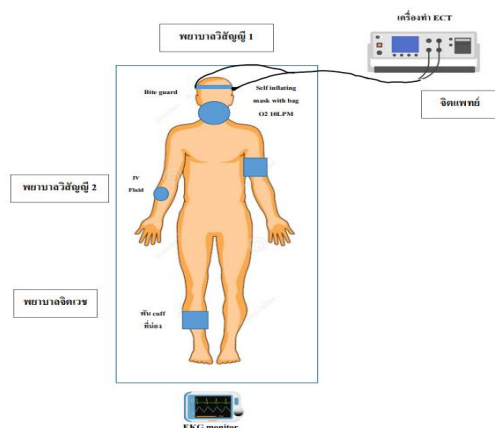
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT) ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ modified ECT ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ modified ECT ของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช^{5,11} โดยกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำการรักษา ดังตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1 และมีการกำหนดตำแหน่งของทีมรักษาด้วยไฟฟ้าตามภาพที่ 1 นอกจากนี้ได้มีการประชุมทีมรักษาเพื่อทำความเข้าใจในแนวปฏิบัติ และมีการทำโปสเตอร์บอกขั้นตอนในการปฏิบัติการดูแลในระหว่างทำการรักษา ปิดไว้ที่ห้องทำ ECT เพื่อใช้สื่อสารกับทีมรักษา โดยเฉพาะพยาบาลและพยาบาลวิสัญญีเพื่อให้สามารถทำงานประสานกันตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนสิ้นสุดการรักษา

การดูแลก่อนทำการรักษา	การดูแลขณะทำการรักษา	การดูแลหลังทำการรักษา
<u>เมื่อแพทย์พิจารณาให้ทำ ECT</u> 1. ทบทวนคำสั่งการรักษา 2. ตรวจร่างกาย ชักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกาย 3. บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า กำหนดเหตุผลการรักษา และให้แพทย์ผู้สั่งลงนาม 4. เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, electrolyte, BUN, Cr, FBS) ตรวจการตั้งครรภ์ ตรวจ ATK 5. ส่งตรวจ CXR 6. ทำ EKG 7. เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ 8. ให้ญาติเซ็นยินยอม (หรือใช้ คกก.สถานบำบัดฯ) 9. บันทึกรายชื่อผู้ป่วยลงในกระดานทำ ECT 10. พยาบาลวิสัญญีทำการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อเตรียมยาระงับความรู้สึกและยาคลายกล้ามเนื้อที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย	<u>เมื่อผู้ป่วยไปถึงห้องทำ ECT</u> 1. พยาบาลสอบถามผู้ป่วยถึงการ NPO 2. พยาบาลตรวจสอบช่องปาก/ฟันฯ ทาวาสลินา 3. พยาบาลติด EKG monitor ตรวจวัดสัญญาณชีพ 4. พยาบาลติดขั้วไฟฟ้าบริเวณขมับ และต่อเข้ากับเครื่อง ECT 5. พยาบาลวิสัญญีคนที่ 1 (อยู่ข้างลำตัวด้านขวามือผู้ป่วย) ให้ยาระงับความรู้สึก และพยาบาลวิสัญญีคนที่ 2 (ยืนเหนือศีรษะผู้ป่วย) ทำการทดสอบการหลับด้วยการเขี่ยขนตา 6. เมื่อผู้ป่วยหลับพยาบาลวิสัญญีคนที่ 2 จัดทำผู้ป่วยและให้ออกซิเจนด้วย self-inflating mask with bag เพื่อช่วยการหายใจ 7. พยาบาล (ยืนบริเวณปลายเท้าด้านขวาของผู้ป่วย) ฟัน cuff BP ที่น่องข้างขวาและบีบแรงดันก่อนให้สัญญาณแก่พยาบาลวิสัญญีคนที่ 1 เพื่อให้ยาคลายกล้ามเนื้อ 8. หลังพยาบาลวิสัญญีคนที่ 1 ให้ยาคลายกล้ามเนื้อ พยาบาลสังเกตอาการกระตุกของกล้ามเนื้อและทดสอบ babinski's sign จนมีผล negative 9. พยาบาลวิสัญญีคนที่ 1 ใส่ยางกันกัดให้พอดีและล็อกถึงฟันกราม จับล้อคคางผู้ป่วยและให้สัญญาณจิตแพทย์เพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้า	1. เมื่อผู้ป่วยย้ายมาที่เตียงให้ O2 cannula 4 LPM และตรวจระดับ O2 2. ผูกมัดผู้ป่วยและยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ 3. ทำการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และตรวจวัดสัญญาณชีพ จากนั้นทำการตรวจวัดซ้ำทุก ๆ 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง 4. ในระหว่างนี้ผู้ป่วยอาจจะมีการสับสน กระสับกระส่าย ให้เรียกชื่อผู้ป่วยเป็นระยะและเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ 5. เมื่อผู้ป่วยสงบให้ผู้ป่วยหลับพยาบาลดูแลความสบาย 6. ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำตามคำสั่ง 7. ทดลองให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงประมาณ 5 นาที ถ้าไม่มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง จึงให้ผู้ป่วยลงจากเตียง 8. หลังผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ให้ off IV fluid 9. ตรวจประเมินอาการข้างเคียงหลังทำการรักษา



การดูแลก่อนทำการรักษา	การดูแลขณะทำการรักษา	การดูแลหลังทำการรักษา
<u>การเตรียมผู้ป่วยก่อนวันทำ ECT</u> 1. Set การทำ ECT ในระบบ 2. บันทึกวันที่ทำการรักษา ECT 3. ติดป้าย NPO อย่างน้อย 6 ชม. และผูกมัดผู้ป่วย 4. ตรวจวัด VS อย่างน้อย 4 ชม. 5. ตรวจจสอบ และให้ถอดฟันปลอม (กรณีถอดไม่ได้ให้แจ้ง) 6. ทำความสะอาดปากและฟันก่อนทำ 7. ให้ IV fluid 500 ml 80ml/hr 8. กรณีผู้ป่วยหญิงให้ถอดชุดชั้นใน 9. กรณีผู้ป่วยเบาหวานให้เจาะ DTX และให้ IV fluid เป็น NSS 10. ผู้ป่วยความดันโลหิต ให้ยาลดความดันตอน 6.00 น พร้อมดื่มน้ำ 20 ml.	10. ขณะผู้ป่วยเข้าระยะต่างๆ ของการชักให้พยาบาลทุกจุดทำการประคองบริเวณคาง หัวไหล่ ข้อมือ สะโพกและข้อเข่า เพื่อป้องกันแรงกระแทกที่รุนแรง 11. พยาบาลสังเกตการณ์ชักของผู้ป่วย และจิตแพทย์ดูข้อมูลการชักของผู้ป่วยจากเครื่อง ECT และแจ้งให้มีการบันทึกข้อมูลการชัก 12. เมื่อผู้ป่วยหยุดชักพยาบาลวิสัญญีคนที่ 2 ดึงอุปกรณ์กีดกั้นออกและตรวจสอบช่องปากของผู้ป่วยว่ามีบาดแผล หรือฟันโยกหักหรือไม่ 13. ให้พยาบาลที่อยู่ปลายเท้าผู้ป่วยทำการตรวจวัด V/S, O2 sat. ในขณะที่พยาบาลวิสัญญีคนที่ 2 ทำการบีบ self-inflating bag with O2 10 LPM จนกว่าผู้ป่วยจะหายใจได้เอง 14. เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เอง ให้พยาบาลอีกชุดทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องทำ ECT	



ภาพที่ 1 ตำแหน่งของทีมรักษาด้วยไฟฟ้า

2. แบบบันทึกปฏิบัติการการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นแบบสังเกตภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษา (7 อาการ) และบันทึกอาการข้างเคียงหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า (8 อาการ) แบบบันทึกนี้ผู้วิจัยทำการดัดแปลงแบบบันทึกอาการนี้จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา5 มีการตอบแบบ 2 ตัวเลือก คือ 0 คือ ไม่พบอาการข้างเคียง/อาการแทรกซ้อน และ 1 คือ พบอาการข้างเคียง/อาการแทรกซ้อน

3. แบบวัดความรู้ของพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วย modified ECT เป็นข้อสอบแบบใช้คำตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ เนื้อหาของข้อสอบประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า การดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น ผู้ป่วยรายใดที่ควรได้รับการรักษา



ด้วยไฟฟ้า เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยทำการรักษาด้วยไฟฟ้าพยาบาลควรปฏิบัติตามข้อใด ในเช้าวันที่จะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าพยาบาลควรปฏิบัติอย่างไร ในขณะที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าพยาบาลควรปฏิบัติตามข้อใด ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้อง ECT กิจกรรมการดูแลข้อใดสำคัญที่สุด หลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าพยาบาลจะให้การดูแลอย่างไร เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ชุดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกจำนวน 1 ท่านและจิตแพทย์ 1 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (content validity index : CVI) มีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือจนได้ค่าความตรงตามเนื้อหาทั้ง 3 ชุด เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบบันทึกพฤติกรรมการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้าด้วยการวัดซ้ำ (test-retest method) โดยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช 2 คนทำการประเมินและบันทึกพฤติกรรมการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าจำนวน 20 ครั้ง และบันทึกอาการข้างเคียงหลังทำการรักษาหลังผู้ป่วยรู้สึกตัวดีจำนวน 20 ครั้ง ได้ค่าความสัมพันธ์ของการบันทึกอาการทั้งสองครั้งเท่ากับ 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่านเพื่อขออนุมัติทำวิจัยและเก็บข้อมูลวิจัยในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลน่าน
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่านแล้ว ผู้วิจัยทำการประชุมบุคลากรในหอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย การขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวมข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566) โดยพยาบาลที่อยู่ในห้องทำ ECT จะทำการบันทึกภาวะแทรกซ้อนขณะทำ ECT ของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอนอน และให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่หอนอนทำการซักถามและบันทึกอาการข้างเคียงหลังทำ ECT หลังจากที่มีผู้ป่วยมีพื้นตัวหลังทำ 1-2 ชั่วโมง ในส่วนของพยาบาลได้มีการวัดความรู้ความเข้าใจของพยาบาลก่อนใช้แนวปฏิบัติช่วงเดือนมีนาคม 2566
4. ผู้วิจัยทำการประชุมเพื่อทำความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT) และจัดทำโปสเตอร์ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนทำ ขณะทำและหลังทำ ปิดไว้ที่ห้องทำ ECT เพื่อให้พยาบาลได้ทบทวนและประกอบการตัดสินใจในการทำงาน กิจกรรมดังกล่าวมีการดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน 2566
5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้าในระยะหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2566 และมีการวัดความรู้ของพยาบาลอีกครั้งในเดือนกันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ของพยาบาล และอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน



และอาการข้างเคียง และใช้สถิติเพื่อเปรียบเทียบได้แก่ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้ได้มีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลแล้วพบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติเปรียบเทียบแบบพารามेटริก และใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ Fisher Exact test เพื่อเปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาของอาการข้างเคียงและอาการแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่านเลขที่ 004/2566 โดยทีมวิจัยได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยได้มีการชี้แจงข้อมูลการทำวิจัยและขอความยินยอมในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและญาติ มีการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและการประเมินอาการทางจิตและความพร้อมในการให้ข้อมูลในผู้ป่วยทุกราย การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำในภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง เอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้าในระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 210 ครั้งจากผู้ป่วย 50 คน และระยะหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 200 ครั้งจากผู้ป่วย 47 คน ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี เมื่อพิจารณาการวินิจฉัยโรคพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนในกลุ่มทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 38.30 และทั้งสองกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจำนวน 4-6 ครั้ง ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย		ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (50 คน)	หลังใช้แนวปฏิบัติ (47 คน)
		frequency (percentage)	frequency (percentage)
เพศ	ชาย	24 (48.00)	20 (42.60)
	หญิง	26 (52.00)	27 (57.40)
อายุ	21-30 ปี	8 (16.00)	8 (17.00)
	31-40 ปี	8 (16.00)	7 (14.90)
	41-50 ปี	12 (24.00)	8 (17.00)
	51-60 ปี	13 (26.00)	15 (31.90)
	มากกว่า 60 ปี	9 (18.00)	9 (19.10)
Diagnosis	Schizophrenia	20 (40.00)	8 (38.30)
	Bipolar affective disorder	7 (14.00)	3 (6.40)
	Schizoaffective disorder	5 (10.00)	5 (10.60)
	Major depressive disorders	15 (30.00)	18 (38.30)
	Others	3 (6.00)	3 (6.40)
จำนวนครั้ง	1-3	16 (32.00)	16 (34.00)
การรักษา	4-6	28 (56.00)	22 (46.80)
	7-10	6 (12.00)	9 (19.10)



2) ความรู้ความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ก่อนใช้แนวปฏิบัติผู้วิจัยให้พยาบาลทำข้อสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยผู้ตอบเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 8 คน และพยาบาลวิสัญญีที่หมุนเวียนมาร่วมทีมการรักษา พบว่า ก่อนใช้แนวปฏิบัติพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยา ระบุความรู้เท่ากับ 7.94 (SD=.93) และหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 9.45 (SD=.94) และเมื่อทำการเปรียบเทียบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ (n=33)

คะแนนความรู้	Mean	SD	t	p
คะแนนความรู้ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	7.94	.93	7.24	<.001
คะแนนความรู้หลังใช้แนวปฏิบัติ	9.45	.79		

3) การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาและการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยมีการเก็บข้อมูลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 210 ครั้ง และหลังใช้แนวปฏิบัติจำนวน 200 ครั้ง และนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Fisher Exact test พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ได้แก่ การเกิดอาการ hypoxia ความดันโลหิตสูงเกินร้อยละ 30 อาการพ่นโยก เกิดแผลในช่องปาก EKG ผิดปกติ failed NPO และการเลื่อนทำ ECT ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า*

อาการแทรกซ้อน	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=210 ครั้ง)		หลังใช้แนวปฏิบัติ (n=200 ครั้ง)		Z	p
	ไม่พบ(ร้อยละ)	พบ(ร้อยละ)	ไม่พบ(ร้อยละ)	พบ(ร้อยละ)		
hypoxia	204 (97.14)	6 (2.86)	200 (100)	0 (0)	-2.41	.02
ชักนานเกิน 2 นาที	206 (98.10)	4 (1.90)	198 (99.00)	2 (1.00)	-.76	.57
BP สูงขึ้นเกิน 30%	201 (95.71)	9 (4.29)	200 (100)	0 (0)	-2.96	.00
พ่นโยก	204 (97.14)	6 (2.86)*	200 (100)	0 (0)	-2.41	.02
แผลในช่องปาก	203 (96.67)	7 (3.33)*	199 (99.50)	1 (.50)	-2.07	.04
EKG ผิดปกติ	194 (92.38)	16 (7.62)	195 (97.50)	5 (2.50)	-2.35	.02
Failed NPO	201 (95.71)	9 (4.29)*	198 (99.00)	2 (1.00)	-2.01	.04
เลื่อนการทำ ECT	201 (95.71)	9 (4.29)*	200 (100)	0 (0)	-2.96	.00
Prolong apnea	210 (100)	0 (0)	200 (100)	0 (0)	0	-
กระตุกหัก แตก	210 (100)	0 (0)	200 (100)	0 (0)	0	-
ภาพรวมการเกิดอาการ	159 (75.51)	51 (24.29)	190 (95.00)	10 (5.00)	-5.84	.00

* Fisher Exact test



นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดอาการข้างเคียงหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าพบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบอุบัติการณ์การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะสับสนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า*

อาการข้างเคียง	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=210 ครั้ง)		หลังใช้แนวปฏิบัติ (n=200 ครั้ง)		Z	p
	ไม่พบ(ร้อยละ)	พบ(ร้อยละ)	ไม่พบ(ร้อยละ)	พบ(ร้อยละ)		
หลงลืม สูญเสียความจำ	209 (99.52)	1 (0.48)	199 (99.00)	1 (.50)	-1.61	.10
ปวดศีรษะ	197 (93.81)	13 (6.10)	191 (95.50)	9 (4.50)	-.76	.30
ปวดกล้ามเนื้อ	195 (92.86)	15 (7.14)	196 (98.00)	4 (2.00)	-2.47	.01
คลื่นไส้ อาเจียน	201 (95.71)	9 (4.29)	200 (100)	0 (0)	-2.96	.00
สับสน	198 (94.29)	12 (5.71)	198 (99.00)	2 (1.00)	-2.62	.01
ภาพรวมการเกิดอาการ	160 (76.19)	50 (23.81)	184 (92.00)	16 (8.00)	-5.24	.000

* Fisher Exact test

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึก (modified ECT) ส่งผลผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและตัวพยาบาล ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบว่า พยาบาลที่ร่วมทีมการรักษาด้วยไฟฟ้ามีความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย modified ECT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาความรู้ของพยาบาล เพราะการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้วิจัยได้มีการประชุมทำความเข้าใจหลักการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า วิธีการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า นอกเหนือยังได้มีการทำโปสเตอร์แสดงขั้นตอนการดูแลขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ห้องทำ ECT ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจจากการปฏิบัติงาน¹³ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bubphamalo, Nookong&Rungamornrat¹⁴ ที่ศึกษาผลการการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลระบบสัญญาณเตือนก่อนภาวะวิกฤติ โดยพยาบาลกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานสูงขึ้น ทั้งนี้มีการอธิบายว่าเกิดจากการการที่พยาบาลได้มีการปฏิบัติการดูแลตามแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ดี มีการตัดสินใจในงานที่ดีขึ้นหลังใช้แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับการวิจัยอีกหลายชิ้นที่พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจและทักษะในการทำงานของพยาบาล เช่น การศึกษาของ Ritklar&Salphoklang¹⁵ ที่ทำการวิจัยผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วพบว่า หลังจากมีการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติช่วยพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้ดีขึ้นได้

2. หลังในแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะในเรื่องการเกิด อาการ hypoxia ชักนานเกิน 2 นาที ความดันโลหิต



สูงเกิน 30% มีแผลในปาก ฟันโยก failed NPO และการเลื่อนทำ ECT (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4) จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยในขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้ให้แนวทางที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เช่น เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยทำการรักษาด้วยไฟฟ้าพยาบาลจะต้องทำการซักประวัติโดยละเอียด สังเกตทางห้องปฏิบัติการ ตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) และส่งตรวจ CXR เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่พร้อมสำหรับการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เพราะในระหว่างการทำ ECT จะมีการกระตุ้นระบบประสาท parasympathetic และ sympathetic ที่ส่งผลให้การเต้นหัวใจผิดจังหวะ 1-2 ดังนั้นจึงพบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการเกิดภาวะ EKG ผิดปกติจึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในขณะที่ผู้ป่วยทำการรักษาด้วยไฟฟ้าวิสัญญีพยาบาลจะทำการตรวจสอบปากฟันของผู้ป่วย มีการทาวาสลินที่ริมฝีปาก และตรวจสอบการใส่ยางกันกัด (bite guard) ให้ลึกถึงฟันกรามก่อนให้สัญญาณแก่จิตแพทย์เพื่อทำการส่งกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ตัวผู้ป่วย การปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาการเกิดแผลในช่องปากและการกัดลิ้น¹⁶ ทั้งนี้ Toomtong¹⁷ อธิบายว่าแม้ว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าด้วยการใช้ยาระงับความรู้สึกจะช่วยลดปัญหาการกัดตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงขณะชัก แต่ไม่ได้ช่วยลดปัญหาการเกิดแผลในช่องปากและฟัน เช่น ฟันหัก ฟันโยก มีแผลในช่องปากและลิ้น ได้ ดังนั้นจึงแนะนำให้หมักษาใส่อุปกรณ์ป้องกันในช่องปากและทำการยึดคางของผู้ป่วยให้คงที่ขณะที่มีอาการชัก จะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ ดังนั้นหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาการเกิดแผลในช่องปาก และฟันโยก จึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Thongyindee et al.⁶ ที่ไม่พบปัญหาแผลในช่องปากหลังใช้แนวปฏิบัตินี้

3. หลังในแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดอาการข้างเคียงหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยเฉพาะในเรื่องการเกิด ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียนและสับสน (ดังรายละเอียดในตารางที่ 5) จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยลดการเกิดอาการข้างเคียงหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าได้¹⁸⁻¹⁹ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วย modified ECT วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลจิตเวชได้มีการตรวจสอบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับยา Thiopentone แล้วผู้ป่วยหลับสนิทหรือไม่โดยการเชียนตาของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาลดกล้ามเนื้อแล้วได้มีการตรวจสอบว่ากล้ามเนื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยมีการคลายตัวเต็มที่เรียบร้อยแล้วก่อนส่งสัญญาณให้จิตแพทย์ส่งกระแสไฟฟ้าสู่ตัวผู้ป่วย การปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยลดความรุนแรงของการชักกระตุกขณะทำการรักษา ส่งผลให้ลดปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลังทำ^{2,6} ดังนั้นหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จึงพบปัญหาการปวดกล้ามเนื้อลดลง

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปที่ริเริ่มให้มีการรักษาด้วยไฟฟ้าควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เนื่องจากการรักษาด้วยไฟฟ้ามีความเสี่ยง และควรทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ เนื่องจากข้อจำกัดของการจัดอัตรากำลังในภาพรวมของโรงพยาบาลอาจทำให้มีพยาบาลที่ขาดความรู้และประสบการณ์หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจิตเวช หรือมีการหมุนเวียนวิสัญญีพยาบาลเข้ามาร่วมทีมการรักษาด้วย modified ECT ดังนั้นการประชุม ทบทวนการใช้แนวปฏิบัติจะช่วยให้ทีมพยาบาลมีการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน
2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีความครอบคลุมปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย เช่น การลดความกลัว และความวิตกกังวลจากการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งปัญหาด้านจิตใจดังกล่าวมักพบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อความมั่นใจและความร่วมมือในการรักษา



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเรื่องการควบคุมปัจจัยด้านบุคคลและด้านโรคของกลุ่มตัวอย่างที่อาจมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยควรออกแบบการวิจัยที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่าภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงที่ลดลงเกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างแท้จริง
2. ควรศึกษาสาเหตุเชิงลึกถึงปัจจัยและความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น ปัจจัยด้านโรคและอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย อายุ ยาที่ได้รับ และ BMI ของผู้ป่วย เป็นต้น

References

1. Ittasakuk P, Sukanich. Chapter 31 Pharmacotherapy and ECT. In Lotrakul M, Sukanich P (eds). Ramathibodi essential psychiatry (4th eds). Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital 2015.443–80. (in Thai)
2. Medical Development Division Ministry of Healthy Malaysia. Guideline on electroconvulsive therapy for Ministry of Health: basis, practically & policy [internet]. 2021 [cited on 10 December 2023]. Available from: https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Psikiatri/Buku_Garis_Panduan_Rawatan_Terapi_Elektrokonvulsif.pdf
3. Napapongsuriya T. Chapter 9 Electro-convulsive therapy. In Seecherunwong A (ed.). Psychiatric nursing. Bangkok: Amarin printing 2015.151–9.(in Thai)
4. Suwannarong K, Wongsirimas N. Chapter 8 electroconvulsive therapy and nursing care. In Sitthimongkol Y, Kasornsamoot P, Wongsirimas N, Pornchaikate A (eds). Bangkok: Scan Art 2018. 133–48. (in Thai)
5. Skulphant S, Suvaranong K, Thanoi W. The situation of modified electroconvulsive therapy in psychiatric patients in Galya Rajanagarindra Institute. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19 (Suplement):316–25.(in Thai)
6. Thongyindee N, Kulrattanayan D, Suvarnarong K, Juntarasaen. The nursing before, during and after the treatment by electroconvulsive therapy through anesthetics medicine. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2017;11(2):28–40.(in Thai)
7. Chanakul W, Losatiankij. Clinical characteristics of patients with schizophrenia treated with electroconvulsive therapy. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2014;8(1):22–30. (in Thai)
8. Guimarães JCS, Santos BL, Aperibense PGGS, Martins GCS, Peres MAA, Santos TCF. Electroconvulsive therapy: historical construction of nursing care (1989–2002). Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71 (Suppl 6):2743–50. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0168>
9. Abd El-Raof MT, Abd El hameed Loutfi Z, Abdel-Aziz AE. Nurses' performance regarding care of patients undergoing electroconvulsive therapy. Egypt J Health Care 2022;13(4);757–68.



10. Cassidy CE, Harrison MB, Godfrey C, Nincic V, Khan PA, Oakley P, Ross-White A, Grantmyre H, Graham ID. Use and effects of implementation strategies for practice guidelines in nursing: a systematic review. *Implement Sci* 2021;16:102 DOI: 10.1186/s13012-021-01165-5
11. Suansaranrom Hospital. Development of nursing guideline for patients treated by modified electroconvulsive therapy. Suratthani: ECT unit Suansaranrom Hospital 2016. (in Thai)
12. Yothongyos M, Sawadsan P. Determining sample size for research [internet]. [cited on 25 November 2023]. Available from; <http://dspace.nstru.ac.th:8080/dspace/bitstream/123456789/1580/3/%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%822.pdf> (in Thai)
13. Saengloetuthai J, Thongnin P, Booncherdchoo N, Maneerat C, Srisopha Y, Takomsane M. Action learning. *Academic Journal o Phetchaburi Rajbhat University* 2020;10(3);155–63.
14. Bubphamalo P, Nookong A, Rungamornrat S. Effects of nursing practice guidelines of early warning system on nurses' knowledge, practice, and abnormal signs detection in at-risk neonates. *Nurs Sci J Thai* 2023;41(3);79–93.(in Thai)
15. Ritklar L, Salphoklang N. Results of promoting the clinical nurse practice guidelines for mechanically ventilated patients and incidence of ventilator-associated pneumonia in a medical ward at Thammasat University hospital. *Nursing Journal* 2015;42(supplement);95–105. (in Thai)
16. Thongyindee N, Leardwiboonanant S. Development of bite guard to prevent oral complications during electroconvulsive therapy. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2023;17(2):78–82. (in Thai)
17. Toomtong S. Dental complications in patient who received electroconvulsive therapy: review article. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2017;11(2):52–62.(in Thai)
18. Kansri J, Wasuwat S, Malai C, Boonranarek S. The role of nurse in nursing care for schizophrenia patients with modified electroconvulsive therapy. *Journal of Health and Nursing Research* 2023; 39(10):11–22. (in Thai)
19. Wasuwat S, Kansri J, Puangladda S. The development of a psychiatric nursing model in schizophrenia with modified electroconvulsive therapy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2022; 23(1):408–16. (in Thai)



**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ
ของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร**

**Factors Influencing Preparation for Aging
among People Aged between 50-59 Years in Sakon Nakhon Municipality**

รัตติกาล อาชะวะบูล¹, เบญจยามาส พิลายนต์², กิตติภูมิ ภิญโญ³

Ruttigan Archawabool¹, Benjayamas Pilayon², Kittiphoom Phinyo³

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Master of Nursing Science Program Students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

³Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author; Benjayamas Pilayon; Email: nongpi3@gmail.com

Received: October 30, 2023 Revised: January 5, 2024 Accepted: January 19, 2024

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว ดังนั้น ความพร้อมของกลุ่มประชากรที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุจึงนับว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่อาจใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 214 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมฯ และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลฯ เท่ากับ .84 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมฯ ภาพรวมระดับมาก รายด้านพบว่า ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรมอยู่ในระดับมาก และด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุโดยภาพรวมคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.541$) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($\beta=.329$) การศึกษาระดับปริญญาตรี ($\beta=.106$) การศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา ($\beta=.081$) การมีโรคประจำตัว ($\beta=-.074$) รายได้ 30,001-40,000 บาท/เดือน ($\beta=.091$) การอาศัยอยู่กับผู้อื่น ($\beta=-.083$) และการเช่าที่อยู่ ($\beta=-.072$) ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าประชาชนมีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมฯ ดังนั้น ในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ; ชุมชน; ปัจจัยที่มีอิทธิพล



Factors Influencing Preparation for Aging among People Aged between 50–59 Years in Sakon Nakhon Municipality

Ruttigan Archawabool¹, Benjayamas Pilayon², Kittiphoom Phinyo³

¹Master of Nursing Science Program Students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

³Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author; Benjayamas Pilayon; Email: nongpi3@gmail.com

Received: October 30, 2023 Revised: January 5, 2024 Accepted: January 19, 2024

Abstract

Thailand has been classified as an aging society. Thus, preparation for aging among the pre-aging population might provide information helpful to promote quality of life of the elderly. The objectives of this descriptive correlational research study were to investigate the preparedness for aging and the factors that influence preparation for aging. The sample group consisted of 214 people aged between 50–59 years, residing in the municipal area of Sakon Nakhon. A multi-stage random sampling method was employed. Data were collected by personal interviews using two questionnaires assessing preparation for aging and factors that may influence preparation for aging. These questionnaires were developed for this study and validated for content validity by three experts. The values for the reliability coefficients of these two questionnaires were .84 for preparation and .87 for influencing factors. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The findings revealed that the pre-aging group in this study exhibited a commendable level of readiness for aging. Concerning each dimension, it was found that health preparedness showed the highest score, followed by social, housing, environmental, technology, and innovation readiness, while economic readiness showed the least value, which was at a modest level. Regarding the influencing factors on preparation for aging, it was revealed that the statistically significant factors included strong social support ($\beta=.541$), attitudes toward aging ($\beta=.329$), attainment of a bachelor's degree ($\beta=.106$), possession of a professional diploma/certificate ($\beta=.081$), presence of chronic illnesses ($\beta=-.074$), monthly income ranging 30,001–40,000 Baht ($\beta=.091$), living arrangements with others ($\beta=-.083$), and renting accommodation ($\beta=-.072$). In conclusion, the results of this study suggest that pre-aging individuals are ready to enter the elderly stage, and there are many factors influencing their readiness. Therefore, these factors should be taken into account to prepare and support the elderly, which may be different in different contexts.

Keywords: preparation for aging; community; influencing factors



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับสังคมสูงวัย (aging society) โดยองค์การสหประชาชาติมีรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2017 ทั่วโลกมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 962 ล้านคน และอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 และคาดว่าภายในปี พ.ศ. 2583 จะเปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completely aged society)¹ ซึ่งประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ประเทศญี่ปุ่น รองลงมาคือ ประเทศอิตาลี และประเทศเยอรมนี สำหรับประเทศไทยมีอัตราผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับที่สองรองมาจากประเทศสิงคโปร์เมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มอาเซียน ทั้งนี้ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ และอย่างเต็มที่ (super-aged society) เนื่องจาก มีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง² ภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้หลายประเทศประสบปัญหาสูงวัยอย่างไม่มีคุณภาพ เนื่องจากการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุล่าช้าก่อให้เกิดปัญหาหลากหลายด้านตามมา ยกตัวอย่างเช่น ด้านสุขภาพที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโอกาเป็นโรคเรื้อรัง และเสียชีวิตด้วยอาการแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังมากขึ้น ด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ด้านอารมณ์และสังคมพบว่าผู้สูงอายุประสบกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไร้ค่าในตนเอง และมีการปรับตัวเข้ากับกิจกรรมในยุคสมัยที่เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างรวดเร็วได้ยาก เป็นต้น³ ดังนั้นการเตรียมตัวให้กลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพในอนาคตจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งในประเทศไทยได้เริ่มมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยเน้นกลุ่ม pre-aging หรือกลุ่มคนที่มีอายุ 50-59 ปี ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะกลายเป็นผู้สูงอายุแท้จริง โดยใช้แนวคิด “active ageing”

“active ageing” เป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) สุขภาพ (health) หมายถึง การมีสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดี 2) การมีส่วนร่วม (participation) หมายถึง การมีโอกาสได้ทำกิจกรรมที่หลากหลาย มีส่วนร่วมกับผู้อื่น และ 3) ความมั่นคง (security) หมายถึง การมีหลักประกันและความมั่นคง คือ ความมั่นคงทางรายได้ ที่อยู่อาศัย และผู้ดูแล⁴ ซึ่งในประเทศไทยกรมกิจการผู้สูงอายุได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้และได้แบ่งการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านสังคม 3) ด้านเศรษฐกิจ 4) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และ 5) ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม เนื่องจากเหตุผลที่ว่าความสูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เมื่อสูงอายุนั้นสามารถเตรียมการล่วงหน้าได้โดยมีปัจจัยที่เกิดขึ้นจากตัวผู้สูงอายุเองและปัจจัยสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ก้าวสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ⁵

สถานการณ์การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุในประเทศไทยกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อาทิ 1) ความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพราะก่อนหน้านี้ไม่ค่อยมีการกล่าวถึงการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) การอาชีพและเศรษฐกิจที่มีผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีพ 3) ระบบสาธารณสุขที่ประเทศไทยที่ได้มีการเพิ่มการลงทุนในระบบเพื่อรองรับการรักษาและดูแลผู้สูงอายุ 4) การพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ 5) การส่งเสริมการเรียนรู้และความเข้าใจในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุแก่ประชาชน และ 6) การเตรียมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ⁶ โดยสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่ายเพื่อให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเพื่อการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพนั้นล้วนต้องปัจจัยที่หลากหลายเข้ามาเกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ การมีอาชีพ⁷ การศึกษา⁸⁻¹⁰ การมีผู้ดูแล⁹ การขาดทรัพยากรทางการเงิน⁸⁻¹¹ การรับรู้ความสามารถของตนเอง¹⁰ การมีความรู้ในการเตรียมตัวเข้าสู่



วัยสูงอายุ¹² จำนวนสมาชิกในครอบครัวและรูปแบบการอยู่อาศัย¹⁰⁻¹¹ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม^{10,12} ทั้งนี้การวางแผนทางการเงินและสุขภาพก็เป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมและส่งเสริมสุขภาพที่ดีในวัยหลังสูงอายุ¹²⁻¹³ โดยการศึกษาเหล่านี้เกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างกันออกไปจึงทำให้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นมีความหลากหลายไปด้วย

ปัจจุบันเทศบาลนครสกลนคร จังหวัดสกลนคร มีประชาชนที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จำนวน 6,072 คน¹⁴ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุในกลุ่มประชากรเหล่านี้ในเขตเทศบาลนครสกลนคร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEDE Model ของ Green&Kreuter¹⁵ มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อให้ได้ชุดความรู้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร จังหวัดสกลนคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร จังหวัดสกลนคร มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในระดับมาก
2. เพศ อายุ การศึกษา ภาวะสุขภาพ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ รายได้ อาชีพ ที่อยู่อาศัย สถานภาพ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร จังหวัดสกลนคร

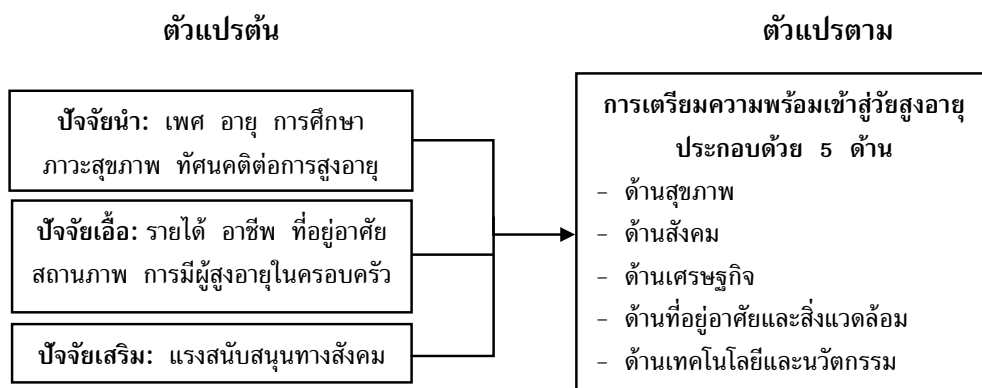
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในชุมชน เขตเทศบาลนครสกลนครครั้งนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าการที่จะเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ (active aging) จะต้องมีการเตรียมความพร้อม ซึ่งการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในชุมชนนั้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง จะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยหลายอย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้อง จึงได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEDE Model ในขั้นตอนของ PRECEDE ที่มีการค้นหาข้อมูล และประเมินปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

precede เป็นกระบวนการของการใช้ปัจจัยนำ (predisposing factors) ที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งมิให้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ที่เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ และปัจจัยเอื้อ

(enabling factors) ที่เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ในการวินิจฉัยพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั้ง 3 ปัจจัยแม้จะมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ทั้ง 3 ปัจจัยนี้จำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้¹⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการ precede นี้มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในชุมชน เขตเทศบาลนครสกลนคร โดยแสดงไว้ในภาพที่ 1

ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ดำเนินการวิจัยในเดือนมิถุนายน 2566

ประชากรในการวิจัย คือ ประชาชนผู้ที่ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ในเขตพื้นที่เขตเทศบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร จำนวน 6,072 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ประชาชนทั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 50-59 ปี ที่อาศัยเขตเทศบาลนครสกลนคร จังหวัดสกลนครมากกว่า 6 เดือน 2) สามารถสื่อสาร อ่านและพูดภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือคนพิการ หรือเป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่าอิทธิพล = .15 จากงานวิจัยในอดีตที่มีการศึกษาในลักษณะเดียวกัน ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = .05 และค่า power = .95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 178 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้น 20% โดยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 214 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังนี้

พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ เขตพื้นที่เทศบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 เขต คัดเลือก 25% จากเขตพื้นที่โดยการจับสลากได้เขต 1 ซึ่งมีจำนวนชุมชนทั้งหมด 11 ชุมชน แล้วคัดเลือก 50% ของชุมชนทั้งหมดในเขต 1 โดยการจับสลากได้ 6 ชุมชน จากนั้นเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชนด้วยการใช้สัดส่วน และดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากทะเบียนรายชื่อประชากรอายุ 50-59 ปี ของแต่ละชุมชนที่สุ่มได้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ความพอเพียงของรายได้การมีผู้สูงอายุในครอบครัวที่อยู่อาศัย โดยแบบสัมภาษณ์มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 5 ตอน มีข้อคำถามทั้งหมด 53 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง ไม่มีเลย

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 50 คะแนน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสังคม จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 50 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ จำนวน 11 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 55 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 50 คะแนน

โดยการแปลผลในแต่ละตอนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 3 ตอน มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง ไม่มีเลย

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยนำต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 50 คะแนน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเอื้อต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ จำนวน 6 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเสริมต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ จำนวน 6 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน

โดยการแปลผลในแต่ละตอนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ทำการตรวจสอบโดยวิธีการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (index of item objective congruence; IOC) โดยนำแบบสัมภาษณ์เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพด้านผู้สูงอายุ ได้ค่า IOC แบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับเท่ากับ .99 โดยแต่ละแบบสัมภาษณ์ได้ค่า IOC ดังนี้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เท่ากับ 1.00 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนครเท่ากับ .97 และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนครเท่ากับ 1.00



2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ทำการตรวจสอบโดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มาทดลองใช้กับกลุ่มคนที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จากพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient แบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับเท่ากับ .85 โดยแต่ละแบบสัมภาษณ์ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนครเท่ากับ .84 และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนครเท่ากับ .87

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ควบคุมกระบวนการวิจัยอย่างดี โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ HE 122/66 ลงวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งวิธีการช่วยเหลือ และขอความยินยอมในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกทุกคน นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ทำการเก็บรักษาเป็นความลับอย่างดี ใช้นามสมมติหรือรหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลจะ และทำการวิเคราะห์นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น แล้วจะดำเนินการทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องเมื่อผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงสำนักงานเทศบาลนครสกลนคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จากนั้นเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกฝนและทำความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2566 โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนประมาณ 20-30 นาที ทั้งนี้ได้แบบสอบถามที่มีความครบถ้วนของข้อมูล จำนวน 214 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression analysis) โดยกำหนดให้ตัวแปรต้นเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ การศึกษา ภาวะสุขภาพ รายได้ อาชีพ ที่อยู่อาศัย สถานภาพ เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) แทนด้วยเลข 0 สำหรับกลุ่มอ้างอิง และ 1 สำหรับกลุ่มอื่นๆ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 214 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.74 เพศชายร้อยละ 46.26 มีอายุเฉลี่ย 54.94 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 71.50 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 30.37 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุดร้อยละ 44.39 มีรายได้ 10,001-20,000 บาท/เดือนร้อยละ 30.37 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 47.66 เป็นเจ้าของบ้านร้อยละ 66.82 ลักษณะที่อยู่



อาศัยเป็นบ้านเดี่ยวร้อยละ 86.45 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวร้อยละ 70.09 กรณีที่มีผู้สูงอายุในครอบครัว ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวจำนวน 1 คน และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 67.29

2. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุภาพรวมระดับมาก โดยมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมอยู่ในระดับมาก และด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของช่วงคะแนนความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับการเตรียมความพร้อม
ด้านสุขภาพ	34.64	5.50	ระดับมากที่สุด
ด้านสังคม	35.77	7.66	ระดับมาก
ด้านเศรษฐกิจ	37.81	9.11	ระดับปานกลาง
ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	43.15	7.40	ระดับมาก
ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม	34.98	10.08	ระดับมาก
ภาพรวม	186.35	34.45	ระดับมาก

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในภาพรวม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.541$) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($\beta=.329$) การศึกษาระดับปริญญาตรี ($\beta=.106$) ภาวะสุขภาพการมีโรคประจำตัว ($\beta=-.074$) รายได้ 30,001–40,000 บาท/เดือน ($\beta=.091$) การศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา ($\beta=.081$) ที่อยู่อาศัยโดยการอาศัยอยู่กับผู้อื่น ($\beta=-.083$) และที่อยู่อาศัยโดยการเช่าอยู่ ($\beta=-.072$) โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรในคะแนนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 80.4

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละด้านพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสุขภาพ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.489$) ภาวะสุขภาพการมีโรคประจำตัว ($\beta=-.189$) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($\beta=.287$) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ($\beta=.118$) เพศหญิง ($\beta=-.104$) การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ($\beta=-.103$) และการศึกษาระดับประถมศึกษา ($\beta=-.097$) โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรในคะแนนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 56.3

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.475$) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($\beta=.370$) ที่อยู่อาศัยโดยการอาศัยอยู่กับผู้อื่น ($\beta=-.133$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ($\beta=-.0107$) และรายได้ 20,001–30,001 บาท/เดือน ($\beta=-.086$) โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรในคะแนนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 72.1

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($\beta=.402$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.409$) ที่อยู่อาศัยโดยการอาศัยอยู่กับผู้อื่น ($\beta=-.145$) เพศหญิง ($\beta=-.097$) และอาชีพรับจ้าง ($\beta=-.096$) โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรในคะแนนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 68.1



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.429$) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($\beta=.317$) ที่อยู่อาศัยโดยการเช่าอยู่ ($\beta=-.198$) ที่อยู่อาศัยโดยการอยู่กับผู้อื่น ($\beta=-.159$) ภาวะสุขภาพการมีโรคประจำตัว ($\beta=-.104$) การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ($\beta=.105$) การศึกษาระดับปริญญาตรี ($\beta=.085$) และอาชีพเกษตรกรรม ($\beta=-.085$) โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรในคะแนนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 65.5

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.642$) อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($\beta=.171$) อาชีพเกษตรกรรม ($\beta=-.168$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ($\beta=-.140$) และที่อยู่อาศัยโดยการเช่าอยู่ ($\beta=-.115$) โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรในคะแนนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 59.3 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

ตัวแปรอิสระ	ภาพรวม	ด้านสุขภาพ	ด้านสังคม	ด้านเศรษฐกิจ	ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม
ปัจจัยนำ						
เพศ (X_1)						
หญิง (X_{11})	NS	-.104*	NS	-.097*	NS	NS
กลุ่มอ้างอิง: ชาย						
การศึกษา (X_2)						
ประถมศึกษา (X_{21})	NS	-.097*	NS	NS	NS	NS
มัธยมศึกษา (X_{22})	NS	NS	-.107**	NS	NS	-.140**
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา (X_{23})						
ปริญญาตรี (X_{24})	.106**	NS	NS	NS	.085*	NS
สูงกว่าปริญญาตรี (X_{25})	NS	-.103*	NS	NS	NS	NS
กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ศึกษา						
ภาวะสุขภาพ (X_3)						
มีโรคประจำตัว (X_{31})	-.074*	-.189***	NS	NS	-.104*	NS
กลุ่มอ้างอิง: ไม่มีโรคประจำตัว						
ทัศนคติต่อการสูงอายุ (X_4)	.329***	.287***	.370***	.402***	.317***	NS
ปัจจัยเอื้อ						
รายได้ (X_5) (บาท/เดือน)						
20,001-30,000 (X_{51})	NS	NS	-.086*	NS	NS	NS
30,001-40,000 (X_{52})	.091**	NS	NS	NS	NS	NS
กลุ่มอ้างอิง: ไม่มีรายได้						
อาชีพ (X_6)						
เกษตรกรรม (X_{61})	NS	NS	NS	NS	-.085*	-.168***
รับจ้าง (X_{62})	NS	NS	NS	-.096*	NS	NS
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (X_{63})	NS	.118*	NS	NS	NS	NS
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (X_{64})	NS	NS	NS	NS	NS	.171***



ตัวแปรอิสระ	ภาพรวม	ด้านสุขภาพ	ด้านสังคม	ด้านเศรษฐกิจ	ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม
กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ประกอบอาชีพ						
ที่อยู่อาศัย (X_7)						
อาศัยอยู่กับผู้อื่น ($X_{7.1}$)	-.083*	NS	-.133**	-.145***	-.159***	NS
เช่าอยู่ ($X_{7.2}$)	-.072*	NS	NS	NS	-.198***	-.115*
กลุ่มอ้างอิง: เจ้าของบ้าน						
การมีผู้สูงอายุในครอบครัว (X_8)						
มี (X_8)	NS	NS	NS	NS	.105*	NS
กลุ่มอ้างอิง: ไม่มี						
ปัจจัยเสริม						
แรงสนับสนุนทางสังคม (X_9)	.541***	.489***	.475***	.409***	.429***	.642***
(ตัวแปรเชิงปริมาณ)						
Constant	10.184	10.878	-1.032	-3.674	11.245	0.662
(Unstandardized Coefficients)						
R-squared	0.811	0.577	0.727	0.690	0.668	0.602
F-statistic	109.903	40.146	111.059	76.948	51.449	63.006

หมายเหตุ : * หมายถึง มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p < .05$)

** หมายถึง มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($p < .01$)

*** หมายถึง มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 ($p < .001$)

NS หมายถึง ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p > .05$)

หมายเลขที่แสดงในตาราง คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Standardized Coefficients)

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติตามการกระจายแนวเส้นตรง (P-P Plot) และเมื่อพิจารณาแผนภาพการกระจายระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนและค่าทำนาย พบว่า ความคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนเป็นอิสระกัน จากการมีการกระจายอย่างสม่ำเสมอ ๆ ศูนย์ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression analysis) นี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น สามารถนำไปใช้ในการอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงอายุได้ โดยจากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการทำนายได้ตารางที่ 3



ตารางที่ 3 สมการทำนายคะแนนรวมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ	สมการทำนายคะแนนรวมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ (Standardized Coefficients)
ภาพรวม	$Y = 0.081X_{2_3} + 0.106X_{2_4} - 0.074X_{3_1} + 0.329X_4 + 0.091X_{5_2} - 0.083X_{7_1} - 0.072X_{7_2} + 0.541X_9$
ด้านสุขภาพ	$Y_1 = -0.104X_1 - 0.097X_{2_1} - 0.103X_{2_5} - 0.189X_{3_1} + 0.287X_4 + 0.118X_{6_3} + 0.489X_9$
ด้านสังคม	$Y_2 = -0.107X_{2_2} + 0.370X_4 - 0.086X_{5_1} - 0.133X_{7_1} + 0.475X_9$
ด้านเศรษฐกิจ	$Y_3 = -0.097X_1 + 0.402X_4 - 0.096X_{5_2} - 0.145X_{7_1} + 0.409X_9$
ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	$Y_4 = 0.085X_{2_4} - 0.104X_{3_1} + 0.317X_4 - 0.085X_{6_1} - 0.159X_{7_1} - 0.198X_{7_2} + 0.105X_8 + 0.429X_9$
ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม	$Y_5 = -0.140X_{2_2} - 0.168X_{6_1} + 0.171X_{6_4} - 0.115X_{7_2} + 0.642X_9$

การอภิปรายผล

1. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ภาพรวมระดับมาก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่สะท้อนให้เห็นว่าประชากรอายุระหว่าง 50-59 ปี มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ก็น่าจะเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Pichitkuntham, Toonsiri&Homsin¹⁰ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน ในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยองที่พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีศักยภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในชุมชนขนาดกลางแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยตนเองอยู่แล้ว แต่ขัดแย้งกับผลการวิจัยของ Wongwaisayawan et al.¹⁶ ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพของประชาชนในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครแล้วพบว่า การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ความขัดแย้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความแตกต่างกันในบริบทของการศึกษา เช่น การพักอาศัยในเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทและการพักอาศัยในเขตชุมชนเมืองนั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในภาพรวม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การศึกษาระดับปริญญาตรี ภาวะสุขภาพการมีโรคประจำตัว รายได้ 30,001-40,000 บาท/เดือน การศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา ที่อยู่อาศัยโดยการอาศัยอยู่กับผู้อื่น และที่อยู่อาศัยโดยการเช่าอยู่โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรในคะแนนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้ โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในภาพรวมคือ แรงสนับสนุนทางสังคม^{13-14,20} ทักษะคิดต่อการสูงอายุ¹¹ ภาวะสุขภาพ^{11,20} รายได้^{9,21} การศึกษาระดับ^{9,22} ที่อยู่อาศัย¹²⁻¹³ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่ศึกษาพบทั้งหมด สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEDE Model ที่มีแนวคิดที่ว่าทั้ง 3 ปัจจัยนี้จำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม¹⁵ แสดงให้เห็นว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การมีทักษะที่ดีต่อการสูงอายุ การมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย การมีความรู้สูงหรือการได้รับการศึกษา ช่วยเพิ่มความพร้อมของบุคคลในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้ แต่การมีโรคประจำตัวและการไม่ได้พักอาศัยในที่ของตนเองนั้นอาจเป็น



อุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน¹⁵ ช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม

ปัจจัยนำที่เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล¹⁵ คือ ทักษะต่อการสูงอายุ การศึกษา และภาวะสุขภาพ อาจช่วยส่งเสริมและอาจเป็นอุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ยกตัวอย่างเช่น ทักษะต่อการสูงอายุมีส่วนช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสุขภาพ ด้านสังคม การศึกษาอาจช่วยส่งเสริมและอาจเป็นอุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพ และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม และการมีโรคประจำตัวอาจเป็นอุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพ เป็นต้น

ปัจจัยเอื้อที่เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรม¹⁵ ได้แก่ อาชีพ ที่พักอาศัย รายได้ และการมีผู้สูงอายุในครอบครัว อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ยกตัวอย่างเช่น อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีส่วนช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสุขภาพ ส่วนอาชีพรับจ้างอาจเป็นอุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านเศรษฐกิจ การอยู่อาศัย โดยการเช่าอยู่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม แต่การมีผู้สูงอายุในครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมในด้านนี้ เป็นต้น

ผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะต่อการสูงอายุ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว รายได้ ที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กันทั้งหมด ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลและพัฒนาควบคู่กันไปเพื่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจและช่วยสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเตรียมความพร้อมของบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ หากจะพัฒนาแนวทางในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จะต้องตระหนักถึงปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว น้อยกว่าปัจจัยเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะต่อการสูงอายุ ภาวะสุขภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และที่พักอาศัย อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวแม้จะไม่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ แต่อาจมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรอายุ 50-59 ปี ในบริบทอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะต่อวิชาชีพพยาบาล ควรนำชุดความรู้จากผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุแก่ประชาชนพื้นที่ โดยตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะต่อการสูงอายุ ภาวะสุขภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และที่พักอาศัย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาลนครสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เป็นต้น ควรส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เช่น กลุ่มกิจกรรมร่างกาย การเรียนรู้ใหม่ๆ หรือกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างที่เข้าใจและช่วยเพิ่มความเข้าใจเรื่องการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ



ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรการเพิ่มตัวแปรในการวิเคราะห์เพื่อช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมในด้านสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างละเอียดและครอบคลุมมากขึ้น เช่น หนี้สินในครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การเป็นสมาชิกในชุมชน การเข้าถึงบริการสังคม เป็นต้น
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเทศบาลนครสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนมที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Prebble M. Aging in the 21st Century: A celebration and a challenge [net] 2022 [cited 2022 Aug 12]. Available from:<https://www.newsecuritybeat.org/2013/02/aging-21st-century-celebration-challenge/>
2. Non-Formal and Informal Education Center for Special Target Groups. Guidelines for operations and formats for organizing activities to develop life skills of the elderly in 4 dimensions (health dimension, social dimension, economic dimension and environmental dimension). Bangkok: Center for Non-Formal and Informal Education Special target groups, Office of the Non-Formal and Informal Education, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Education Ministry of Education;(2022). (in Thai)
3. Thongcharoen W. Science and art of nursing for the elderly. Bangkok: Mahidol university; 2016.
4. Medeiros K, Perkinson MA. Successful aging. In: Barney KF, Perkinson MA, editors. Occupational therapy with aging adults promoting quality of life through collaborative practice. St. Louis: Elsevier; 2016.
5. Elderly Empowerment Division, Department of Older Persons (DOP). Add knowledge, prepare before aging. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited; 2019. (in Thai)
6. Ministry of Public Health. Thailand aging society [net] 2022 [cited 2022 Aug 12]. Available from: http://thailand.prd.go.th/view_news.php?id=1675&a=1.(in Thai)
7. Jirojanakul P, Leesukol N, Kwanyuen R, Kaewpan W. Expectancy on being older persons and self-preparation for old age in middle-adults: Bang Phlad, Bangkok Metropolis. Journal of Food Health and Bioenvironmental Science 2019;12(3):35-45.(in Thai)
8. Sorensen S, Missell RL, Eustice-Corwin A, Otieno DA. Perspectives on aging-related preparation. JEP 2021;1(2):162-21.
9. Sukchote S, Hongwittaya U. Analysis of factors related to preparation for becoming a potential elderly person. Thonburi Rajabhat University Journal 2016; 10:62-76.(in Thai)
10. Pichitkuntham P, Toonsiri C, Homsin P. Factors predicting health preparation for aging society among community-dwelling people in Wangchan district, Rayong province. The Journal of Faculty of Nursing



- Burapha University 2019;27(1):89–99. (in Thai)
11. Meechana P, Khansakhon N, Silawan T, Rawiworakul T, Pichaisanit P. Preparedness of the pre-elderly population to enter a quality elderly society, Nong Ya Sai subdistrict, Nong Ya Sai district, Suphan Buri province. *Eastern Asia University Academic Journal Science and Technology Edition* 2017;11(1): 259–71.(in Thai)
 12. Solhi M, Pirouzeh R, Zanjari N. Middle-aged preparation for healthy aging: a qualitative study. *BMC Public Health* 2022; 22(274):1–8.
 13. Noppanarin W, Kanokthet T. Factors influencing the elderly retirement preparation behavior in Muang district, Phitsanulok province. [Master thesis]. Phitsanulok: Naresuan University;2020.(in Thai)
 14. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. Population data of Sakon Nakhon province [intent] 2022 [cited 2022 Aug 12]. Available from: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/strategy/training_file_name/20220111102454_831641414.pdf.(in Thai)
 15. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). New York: McGraw–Hill Higher Education;2005.
 16. Wongwaisayawan P, Piyasakulkait O, Thosuwanjinda W, Prasertsri R, Priyakorn P, Yanatharo JP, Phonsiriwatcharasin K. Preparation for elderly active aging of people in Suanluang district, Bangkok Metropolitan Administration. *Journal of Local Governance and Innovation* 2021;5(1):129–42.(in Thai)
 17. Kongsamrit P, Wariya Bunthong W, Tuamcharoen S. Preparation for entering the elderly of late working age, Health Zone 6, *Journal of Health Science* 2021; 30(2): s218–27. (in Thai)
 18. Rattananon S, Chanchat M, Chuanchaisit T. Model of preparation for retirement. Case study of private school teachers Nonthaburi province. *Electronic Journal Innovative Distance Learning* 2014;4(1): 82–101.(in Thai)
 19. Wongwijarn N. Attitudes towards being the elderly, self-care, social skills and well-being in life of members of the Kabinburi district Elderly Club. Prachinburi province. *Journal of Social Sciences and Humanities* 2013;39(2):66–79.(in Thai)
 20. Pathike W, Kuhirunyaratn P. Health preparation for retirement among hospitals community registered nurses in Khon Kaen Province. *Journal of Health Research* 2011;25(4):171–77.(in Thai)
 21. Sukkaew D. Preparation before entering the elderly and life satisfaction of the elderly by occupation in Nakhon Pathom province. *Rattanakosin Journal of Social Sciences and Humanities* 2022;4(1):18–32. (in Thai)
 22. Kanthawee J, Khamkaew T. Preparing for entering the elderly age of pre-elderly people in Ban Du Municipality, Ban Du subdistrict, Mueang district, Chiang Rai province. Bangkok: 3rd National Academic Conference for Students, Suan



ผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตเมือง¹

The Effects of the Cognitive Stimulation Model using Community Participation for Older Persons with Chronic Diseases in Urban Area¹

เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล^๑ กัลปังกา ไชลิสกุล^๒ พณรัตน์ วิสวาทพนิมิต^๒ นิภาพร อภิสธิวาสนา^๒ พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา^๒

สุธานันท์ กัลกะ^๓ นิติกุล ทองน่วม^๓ ฐิตินันท์ นาคผู่^๔ ภาณุสิทธิ์ หวันมะหมุด^๔

Jeamjai Srichairattanakul¹ Kullapungcha Chosivasakul² Panarut Wisawatapnimit² Nipapom Apisitwasana²

Pimrat Thammaraksa³ Suthanan Kunlaka³ Nitikul Thongnum³ Thitinan Nakphu⁴ Panusit Vanmamut⁴

¹งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนทุนการวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

¹Research granted by the Thailand Science Research and Innovation

^๒วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^๓สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ^๔ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟู บึงยี่โถ

^๒Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^๓Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services

^๔Buang Yitho Medical and Rehabilitation Center

Corresponding author: Kullapungcha Chosivasakul; Email: kallapungcha.c@bcn.ac.th

Received: September 25, 2023 Revised: February 10, 2024 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

การเข้าสู่สังคมสูงวัยทำให้ประเทศไทยเผชิญกับความท้าทายต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อม การป้องกันความเสื่อมของสมองให้กับผู้สูงอายุจะช่วยลดอัตราการอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะการรู้คิด และแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติอนุมานซึ่งได้แก่ Friedman test, Wilcoxon signed rank test, และ Mann-Whitney U-test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองช่วยให้การรู้คิดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองและเมื่อติดตามผล 1 เดือน และช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในช่วงการติดตามผล 1 เดือน เมื่อเทียบกับในกลุ่มทดลอง พบว่าการรู้คิดดีขึ้นและภาวะซึมเศร้ามลดลงทั้งในช่วงหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน จากผลการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่าในการนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองไปใช้ สามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัว ผู้ดูแล และแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน; ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง; รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมอง



The Effects of the Cognitive Stimulation Model using Community Participation for Older Persons with Chronic Diseases in Urban Area¹

Jeamjai Srichairattanakul² Kullapungha Chosivasakul² Panarut Wisawatapnimit² Nipapom Apisitwasana²

Pimrat Thammaraksa² Suthanan Kunkaka² Nitikul Thongnum³ Thitinan Nakphu⁴ Panusit Vanmamut⁴

²Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services

⁴Bueng Yitho Medical and Rehabilitation Center

Corresponding author: Kullapungha Chosivasakul; Email: kallapungha.c@bcn.ac.th

Received: September 25, 2023 Revised: February 10, 2024 Accepted: February 29, 2024

Abstract

Thailand is facing challenges associated with health issues of the elderly as it shifts towards an aging society, especially age-related cognitive decline. Reducing cognitive decline in older adults has the potential to reduce the incidence of dementia. This study was conducted to investigate the effects of a cognitive stimulation model involving community participation on enhancing cognition, alleviating anxiety, and reducing depression among older adults with chronic diseases residing in urban areas. This study employed a two-group quasi-experimental design, in which dependent variables were assessed at post-experiment and at a 1-month follow-up. The participants consisted of 32 older adults in each group of the experimental and control groups. All of them were older adults diagnosed with chronic diseases. The research instrument consisted of the cognitive stimulation model using community participation and assessment forms to collect data related to cognitive performance, anxiety, and depression. Data were analyzed using descriptive statistics and non-parametric inferential statistics to test the research hypotheses, including Friedman test, Wilcoxon signed rank test, and Mann-Whitney U-test. The results showed that after implementation of the cognitive stimulation model with community participation, the experimental group showed significantly better cognitive performance than the control group both immediately after the experiment and at the 1-month follow-up. In addition, the experimental group showed less anxiety and depression compared to the control group at the 1-month follow-up. Moreover, within the experimental group, the participants showed improved cognitive performance, while their anxiety and depression decreased for both immediately post-experiment and at the 1-month follow-up. In conclusion, it is recommended that the cognitive stimulation model be adapted to the specific needs of the elderly in their community context by encouraging the involvement of families, caregivers, and community leaders to develop activities that lead to optimal outcomes for the elderly with chronic diseases.

Keywords: community participation; older person with chronic disease; cognitive stimulation model

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องทางการรู้คิด ส่งผลต่อความจำ การรู้คิดและขัดขวางความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน¹ ซึ่งเป็นสาเหตุลำดับที่ 2 ที่ทำให้เกิดความพิการในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 ของผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ปัจจุบันเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม คือ อายุ¹ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ความเครียด และบทบาททางสังคมที่ลดลง¹⁻² โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลเชิงลบต่อความจำ การประมวลผลข้อมูล สมาธิ การคิด ตัดสินใจ การบริหารจัดการ ด้านมิติสัมพันธ์ และการทำหน้าที่ในการรู้คิด ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง พึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น และมีผลกระทบทางจิตใจ²

การพัฒนาศักยภาพของสมองทำได้หลายวิธี ได้แก่ การออกกำลังกาย และการกระตุ้นการรู้คิดที่ช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของสมองมีการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดที่ดีกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม³ เพราะการกระตุ้นการรู้คิด ช่วยให้สมองทำงานสมดุล ระดับการทำงานของสมองส่วนคอร์เท็กซ์สูงขึ้น ควบคุมและขัดความเครียดได้ สภาพจิตใจพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ความจำดี และมีอารมณ์ขัน² ทำกิจวัตรประจำวัน และบริหารจัดการดีขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุม⁴ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองจึงมีความสำคัญ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เริ่มพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง (training of executive function, attention, memory and visuospatial function: TEAMV) สำหรับผู้ที่มีการบกพร่องการรู้คิดเล็กน้อย พ.ศ. 2559 และพัฒนาเพิ่มในปี พ.ศ. 2563 โดยทำกิจกรรม 6 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมที่กระตุ้นความสามารถของสมองทางด้านการคิด ตัดสินใจ และการบริหารจัดการ (executive function) ความใส่ใจ (attention) ความจำ (memory) และมิติสัมพันธ์ (visuospatial function)⁵ โดยใช้ในหลายพื้นที่ ทำให้เพิ่มการรู้คิดในภาพรวม หลังร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน⁶ และนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี พบว่า มีการรู้คิดดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ทางด้านการทวนซ้ำ ความจำ ความใส่ใจ การคิด ตัดสินใจ และการบริหารจัดการ และมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้าและช่วยเพิ่มกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้⁷ นอกจากนี้ยังศึกษาวิจัยชุดโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาความจำ⁷ โดยใช้หลักการเหมือนกับ TEAMV แต่ปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุสุขภาพดีมากขึ้น ผลพบว่า สามารถเพิ่มศักยภาพของสมองหรือการรู้คิดในภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน ติดตามประเมินผล 6 เดือนและ 1 ปี⁷ แต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้สูงอายุสมองดีที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงควรศึกษาเพิ่มเติม เพราะการรักษาด้วยยาบางชนิดอย่างต่อเนื่องอาจมีผลต่อศักยภาพสมองของผู้ที่ได้รับยา อันอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการเพิ่มสมรรถนะภายในทางด้านการรู้คิดและภาวะจิตใจได้ และยังไม่พบงานวิจัยที่มีการนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง TEAMV มาใช้ร่วมกับ Healthy brain ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดของ TEAMV และ Healthy brain เทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี มีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากข้อมูลสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง วันที่ 24 ตุลาคม 2565 พบว่า เทศบาลเมืองบึงยี่โถมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.07 ของประชากรทั้งหมด โดยพบโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน⁸ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต ประกอบกับเทศบาลเมืองบึงยี่โถ เป็นชุมชนเขตเมือง บุตรหลานไปทำงานนอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง และด้วยข้อจำกัดของจำนวนเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ทำให้มีการส่งเสริม



สุขภาพสมองผู้สูงอายุไม่ทั่วถึง คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ติดตามเยี่ยม และเตือนให้กลุ่มเป้าหมายทำกิจกรรมพัฒนาสมองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่เชื่อว่า การฟังและการดูแลจะลดลงและสามารถป้องกันได้ถ้าปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเสื่อมหรือการลดสมรรถนะภายในได้รับการวินิจฉัยและจัดการ โดยบุคลากรด้านสุขภาพ และด้านสังคมในชุมชนให้การดูแลอย่างเหมาะสมจะช่วยชะลอความเสื่อมของความสามารถทางการรู้คิดได้⁹⁻¹⁰ ผลของการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพสมองของบุคคลวัยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อไป ทั้งนี้การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตเมือง

วัตถุประสงค์การวิจัย

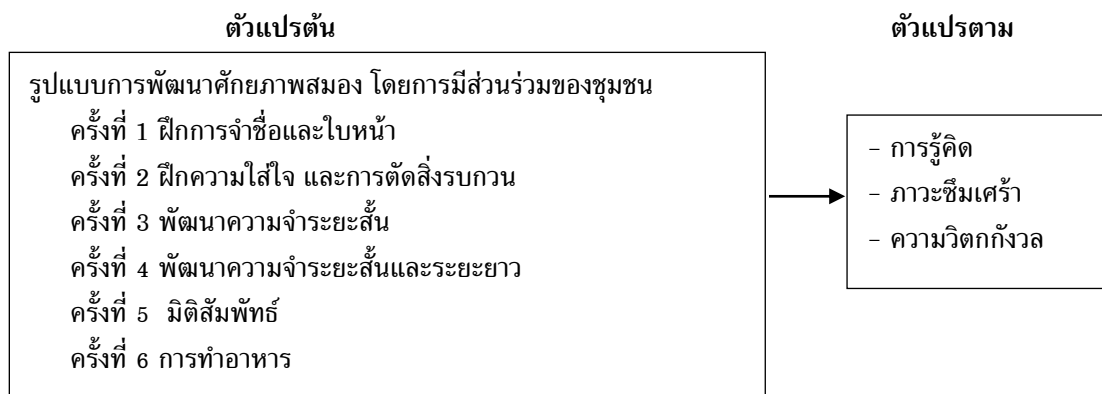
เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตเมือง

สมมติฐานการวิจัย

- 1) กลุ่มทดลอง มีคะแนนการรู้คิด ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
- 2) กลุ่มทดลอง มีคะแนนภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการสูงอายุแบบสุขภาพดี⁹ เน้นการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่และสมรรถนะภายในของผู้สูงอายুর่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการบูรณาการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ¹⁰ โดยแกนนำชุมชนร่วมกันดูแลในการทำกิจกรรม ติดตามเยี่ยม และเตือนให้กลุ่มเป้าหมายทำกิจกรรมพัฒนาสมองอย่างต่อเนื่อง และผสมผสานโปรแกรม TEAMV¹¹ กับโปรแกรม Healthy brain¹² มาใช้ในการกระตุ้นสมอง ทำให้การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดผลก่อน-หลังการทดลอง และมีการติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นประชาชนอายุตั้งแต่ 60 ปี ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างน้อย 1 โรค และพักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอบึงบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 1,849 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า power = .80, effect size = .427⁷ และค่าอัลฟา = .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 136 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10%¹³ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 152 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 76 คน เท่ากัน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผลการตรวจ ADL อยู่ในเกณฑ์สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (คะแนนระหว่าง 12-20 คะแนน) ผลการตรวจ Thai HADS อยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนน ≥ 11 พิจารณาเฉพาะส่วนที่วัดซึมเศร้า) ภาวะสมองเสื่อม MoCA อยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนน ≥ 25) อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ ทั้งนี้มีการคัดกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รายได้ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา และผู้ดูแล ที่สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัย

2) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Montreal cognitive assessment: MoCA)¹⁴ เป็นเครื่องมือคัดกรองอย่างรวดเร็วสำหรับการบกพร่องทางรู้คิดระยะแรก จำนวน 11 ข้อ การแปลผล คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ คะแนนรวมน้อยกว่า 25 มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง โดยมีค่าความไวในการแยกผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องการรู้คิดเล็กน้อย ร้อยละ 90 และผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 100 มีค่า Cronbach's Alpha = .38

3) แบบประเมิน RUDAS - Thai version¹⁵ มีข้อคำถาม 7 ข้อ การแปลผล สำหรับผู้จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า คะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ หรือถ้าจบสูงกว่าประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ได้คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ คะแนนรวมน้อยกว่า หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จากการนำแบบประเมินไปทดลองในกลุ่มควบคุม สงสัยสมองเสื่อม โดยมีค่า sensitivity เท่ากับร้อยละ 95 และค่า specificity เท่ากับร้อยละ 100

4) แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-Cog) เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จำนวน 3 ข้อ การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน ถือว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) แบบประเมินมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .42¹⁶

5) แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS)¹⁷ มีข้อคำถาม 14 ข้อ วัดด้านละ 7 ข้อ โดยข้อที่วัดอาการซึมเศร้า และข้อที่วัดความวิตกกังวล 7 ข้อ คะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 คะแนน แสดงว่ามีความผิดปกติในกลุ่มอาการนั้น แบบประเมินส่วนความวิตกกังวล มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ .86 และส่วนอาการซึมเศร้า เท่ากับ .82 ตามลำดับ¹⁷

6) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activity of daily living: ADL) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ¹⁸ มีข้อคำถาม 10 ข้อ การแปลผล คะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี คะแนน 9-11 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง คะแนน 5-8 คะแนน



หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แบบประเมินมีค่า Cronbach alpha เท่ากับ .79

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัยร่วมกับการประชุมกับกลุ่มชมรมอาสาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (อพช) ผู้ดูแล และครอบครัวที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพและบริบทของผู้สูงอายุ และแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมดูแลในการทำกิจกรรม ติดตามเยี่ยม และเตือนให้กลุ่มเป้าหมายทำกิจกรรมพัฒนาสมองอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมประกอบด้วย ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องสมอง การฝึกการจำชื่อและใบหน้า เพื่อพัฒนาความจำ และกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งที่ 2) กิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเลือกความใส่ใจ การคงความใส่ใจ เพื่อพัฒนาความใส่ใจ และกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งที่ 3) กิจกรรมโป้ง-ก้อย และจับแอส เกมดูภาพเพื่อพัฒนาความจำระยะสั้น และกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งที่ 4) กิจกรรมตาราง 9 ช่อง กิจกรรมเล่าเรื่อง เพื่อพัฒนาความจำระยะสั้นและระยะยาว และกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งที่ 5) กิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อ กิจกรรมลองคลำดู คุณคลำได้ กิจกรรม colorful game กิจกรรมแผนที่และการวางแผนการเดินทาง เพื่อพัฒนาด้านมิติสัมพันธ์ และกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน และครั้งที่ 6) กิจกรรมตาราง 9 ช่อง กิจกรรมการทำอาหาร เกมสืบไขเพื่อพัฒนาการคิด การตัดสินใจ และการบริหารจัดการ และการสรุปผลการทำกิจกรรมในภาพรวม โดยในครั้งที่ 2 ถึง 6 มีการสรุปบทวนกิจกรรมของครั้งที่ผ่านมา คณะผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ห่างกัน 2 สัปดาห์ และในแต่ละครั้ง มีการพักระหว่างการทำกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที โดยรูปแบบนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อม นักจิตวิทยา และพยาบาลด้านผู้สูงอายุ ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ .93 และความชัดเจนของเนื้อหา เท่ากับ .97 และผู้วิจัยได้มีการนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับก่อนนำไปใช้จริง

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดนวลจันทร์ เลขที่ ERB 28/64 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครวิจัย หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ทำกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง ณ ส่วนกลางของหมู่บ้านฟ้ารังสิต ปิยะธรรมย์ และอยู่เจริญ 1 เทศบาลตำบลบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี โดยมีแกนนำชุมชนและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะในการพัฒนาสมองเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม มีการประชุมทีมเพื่อวางแผนการดำเนินงานในแต่ละครั้ง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลคนละ 30-45 นาที ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 6 และติดตามผล 1 เดือน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Chi-square test และ Independent t-test จากการ

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Non-parametric เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Friedman test และวิเคราะห์หาผู้ที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมกลุ่มวิจัยทั้งหมด 101 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 57 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามไม่ครบ จึงเหลือ 32 คน เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60-65 ปี (อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 68.75 ปี และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 67.50 ปี) กลุ่มทดลองเรียนจบชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 43.75 มีไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 68.75 พักอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 68.80 ผู้ดูแลหลักคือบุตร ร้อยละ 40.63 ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 100.00 มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 96.88 และ 100.00 ตามลำดับ และมีการรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา และชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. มีไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 68.75 พักอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 71.88 ผู้ดูแลหลักคือบุตร ร้อยละ 50.00 ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 100.00 มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 96.88 และ 100.00 ตามลำดับ ลักษณะส่วนบุคคลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน ($p=.556$, $.409$, และ $.551$ ตามลำดับ)

2. ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตเมือง พบว่า

ภาวะการรู้คิด ภายหลังการทดลอง และการติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน MoCA สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.03$ และ $.02$ ตามลำดับ) และในช่วงติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.04$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน การรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน MoCA มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=13.42$, $p=.001$) โดยหลังการทดลองและการติดตามผล 1 เดือนมีภาวะการรู้คิดดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-2.56$, $p=.01$ และ $z=-2.56$, $p=.011$ ตามลำดับ) คะแนนการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน RUDAS ในช่วงก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และการติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=8.36$, $p=.016$) โดยพบว่า ช่วงติดตามผล 1 เดือนมีภาวะการรู้คิดดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-3.02$, $p=.002$)

ความวิตกกังวล พบว่า ในช่วงหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันทั้งก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ภาวะซึมเศร้า ในช่วงก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=9.01$, $p=.011$) โดยช่วงติดตามผล 1 เดือนลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-2.30$, $p=.021$) มีภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และการติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=9.02$, $p=.011$) และในช่วงติดตามผล 1 เดือน ภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-2.40$, $p=.017$ และ $z=-3.81$, $p<.001$ ตามลำดับ)



ตารางที่ 1 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

ข้อมูล	Between group				Within group					
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		z	p	ช่วงเวลา	z	p	
	(n=32)		(n=32)							
	Mean	SD	Mean	SD						
การรู้คิด โดยใช้แบบประเมิน MoCA									13.42	.001***
ก่อนการทดลอง	25.75	10.2	26.09	1.45	-0.75	.452	ก่อน-หลัง	-2.56 ^b	.010**	
หลังการทดลอง	26.72	2.02	25.09	3.24	-2.16	.031*	ก่อน-ติดตาม	-2.56 ^b	.011*	
ติดตามผล 1 เดือน	26.94	2.50	25.50	2.97	-2.27	.023*	หลัง-ติดตาม	-0.64 ^b	.522	
การรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน RUDAS									8.32	.016*
ก่อนการทดลอง	26.38	2.47	26.78	2.20	-0.45	.653	ก่อน-หลัง	-0.27 ^a	.787	
หลังการทดลอง	26.53	2.30	26.53	2.30	0.00	1.000	ก่อน-ติดตาม	-3.02 ^a	.002*	
ติดตามผล 1 เดือน	27.47	2.11	27.75	2.19	-0.59	.556	หลัง-ติดตาม	-1.64 ^a	.102	
การรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน Mini-cog									.67	.717
ก่อนการทดลอง	3.75	1.14	3.84	1.51	-0.82	.414	ก่อน-หลัง	-0.19 ^a	.849	
หลังการทดลอง	3.72	4.53	3.81	1.40	-0.06	.955	ก่อน-ติดตาม	-0.30 ^b	.762	
ภาวะวิตกกังวล									3.10	.212
ก่อนการทดลอง	2.50	2.72	2.41	3.06	-0.77	.443	ก่อน-หลัง	-0.022 ^a	.982	
หลังการทดลอง	2.41	2.39	3.06	3.03	-0.62	.534	ก่อน-ติดตาม	-0.89 ^a	.376	
ติดตามผล 1 เดือน	2.19	2.82	3.19	3.06	-1.39	.165	หลัง-ติดตาม	-1.59 ^a	.112	
ภาวะซึมเศร้า									9.02	.011*
ก่อนการทดลอง	3.25	2.96	2.28	2.22	1.24	.216	ก่อน-หลัง	-1.70 ^a	.090	
หลังการทดลอง	2.25	2.74	2.22	1.88	-0.89	.375	ก่อน-ติดตาม	-2.40 ^a	.017*	
ติดตามผล 1 เดือน	1.84	2.25	2.50	2.00	1.66	.097	หลัง-ติดตาม	-3.81 ^b	<.001***	

หมายเหตุ a. Based on positive ranks, b. Based on negative ranks

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1) คะแนนการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน MoCA หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า การประเมินการรู้คิดตามแบบประเมิน MoCA เป็นการประเมินหน้าที่ของ cognition ด้านต่าง ๆ ที่ครอบคลุมการจำระยะสั้น การทำงานของสมองด้านจัดการ ด้านความสามารถทางภาษา ด้านความตั้งใจ สมาธิและความจำ และด้านการรับรู้เวลา¹⁹ โดยกลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นสมองเหล่านี้นจากการร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมองที่ออกแบบการกระตุ้นสมองครอบคลุมความสามารถของสมอง 4 ด้าน¹¹ ดังนี้ 1) ด้าน attention ฝึกความสนใจ ใส่ใจ 2) ด้าน memory ฝึกการรับรู้ข้อมูลอย่างเหมาะสมผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 3) ด้าน visuospatial function กระตุ้นการรับรู้ทางสายตา การกระยะ การรับรู้สิ่งแวดล้อมและสถานที่รอบตัว รับรู้แผนที่เส้นทางที่ใช้อยู่เป็นประจำ และ 4) ด้าน executive function ฝึกการคิดวางแผน การจัดการ และการให้เหตุผล การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า โดยแบ่งเป็น 1) กิจกรรมเคลื่อนไหว ได้แก่ การเคลื่อนไหวตามตาราง 9 ช่อง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวตามเพลงดังดอกไม้บาน กิจกรรมโป้ง-ก้อย และกิจกรรมจับ-แอล กิจกรรมเหล่านี

ช่วยให้มีความตื่นตัว กระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวา-ซ้ายและประสาทสัมผัสทั้ง 5 มีการส่งต่อกระแสประสาททั้ง 2 ด้านทำให้การทำงานของสมองที่ดีขึ้น⁶ 2) กิจกรรมหลัก ช่วยกระตุ้นความสามารถของสมองที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละด้าน ได้แก่ 1) การกระตุ้นสมอง ความสนใจ ความใส่ใจ เช่น เกมกะหล่ำถ้ำม้อ เกมจำภาพ เกมโยนบอล และเกมชาบูไร ช่วยให้เกิดความจำที่เชื่อมโยง กระตุ้นความใส่ใจและทำให้รู้จักการกำจัดการรบกวนกลับมาที่มีสมาธิและจดจ่อในสิ่งที่ทำมากขึ้น 2) การส่งเสริมการใช้ภาษา ได้แก่ กิจกรรมเล่าภาพ เล่าประวัติ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 3) การกระตุ้นความจำระยะสั้นและยาว ฝึกสมองบันทึกข้อมูลใหม่ ๆ จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง 2 ด้านมากขึ้น ได้แก่ การเล่าเรื่องที่ประทับใจ การจำภาพ การใช้มือคลำสิ่งของ 4) การกระตุ้นด้านมิติสัมพันธ์ ได้แก่ การต่อภาพ การสำรวจเส้นทาง และการเขียนแผนที่ 5) การกระตุ้นทักษะการคิด ตัดสินใจและการบริหารจัดการ ได้แก่ การทำอาหาร การคิดคำนวณค่าใช้จ่าย

รูปแบบกิจกรรมเป็นการเพิ่มความสามารถในการทำงานของสมองในทุกส่วน ตั้งแต่ 1) สมองส่วนหน้า (frontal lobe) ที่มีความสำคัญในการทำหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ประกอบด้วยความจำชั่วขณะ การยั้งคิดและการควบคุมวางแผน ตัดสินใจวิเคราะห์สร้างสรรค์ 2) สมองส่วนขมับ (temporal lobe) เป็นศูนย์การได้ยิน ความจำ และการเรียนรู้ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน การเข้าใจภาษา และความจำ 3) สมองส่วนข้าง (parietal lobe) เป็นศูนย์ควบคุมการรับรู้ความรู้สึกและตำแหน่งของร่างกาย ทำหน้าที่ด้านมิติสัมพันธ์ การรับรู้ความรู้สึกของระบบประสาทสัมผัส และความจำระยะสั้น และ 4) สมองส่วนท้ายทอย (occipital lobe) เป็นศูนย์การมองเห็น ทำหน้าที่ในการเพ่งมอง การแปลความหมายและการมองเห็นสิ่งต่าง ๆ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับการกระตุ้นการทำงานของสมองทุกส่วนผ่านกิจกรรมที่ออกแบบเพื่อช่วยในการพัฒนาศักยภาพสมองแต่ละด้าน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่อธิบายว่า สมองทั้ง 2 ด้านมีการทำงานที่เชื่อมโยงกัน เมื่อสมองซีกขวาได้รับการกระตุ้นจะสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์จากหลาย ๆ ประสบการณ์มาวิเคราะห์ร่วมกันเป็นองค์ความรู้ใหม่มีการสร้างเครือข่ายประสาทในการแลกเปลี่ยนข้อมูลไปทั่วสมอง โดยสมองซีกขวาที่ได้รับการกระตุ้นจะส่งเสริมการทำงานด้านร่างกาย และการเคลื่อนไหว ความสามารถในการเชิงมิติ การจดจำจนสมองเกิดภาพในใจ เชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ เข้ากับภาพใหญ่ ส่วนสมองซีกซ้ายได้รับการกระตุ้นด้านภาษาและการสื่อสาร การคิดและแสดงออกโดยใช้ภาษารูปแบบต่าง ๆ การพูด การเขียน และการอ่าน สามารถสื่อสารภาษาให้ผู้อื่นเข้าใจ การคิดแบบมีเหตุและผล การคิดเชิงนามธรรม การจัดหมวดหมู่ตามรูปร่าง การจัดจำแนก แยกแยะประเภทของสิ่งของต่าง ๆ ได้²⁰

นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มทดลองมีโอกาสดูแลได้เข้าร่วมกลุ่มทางสังคม มีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำให้มีการพัฒนาความจำ กระตุ้นความคิด มีการบริหารจัดการ มีสมาธิและการตัดสินใจของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้นได้² ดังนั้นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมองจึงมีคะแนนการรู้คิดที่สูงขึ้น สอดคล้องกับผลการประเมินการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน MoCA, RUDAS และ Mini-cog ที่มีผลการประเมินไปในแนวทางเดียวกัน แม้ว่าคะแนนการรู้คิดที่ใช้แบบประเมิน RUDAS และ Mini-cog จะไม่สามารถสะท้อนความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ แต่ก็แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมมีแนวโน้มของการรู้คิดที่เพิ่มมากขึ้น และเมื่อพิจารณาารายด้านของการประเมินโดยใช้แบบประเมิน MoCA พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองคะแนนการรู้คิดรายด้านทุกด้านของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง และคะแนนการรู้คิดด้าน visuospatial, executive, language และ delayed recall เพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล 1 เดือน เมื่อเทียบกับระยะหลังการทดลองและก่อนการทดลอง สรุปได้ว่า การใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของการรู้คิดที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องพบว่า โปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ความสามารถในการรู้คิดสูงขึ้น ดังนี้ Buddhared, Suwanwela, และ Supasri พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิดขั้นต้นที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ



การเล่าชีวิตประวัติ การวาดภาพ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล การรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย อวัยวะ การรับรู้เสียงมีคะแนนเฉลี่ยความจำและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นภายหลังการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ²¹ การศึกษาของ Duangkaew, Luangpitak, Mahaphrom, Chatrung, Noprujchinda พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน สูงเพิ่มขึ้น²² และ การศึกษาของ Apichonkit, Narenpitak, Mudkong, Awayra, Pholprasert และ Pichaipusit พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองที่ได้รับการฝึกความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว ฝึกความตั้งใจการรับรู้ มีสมรรถภาพในการฟัง ฝึกด้านความจำทางการได้ยินและฟังเสียง ฝึกความคิดเป็นเหตุเป็นผล วางแผนและตัดสินใจ มีคะแนนภาวะการรู้คิดสูงขึ้น⁵

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการที่ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ก่อนดำเนินการตามรูปแบบ ทำให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวกทั้งเวลาและสถานที่ และได้รับการดูแลและกระตุ้นเตือนจากกลุ่มแกนนำ ทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อน มีกำลังใจในการทำกิจกรรมต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่เชื่อว่า การพึ่งพาการดูแลและลดลงและสามารถป้องกันได้ถ้าปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเสื่อมหรือการลดสมรรถนะภายในได้รับการวินิจฉัย⁹ และจัดการโดยบุคลากรด้านสุขภาพ และด้านสังคมในชุมชนให้การดูแลอย่างเหมาะสมจะช่วยชะลอความเสื่อมของความสามารถทางการรู้คิดได้¹⁰

สำหรับภาวะรู้คิดจากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Mini-cog ในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันทั้งในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน อาจเนื่องจากกิจกรรมการพัฒนาสมองในภาพรวม ไม่ได้ลงรายละเอียดการฝึกให้ผู้สูงอายุदानาฬิกา ประกอบกับผู้สูงอายุบางท่านไม่ค่อยได้ใช้นาฬิกา ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบแบบประเมิน Mini-cog ในส่วนของการวาดนาฬิกาได้ และยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา อาจมีผลต่อความเข้าใจในเรื่องการเรียกคืนความจำ แบบประเมินสมอง Mini-Cog พบว่า ระดับการศึกษาและภาษามีผลต่อการทำแบบประเมินนี้เล็กน้อย²³

2) คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ดังนี้

2.1 ความวิตกกังวล พบว่า ในช่วงหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองมีจุดเน้นที่การพัฒนาศักยภาพสมอง 4 ด้าน¹¹ ดังนี้ 1) ด้าน attention ฝึกความสนใจ ใส่ใจ 2) ด้าน memory ฝึกการรับรู้ข้อมูลอย่างเหมาะสมผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ส่งเสริมให้เกิดความจำระยะสั้น 3) ด้าน visuospatial function ส่งเสริมการรับรู้มิติและทิศทางต่างๆ ได้ ดีมากขึ้น และ 4) ด้าน executive function ทำให้ได้ฝึกการคิดวางแผน การจัดการ การให้เหตุผล การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า นอกจากนี้กิจกรรมมีการส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การทำอาหาร การเล่นเกมแข่งขัน ทำให้เกิดความสุขสนุกสนาน เพลิดเพลินและผ่อนคลายความเครียดได้² แต่กิจกรรมที่จัดให้ยังไม่ส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มสามารถช่วยเหลือกันในการแก้ไขปัญหาที่อาจจะจะเป็นสิ่งที่ทำให้แต่ละคนมีความวิตกกังวลได้ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือปัญหาทางเศรษฐกิจ ดังนั้นความเครียดและความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองอาจจะยังไม่ได้ตรงตามสาเหตุ จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงกว่าเดิมได้น้อยกว่าที่คาดหวัง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อระดับความวิตกกังวล²⁴ และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ระดับความวิตก



กังวลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

2.2 ภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงติดตามผล 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่าหลังการทดลอง อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นสมองจากการร่วมกิจกรรมการฝึกสมอง ทำให้เกิดความสุข ความสุขได้ร่วมกิจกรรม ดังเช่นกิจกรรม ตาราง 9 ช่อง ที่มีการออกกำลังกายตามจังหวะเสียงเพลง ทำให้สนุก หัวเราะ มีความสุข ซึ่งการมีอารมณ์ดีจะเกี่ยวข้องกับ dopaminergic behavioral activation system ในสมอง มีการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีนเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดพลังงานและมีความสุขมากขึ้น และการมีอารมณ์ดีจะส่งผลต่อกระบวนการรู้คิด การที่มีความสุขจะทำให้เกิดการจดจำและระลึกถึงเรื่องราวความสุขได้ดี ช่วยในการกระตุ้นความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้²⁵ กิจกรรมของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองที่ส่งเสริมให้การทำงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน อาจมีส่วนช่วยในการกระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาทสมองและการส่งสารสื่อประสาทซีโรโทนินของกลุ่มทดลองไปยังสมองส่วนหน้าได้ดีขึ้นทั้งสมองซีกซ้ายและสมองซีกขวา สอดคล้องกับการศึกษาของ Stahl และคณะ พบว่า การทำกิจกรรมกลุ่มที่ได้รับแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีภาวะซึมเศร้าลดลงได้²⁶

เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในช่วงหลังการทดลองและการติดตามผล 1 เดือน พบว่า ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถมีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกายในชุมชนทุกวัน การมีกิจกรรม dementia café เดือนละ 1 ครั้ง และการมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การร้องเพลง การทำอาหาร การเล่นเกม หรือไคแดนซ์ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองบึงยี่โถได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกันเป็นประจำ ส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง แม้ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้

1. สมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งควรมีประมาณ 15-20 คน เพื่อให้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทำกิจกรรมได้อย่างทั่วถึง
2. ด้วยข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น การเคลื่อนไหว สายตา และการเขียนหนังสือ เป็นต้น จึงควรจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน และควรมีการจัดผู้ช่วยกิจกรรมกลุ่มให้เพียงพอและเหมาะสมกับจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม
3. ควรมีการวิเคราะห์ผลการคัดกรองการรู้คิดรายด้านของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคน และวางแผนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมศักยภาพสมองด้านที่บกพร่องได้มากขึ้น
4. คะแนนการรู้คิด ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของกลุ่มเป้าหมายภายหลังการติดตาม 1 เดือนมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมองอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้ดีเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองเป็นรายด้าน เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความพร้อมของสมองในด้านที่มีความบกพร่อง
2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพให้กับสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล แก่นนำในชุมชน



และอสม. ในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพสมองให้กับผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน

References

1. World Health Organization. Towards a dementia plan: a WHO guide. Geneva: World Health Organization 2018 [internet]. 2018 [cited 2022 Feb 16]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514132>
2. Bonkhunthod, P. Manluan, K. Mild cognitive impairment: before being sick with dementia. NSO Nursing and Health Journal 2022;4(1):1-15. (in Thai).
3. Wongchan, J, Leethongin, M, and Piyawatanaphong, S. Effects of brain exercise programs on cognition in the elderly. Journal of the Nursing and Midwifery Council 2020;35(2):70-84. (in Thai)
4. Apichonkit, S, Narenpitak A, Mudkong U, Awayra P, Pholprasert P, Pichaipusit A. Effectiveness of a cognitive functions improvement program in elderly MCI patients of Primary Care Unit Network of Udonthani Hospital. Udonthani Hospital Medical Journal 2019;27(2):138-49. (in Thai).
5. Shankar A, Hamer M, McMunn A, Steptoe A. Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English longitudinal study of ageing. Psychosom Med 2013;75(2):161-70. doi: 10.1097/PSY.0b013e31827f09cd.
6. Nakawiro D, Chansirikarn S, Srisuwan P, Aebthaisong O, Sudsakorn P, Vidhyachak C, Visajan P. Group-based training of executive function, attention, memory and visuospatial function (Team-V) in patients with mild neurocognitive. Journal of the Psychiatry Association of Thailand 2017;62(4):337-48. (in Thai).
7. Srisuwan P, Nakawiro D, Chansirikarnjana S, Kuha O, Chaikongthong P, Suwannagoot T. Effects of a group-based 8-week multicomponent cognitive training on cognition, mood and activities of daily living among healthy older adults: a one-year follow-up of a randomized controlled trial. J Prev Alzheimers Dis 2020;7(2):112-21. (in Thai).
8. Bueng Yitho Medical Center. Elderly statistics In Bueng Yitho Municipality, Pathum Thani Province 2020. Pathum Thani;2020. (in Thai).
9. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centered assessment and pathways in primary care [Internet]. 2018 [cited 2020 November 15]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf?sequence=17>
10. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. 2017 [cited 15 November 2020]. Available from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf;jsessionid=44DC73FE2A2D49BF6E2B C676E43FA08E?sequence=1>.
11. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. Hand book of cognitive training in older persons



- with mild cognitive impairment for health care personnel. Bangkok: Sinthawee Printing; 2020. (in Thai).
12. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, Dementia Caregiver Association and the Health Promotion Foundation. Manual for developing the brain potential of elderly people who do not have memory problems (healthy memory group). [Publisher Unknown]. [Date Unknown]. (in Thai)
 13. Srisathitnarakun B. The methodology in nursing research. Bangkok: You&I Intermedia, 2010. (in Thai).
 14. Hemrungronj S. MoCA Thai version 2007. In MoCA Montreal–Cognitive Assessment. [Internet]. 2011 [cited 15 November 2020]. Available from <https://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Test-Thai.pdf>; 2007. (in Thai).
 15. Limpawattana P, Tiamkao S, Sawanyawisuth K. The performance of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) for cognitive screening in a geriatric outpatient setting. *Aging Clinical and Experimental Research* 2012; 24:495–500. (in Thai)
 16. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International* 2015;15(5):594–600.
 17. Nilchaikovit, T Lortrakul, M, Phisansuthideth, U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996;41(1): 18–30. (in Thai).
 18. Jitaphankul S. Important principles of geriatric medicine. 3rd printing. Bangkok: Chulalongkorn Printing House–university; 2015. (in Thai).
 19. Prasankarn S, Khammatit A, Yothathai T, Sakulku P. Screening process for early stages of dementia among elderly people in the community: A systematic review of the literature. *Journal of Public Health* 2017;26(1):125–38. (in Thai).
 20. Worawatanachai P. Two hemisphere brain mechanisms and human creativity. *Journal of Information* 2016;15(8):1–12. (in Thai).
 21. Buddharod P, Suwanwela S, Supasri J. Effects of a cognitive stimulation program on memory and the ability to do daily activities of elderly people with primary cognitive impairment. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020 1:270–80. (in Thai).
 22. Duangkaew J, Luangpitak W, Mahaphrom T, Chatrung C, Noprujchinda S. Effects of the brain potential development program on the cognitive ability of the elderly have impaired cognition Initial stage. *Journal of Health and Nursing Research* 2021;37(3):129–41. (in Thai).
 23. Limpawattana P, Manjavong M. Mild cognitive impairment. *KKU Journal of Medicine* 2020; 6(1): 25–35. (in Thai).
 24. Jindawattanawong P, Kasakamon K. Srisuwan P. Prevalence and relationship between social media addiction and depression and anxiety in elderly people receiving services. at the family medicine examination clinic Phramongkutklao Hospital. *Journal of Public Health and Health Sciences* 2020;5(3):81–97. (in Thai).
 25. Naejon J. Brain and emotions: the amazing connection. *Rajapruek Journal* 2015;13(3): 9–19.(in Thai).



26. Stahl ST, Rodakowski J, Gildengers AG, Reynolds CF, Morse JQ, Rico K, et al. Treatment considerations for depression research in older married couples: a dyadic case study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2017;25(4):388–95. doi: 10.1016/j.jagp.2016.12.013



ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Predicting Awareness of Warning Signs Management among Risk Group Stroke Patients in Community, Ubon Ratchathani Province

ภูษณิศ มินาเขต¹ นิชนันท์ สุวรรณภูมิ² Sawitree Singhard¹ Teranut Yindesuk²

Phusanisa Meenakate¹ Nitchanun Suwannagoot² Sawitree Singhard¹ Teranut Yindesuk²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, ²Faculty of Nursing, Ratchathani University Ubon Ratchathani

Corresponding author: Phusanisa Meenakate; Email: Phusanisa.m@ubu.ac.th

Received: August 22, 2023 Revised: December 24, 2023 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเกิดหลอดเลือดตีบ แตก หรืออุดตันในเวลาใดก็ได้ ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคนี้จึงควรมีความตระหนักรู้เพื่อขอความช่วยเหลือได้อย่างทันเวลา การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความตระหนักรู้และปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่า CVI เท่ากับ .86, .94, .75 และ 1.0 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77, .88, .75 และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อยู่ในระดับสูง ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถร่วมกันทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 25.00 ($R^2=.25$, $p<.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่าเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพควรมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างทันเวลาซึ่งจะเป็นการลดอัตราเสียชีวิตและทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ: ความตระหนักรู้; โรคหลอดเลือดสมอง; สัญญาณเตือน



Factors Predicting Awareness of Warning Signs Management among Risk Group Stroke Patients in Community, Ubon Ratchathani Province

Phusanisa Meenakate¹ Nitchanun Suwannagoot² Sawitree Singhard¹ Teranut Yindesuk²

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, ²Faculty of Nursing, Ratchathani University Ubon Ratchathani

Corresponding author: Phusanisa Meenakate; Email: Phusanisa.m@ubu.ac.th

Received: August 22, 2023 **Revised:** December 24, 2023 **Accepted:** February 29, 2024

Abstract

Patients at risk of stroke have a chance to face with critical conditions due to cerebrovascular accident any time. Thus, they should be aware of warning signs in order to promptly manage their risks of stroke. This study used a predictive correlation research design conducted to examine awareness of stroke warning signs management and its predictive factors among patients at risk of stroke in community. The participants included 160 patients at risk of stroke in Ubon Ratchathani Province. Data were collected by questionnaires to assess personal information; perceived leading factors, enabling factors, and contributing factors for stroke; and awareness of managing the warning signs of stroke. These questionnaires were reviewed for content validity by experts. The CVI values were .86, .94, .75 and 1.0, respectively, and their reliability values were .77, .88, .75, and .76, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results showed that awareness of stroke warning signs management among patients in the community was at a high level, which perceived risks for stroke and the contributing factor related to support from health personnel were significant predictors for awareness of stroke warning signs management among patients at risk of stroke in the community. These factors could explain 25.00% of the variances of awareness of stroke warning signs management ($R^2=.25$, $p<.05$). The findings in this study indicate that health care providers should encourage the patients to be aware of the risks of stroke and promote awareness of prompt management when warning signs occur to reduce mortality and disability in stroke patients.

Keywords: awareness; stroke; warning sign

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของทั่วโลก จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355,671 คน เสียชีวิต 34,728 คน โดยประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน² โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ³ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เกิดการอ่อนแรงครึ่งซีก สูญเสียความสามารถในการทรงตัว บกพร่องเรื่องการพูดและการสื่อสาร และผลกระทบทางด้านจิตใจอารมณ์ ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองภายในช่วง 6 เดือนแรกมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁴ แนวทางการรักษาที่สำคัญคือการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะในกรณีที่เกิดจากสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator : tPA) ภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง หรือ 270 นาที เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้นซึ่งจะช่วยลดความพิการได้⁵ แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้เนื่องจากความล่าช้าในการเข้ารับบริการ สาเหตุที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการที่ล่าช้าของผู้ป่วย คือ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (stroke awareness)⁶⁻⁷

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนัก การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และงดการสูบบุหรี่ ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และกฎเกณฑ์สำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือการสร้าง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อย้ำเตือนให้เห็นความสำคัญและอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง อันจะช่วยลดภาระโรค ความพิการและอัตราการเสียชีวิตได้ 3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (stroke awareness) เป็นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับอาการเตือน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ 1) ความรู้ความเข้าใจซึ่งถือเป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตามการเพิ่มความรู้ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป 2) อารมณ์ความรู้สึกหรือความเชื่อ เป็นความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นกับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเป็นโรค และความเชื่อต่อประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และ 3) พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัว⁸⁻⁹ องค์การอนามัยโรคและองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการสร้าง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนโดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนเพื่อให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทันที่¹ เช่นเดียวกับประเทศไทยโดยมีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการณรงค์ให้ประชาชนได้มีความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลักการ F.A.S.T คือ Face ใบหน้าชาหรืออ่อนแรง หน้าเบี้ยว มุมปากตกข้างหนึ่ง ตามัวเห็นภาพซ้อน Arm แขนหรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ยกแขนหรือขาไม่ขึ้น กำมือได้ลดลง ขาดตามแขนขา เดินเซ Speech พูดลำบาก พูดไม่ชัด มึนงง สับสนและมีปัญหาในการพูด และ Time ต้องรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด และการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือน แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้สัญญาณเตือนในระดับน้อยถึงมาก และมีการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในระดับปานกลาง



ถึงระดับสูง¹⁰⁻¹³ ดังนั้นทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งอาจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

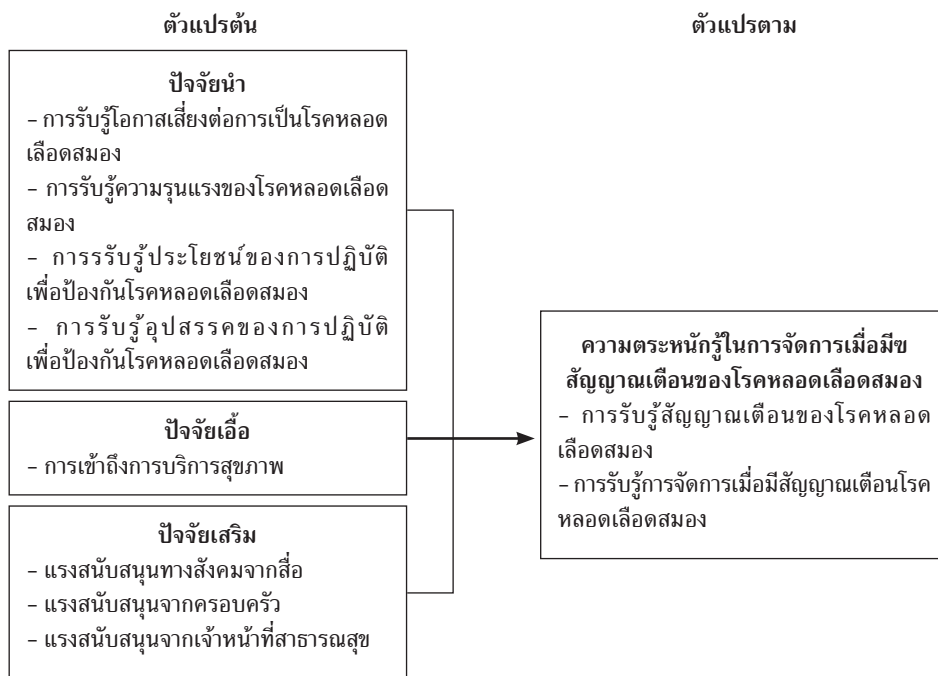
จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2562 ถึง 2565 พบมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .74 .79 .84 และ .84 ตามลำดับ ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ในเขตบริการสุขภาพ 10 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 40.1 ที่มารับบริการทันเวลา โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาทันเวลา คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การเดินทางมารับการรักษา ระยะทางมารับการรักษา สถานที่ขณะเกิดอาการและบุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ¹⁴⁻¹⁵ จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่านอกจากปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่เพื่อลดความรุนแรงและลดความพิการของผู้ป่วยแล้ว ยังพบว่าปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคมก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model¹⁶ ที่ได้อธิบายว่า พฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลเกิดขึ้นได้จากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล เช่น ความรู้ ความเชื่อ และการรับรู้ ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดพฤติกรรม เช่น การเข้าถึงแหล่งบริการและ ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากภายนอกตัวบุคคล

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาเฉพาะด้านปัจจัยนำ เช่น เพศ อายุ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ความรู้และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนการศึกษาถึงปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมพบว่ามีจำนวนน้อย นอกจากนี้ยังไม่พบมีการศึกษาปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของจังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมาใช้ในการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อมีสัญญาณเตือน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดอัตราการเกิดภาวะพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ของปัจจัยนำ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) และปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ต่อความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูง อาศัยในเขตจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 301,150 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตจังหวัดอุบลราชธานี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ มีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลียมาก หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ อัมพาตแขนขา จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น

ขนาดของตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G Power โดยใช้สถิติ multiple regression โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .95 ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 ค่า Effect Size ขนาดกลาง เท่ากับ .15¹¹ จำนวนปัจจัยทำนาย เท่ากับ 8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 160 ราย วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน



(multi-stage sampling) ขั้นตอนที่ 1 เลือกอำเภอ ด้วยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากแบบแทนที่ (selection with replacement) ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 อำเภอ สุ่มเลือก 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเขมราฐ อำเภอวารินชำราบ อำเภอเดชอุดม อำเภอนาตาล อำเภอนาเยีย ขั้นตอนที่ 2 เลือกตำบลแบบเจาะจง (purposive sampling) อำเภอละ 2 ตำบล โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้คัดเลือกให้ตำบลละ 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ BMI ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (check list) และแบบเติมข้อความ (open end)

2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยนำ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างคำถามโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model¹⁶ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 6 ข้อ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากสังคมสื่อ จำนวน 5 ข้อ แรงสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 6 ข้อ แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินใจระดับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ ดังนี้ มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.69–5.00) มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.35–3.68) และมีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.34)

3. แบบสอบถามปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับการเข้าถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ระดับการเข้าถึงมาก เท่ากับ 4 คะแนน ระดับการเข้าถึงน้อย เท่ากับ 3 คะแนน ระดับการเข้าถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เข้าถึงหรือไม่มีการเข้าถึงบริการ เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินใจระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ ดังนี้ การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.69–5.00) การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.35–3.68) และการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.34)

4. แบบสอบถามความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินใจความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ ดังนี้ ระดับความตระหนักรู้สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.35–3.00) ระดับความตระหนักรู้ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.68–2.34) และระดับความตระหนักรู้ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.67)



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 2-4 ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .86, .94, .75 และ 1.0 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีและนำมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77, .88, .75 และ .76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC 08/2566 ลงวันที่ 18 มกราคม 2566 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบที่ได้ถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงให้ความร่วมมือและลงชื่อในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล

วิธีการรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน 2566 โดยจัดทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และติดต่อประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พังเคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนสาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกษม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวงาม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านแซมเจริญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงเผ่า ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเขมราฐ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงรายละเอียดวิธีการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 20 นาที ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืน พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise regression analysis) ซึ่งผลการตรวจสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นและมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรทุกตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน พิจารณาจากค่า Dubin-Watson เท่ากับ 2.08 ไม่เกิด homoscedasticity ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) พิจารณาจาก Variance inflation factor (VIF) เท่ากับ 1.24 และ Tolerance มีค่าเท่ากับ .80



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.4) มีอายุระหว่าง 56 – 65 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 34.4) อายุเฉลี่ย 61.92 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.30) และจบชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 65.6) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.8) ส่วนใหญ่มีระดับ BMI อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 30.6) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 85.6) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 80.0) และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 63.1) ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 52.5) โดยได้รับทางสื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายโฆษณามากที่สุด (ร้อยละ 97.5) รองลงมาคือจากเพื่อน หรือคนรู้จักและจากอินเทอร์เน็ตสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 91.9)

2. ความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=2.78, SD=.50) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Mean=2.81, SD=.26) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ อาการชาของกล้ามเนื้อใบหน้า เช่น ปากเบี้ยว หนังตาตก มุมปากตก อย่างทันทีทันใดเป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=2.85, SD=.46) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ขณะรับประทานอาหารเช้ามีอาการกลืนลำบากเกิดขึ้นทันทีทันใดเป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=2.65, SD=.64) ส่วนในด้านการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน (Mean=2.75, SD=.37) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองต้องรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด (Mean=2.97, SD=.19) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เมื่อมีสัญญาณเตือนควรดื่มน้ำ ดื่มน้ำและยาทุกชนิดก่อนมาโรงพยาบาล และควรจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีสัญญาณเตือน (Mean=2.75, SD=.37)

3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

ปัจจัยนำ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค พบว่า ในภาพรวมอยู่ระดับมาก (Mean=4.08, SD=.69) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.48, SD=.60) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอัมพาต อัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้ไม่สามารถใช้มือ แขนขาในการหยิบจับและไม่สามารถเดินได้ (Mean=4.56, SD=.63) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Mean=4.40, SD=.77) รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=4.23, SD=.61) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ/หรือโรคไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย (Mean=4.40, SD=.79) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Mean=3.35, SD=.82) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Mean=4.21, SD=.50) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (Mean=4.53, SD=.60) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=2.96, SD=1.27) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Mean=3.40, SD=1.05) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเป็นเรื่องยากสำหรับท่าน



(Mean=3.73, SD=1.28) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ กิจกรรมประจำวันที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงทำให้การรับประทานยา รักษาโรคตรงเวลาเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก (Mean=3.15, SD=1.36)

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.52, SD=.56) โดยการเข้าถึงบริการด้านการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.74, SD=.54) รองลงมาคือ การเข้ารับบริการรักษาและฟื้นฟูสภาพได้ทุกครั้งที่มีปัญหาสุขภาพ และความเชื่อมั่นในคุณภาพของสถานบริการใกล้บ้าน (Mean=4.73, SD=.61) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=3.75, SD=1.50)

ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนจากสังคมสื่อ จากครอบครัว และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.79, SD=1.02) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=3.96, SD=.80) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ หากมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองคนในครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือในการนำส่งและดูแลที่โรงพยาบาลได้ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับการดูแลและได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวในด้านการ (Mean=4.26, SD=.81) ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=3.53, SD=1.26) รองลงมาคือแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean=3.94, SD=1.06) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ได้รับการยกย่องชมเชยและให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติจีวิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean=4.30, SD=.86) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mean=3.79, SD=1.32) และแรงสนับสนุนจากสังคมสื่อ (Mean=3.47, SD=1.22) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean=3.78, SD=1.32) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนจากสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ นิตยสาร คู่มือสุขภาพ (Mean=3.28, SD=1.36)

4. ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบว่า ปัจจัยที่ทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Beta=.296) และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Beta=.291) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้ร้อยละ 25.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adj R²=.240, p<.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายกับความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (n = 160)

ปัจจัยทำนาย	b	Beta	SE	t	p-value
แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.075	.296	.020	3.837	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	.129	.291	.034	3.774	.000
Constant = 1.938, R=.500, R ² =.250, Adj R ² =.240, SEE=.235, F=26.09, p<.05					



อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.78, SD = .50) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านการสื่อสารในช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้มีการรณรงค์เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งวิธีการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนที่ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง^{3,10} แตกต่างจากการศึกษาของผุสดี ก่อเจตีย์, ประไพ กิตติบุญฉวี, นุสรานามเดช และจิราภรณ์ ชื่นน้ำ¹¹ ที่พบว่าประชาชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่าในด้านการรับรู้สัญญาณเตือนและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนมีบางข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ขณะที่รับประทานอาหารและมีอาการกลืนลำบากเกิดขึ้นทันทีทันใด เป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อมีสัญญาณเตือนควรดื่มน้ำ ดื่มน้ำและยาทุกชนิดก่อนมาโรงพยาบาล และควรจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีสัญญาณเตือน

2. ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี คือ ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 291) และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean = 296) สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามแนวคิดของ PRECEDE Model¹⁶ ซึ่งอธิบายว่าปัจจัยนำเป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยนำที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว คือ ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ เช่นเดียวกับแนวคิดของ Breckler⁹ ซึ่งได้อธิบายว่าอารมณ์ความรู้สึกหรือความเชื่อเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของความตระหนักรู้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock¹⁸ ซึ่งได้อธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจะมีผลให้บุคคลมีการรับรู้ภัยคุกคามหรือสัญญาณเตือนที่จะเกิดขึ้นจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือมีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอานัต วรรณะ, นิภา กิมสูงเนิน, รัชนี นามจันทร์¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนใหญ่รับบริการตรวจรักษา การตรวจตามนัด การรับยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังนั้นจึงได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะจากแพทย์และพยาบาลในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ สัญญาณเตือนรวมทั้งการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการให้กำลังใจกับผู้ป่วย สอดคล้องกับวิลเลียมส์ คำตัน¹⁹ ซึ่งได้อธิบายว่าการสร้างแรงจูงใจและให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเอง



ได้แต่อย่างไรตามจากผลการศึกษาพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีอำนาจทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน คือ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่าในปัจจุบันจากนโยบายของรัฐที่ได้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการจัดให้มีหน่วยให้บริการสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ขยายไปยังพื้นที่ในระดับตำบล และการประชาสัมพันธ์การให้บริการ 1669 ทำให้มีการเรียกใช้บริการจากประชาชนเพิ่มมากขึ้น การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก เท่าเทียมและรวดเร็ว จึงอาจทำให้ไม่สามารถทำนายความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลรวมทั้งประชาชนในชุมชนได้รับความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งวิธีการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือน โดยอาจจัดทำเป็นสื่อประชาสัมพันธ์โดยเน้นข้อความที่สั้นกระชับ เข้าใจง่ายตามหลัก FAST รวมทั้งรายละเอียดของการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือน พร้อมทั้งอธิบายถึงเหตุผลในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นการเพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติตาม เบอร์โทรหรือช่องทางติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือหรือการช่องทางการสื่อสารของชุมชนในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่เพื่อป้องกันความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น พยาบาลชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและสื่อสารให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลทราบถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในแต่ละกลุ่มโรคตามระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น รูปแบบการปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยง รูปแบบการส่งเสริมความตระหนักรู้ในการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 10 แห่งที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่รวมทั้งคอยอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



References

1. World Health Organization. World Stroke Day 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec30] Available from <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>.
2. National Institute for Emergency Medicine. Situations and trends in health and emergency medicine (global and Thailand) [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 19] Available from http://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/Ebook/414764_20220208161448.pdf.
3. Pesungnoen A, Suwonroop N, Pinyopasakul W. Factors predicting stroke prevention behaviors in patients at risk in primary care units. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2018;24(1):41–56.(in Thai)
4. Wongs D, Soivong P, Chaiard J. Quality of among stroke persons within six months post diagnosis. Nursing Journal. 2018;45(2):40–50.(in Thai)
5. Dounthipsirikul S, Wachiradilok P, Sirisamud T. The study of the emergency medical service situation and the development of emergency operation quality in stroke patients Report. National Institute for Emergency Medicine. 2022.(in Thai)
6. Khantichitr P, Sanchaisuriya P, Thepphawan P. Time-to-treatment of stroke patients: experience from Ubon Ratchathani Province. Thailand. Journal of Health Systems Research 2016;10(3):277–88. (in Thai)
7. Suriya M, Siriruay M, Lekphet J, Soisungnoen T, Deeraksa S. Time to access and referral of stroke patients in Thakhuntho Hospital Thakhuntho District, Kalasin Province. Mahasarakham Hospital Journal 2020;17(3):140–7.(in Thai)
8. Pancioli AM, Broderick J, Kothari R, et.al. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. JAMA 1998;279(16):1288–92.
9. Breckler SW. Attitude structure and function. Hilldate NJ: L.Erlbaum Association. 1986.
10. Wanna A, Kimsungnoen N, Namjuntra R. Perceptions and management of warning signs among persons at risk of stroke. APHEIT Journal of Nursing and Health 2020;2(1):30–44.(in Thai)
11. Korjedee P, Kittiboonthawal P, Namdej N, Chunchum J. A Predictive factors of the knowledge levels with stroke risk factors and warning signs in Saraburi community people. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2022;32(2):65–77.(in Thai)
12. Tanan R, Kompayak J, Srihawa O. Awareness of stroke warning signs management among patients with high-risk hypertension. HCU Journal and Health Science 2018;22(43–44):13–26.(in Thai)
13. Sonti A, Noppakhun T, Duangchan C. factors influencing early hospital arrival among acute ischemic stroke patients in Hua Hin Hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2022;5(3):24–38.(in Thai)
14. Kunlana K, Srisanpang P, Panpanit L, Tiamkao S. Factors related to treatment of stroke in patients with acute ischemic stroke in a tertiary hospital, Ubon Ratchathani Province. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2021;13(1):31–43.(in Thai)



15. Kamsareeruk J, Jitpanya C. Factors related to prehospital time in patients with acute ischemic stroke 2015;7(2):106-19.(in Thai)
16. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE MODEL in health promotion. Thai Red Cross Nursing Journal 2019;12(1):38-48.(in Thai)
17. VanVoorhis CW, MorganBL. Understanding power and rules of thumb for determining sample size. Tutorials in Quantitative Method for Psychology. 2007;3(2):43-50.
18. Best, J. Research in education. New jersey:Prentice-Hall.1981.
19. Rosenstock IM, Stretcher VL, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly 1998;15(2):175-183.
20. Komton V. Stroke patients's self-management: application of empirical evidence. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2019;34(1):25-41.(in Thai)



การศึกษาดัชนีการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

The Study of Pain Management Index (PMI) in Older Patients with Cancer

นุสรา ประเสริฐศรี¹ อภิรตี เจริญนุกุล¹ วิลัยลักษณ์ ตียาพันธ์¹ ยศพล เหลืองโสมนภา² ชลียา วามะลุน³ โสภิต ทับทิมหิน³
Nusara Prasertsri¹ Apiradee Chareannukul¹ Wilailuk Tiyanan¹ Yosapon Leangsomnapa² Chaliya Wamalun³ Sopit Taptimhin³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

¹Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

²Prapokklao Nursing College, Chanthaburi, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

³Ubonratchathani Cancer Hospital

Corresponding author: Apiradee Chareannukul; Email: apiradee@bcnsp.ac.th

Received: January 15, 2024 Revised: February 25, 2024 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง การจัดการความปวดด้วยยาที่เพียงพอส่งผลให้ความปวดลดลง และสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดัชนีการจัดการความปวด (Pain Management Index: PMI) เป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินความเพียงพอในการจัดการความปวดด้วยยา แต่ยังคงขาดการศึกษาเกี่ยวกับดัชนีการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งโดยใช้ดัชนีการจัดการความปวด (pain management index: PMI) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง จำนวน 220 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณลักษณะเกณฑ์การคัดเลือก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความปวด Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 และค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) ของกลุ่มตัวอย่างนี้ เท่ากับ .85 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 68.49 ± 6.58 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.23) เป็นมะเร็งที่พบมากในสตรี ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 36.43) และมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 15.02) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.72) มีความปวดปานกลาง สำหรับยาบรรเทาความปวดที่ได้รับมากที่สุดคือ paracetamol (ร้อยละ 84.13) รองลงมาคือ tramadol (ร้อยละ 24.53) สำหรับการจัดการความปวดในภาพรวม ดัชนีการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างมะเร็งทุกระยะ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.82) มีคะแนนดัชนีการจัดการความปวด -1 ถึง -2 ซึ่งหมายถึงได้ยาไม่เพียงพอกับความปวด เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.62) มีคะแนนดัชนีการจัดการความปวด -1 ถึง -2 ซึ่งแสดงถึงการได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอเช่นกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้ บ่งชี้ว่า การจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งส่วนใหญ่ ยังได้รับการจัดการความปวดด้วยยาอย่างไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม การประเมินความเพียงพอในการจัดการความปวดด้วยดัชนีการจัดการความปวดในการศึกษานี้เป็นเพียงหลักเบื้องต้นที่ระบุความเพียงพอในการจัดการความปวด แต่การใช้ยาจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุต้องมีความรอบคอบเนื่องจากการเลือกใช้ยาเพื่อจัดการความปวดอาจมีข้อจำกัดที่แตกต่างกันในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งแต่ละรายโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย

คำสำคัญ: ดัชนีการจัดการความปวด; ความปวด; มะเร็ง; ผู้สูงอายุ



The Study of Pain Management Index (PMI) in Older Patients with Cancer

Nusara Prasertsri¹, Apiradee Chareannukul¹, Wilailuk Tiyanan¹

Yosapon Leungsomnana², Chaliya Wamalun³, Sopit Taptimhin³

¹ Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

² Prapokklao Nursing College, Chanthaburi, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

³ Ubonratchathani Cancer Hospital

Corresponding author: Apiradee Chareannukul; Email: apiradee@bcnsp.ac.th

Received: January 15, 2024 **Revised:** February 25, 2024 **Accepted:** February 29, 2024

Abstract

Pain is a problem in older patients with cancer. Adequate pain management with medication results in pain reduction and having a good quality of life. The Pain Management Index (PMI) is a tool used to assess the adequacy of pain management with medication. However, there are few studies on pain management indices in older patients with cancer. The aim of this study was to assess pain management using the PMI in older patients with cancer. The participants consisted of 220 older patients with cancer who were registered as patients of a cancer hospital. These patients were selected purposively according to the characteristics of inclusion criteria. Data were collected by the Brief Pain Inventory (BPI) pain questionnaire-Thai version, in which its content validity index was .91 and reliability (Cronbach's Alpha Coefficient) was .85. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the participants had a mean age of 68.49 ± 6.58 years, and the majority (73.23%) were females. The most common cancer types were cervical cancer (36.43%) and breast cancer (15.02%). Most participants (87.72%) reported moderate pain. Regarding pain management, the most commonly used pain medication was paracetamol (84.13%), followed by tramadol (24.53%). For pain management, the PMI scores revealed that the majority of participants (71.82%) had the PMI scores of -1 to -2, which indicated the inadequate pain management. Concerning the patients with stage 3 and 4 cancer, the majority of them (68.62%) also reported the PMI scores of -1 to -2 as well. The results of this study point out that the older patients with cancer received inadequate pain medication. However, the adequacy of pain management assessed by the Pain Management Index is just the primary measure to determine the adequacy of pain management by medication. The use of analgesic drugs in the older patients with cancer needs attention to details because responses to pain management medicines vary in each patient, especially the elderly cancer patients with other diseases.

Keywords: pain management index; pain management index; pain; cancer; older adult



ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในผู้สูงอายุทั่วโลกพบร้อยละ 60 และร้อยละ 70 เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ¹ ผู้สูงอายุของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ภายในปี 2573 และเป็นกลุ่มประชากรที่เติบโตเร็วที่สุดของประชากรทั้งหมด และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากความชราเป็นปัจจัยที่สำคัญของโรคมะเร็ง พบว่าสัดส่วนของโรคมะเร็งในผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 55² การรักษาหลักของโรคมะเร็งในผู้สูงอายุประกอบด้วย การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา และการใช้ยาพุ่งเป้า³ โรคมะเร็งแต่ละชนิดและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการต่างๆ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาการที่พบในผู้สูงอายุขณะที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งที่พบประกอบด้วย ความปวด อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน อาการนอนไม่หลับ และภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นต้น⁴

ความปวดเป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าอัตราความชุกของความปวดจากมะเร็งหลังการรักษาร้อยละ 39.3 ระหว่างการรักษามะเร็งร้อยละ 55 ในโรคระยะลุกลาม หรือระยะสุดท้าย ร้อยละ 66.4 เนื่องจากความชุกของโรคมะเร็งสูงที่สุดในประชากรสูงอายุ ความปวดจากมะเร็งจึงเป็นปัญหาสำคัญในประชากรกลุ่มนี้⁵ และความปวดเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง⁶ การศึกษาพบว่ามียาหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ เช่น ความเสื่อมถอยของไตหรือตับ โรคร่วมอื่น ๆ และการใช้ยาผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายโรค จึงเสี่ยงต่อการใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุตอบสนองต่อการจัดการความปวดรักษาที่แตกต่างกันกับผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า⁷ การดูแลจัดการความปวดเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้การจัดการความปวดที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

การจัดการความปวดด้วยยาในผู้ป่วยมะเร็งโดยทั่วไปใช้หลักการตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ขั้นตอนโดยยาระเบรเทาความปวด 3 ขั้น (WHO analgesic ladder) เป็นหลักการที่มีความสอดคล้องกันระหว่างระดับความรุนแรงปวดของผู้ป่วยกับประสิทธิภาพของยาระเบรเทาความปวด⁸ ขั้นตอนโดยยาระเบรเทาความปวดสามระดับคือ: ขั้นที่ 1) ใช้ยาในกลุ่มไม่ใช่นูพีน (เช่น ยาในกลุ่ม NSAID และ acetaminophen); ขั้นที่ 2) ใช้ยาในกลุ่มนูพีนอ่อน (weak opioids) (เช่น tramadol) และ: ขั้นที่ 3) ใช้ยาในกลุ่มนูพีนที่มีฤทธิ์แรง (strong opioids) (เช่น มอร์ฟีน) จากนั้นกำหนดระดับความปวดของผู้ป่วยจากคะแนนความปวดที่มากที่สุดจากการประเมินด้วยมาตรวัด 10 ระดับ numeric rating scale (NRS 1-10) และกำหนดระดับความรุนแรงเป็นตัวเลขสามกลุ่มประกอบด้วย ความปวดเล็กน้อยเป็น 1 ความปวดปานกลางเป็น 2 และความปวดรุนแรงเป็น 3 ดังนี้; ความปวด 1 ถึง 3 (ความปวดเล็กน้อยเท่ากับ 1); ความปวด 4 ถึง 7 (ความปวดปานกลางเท่ากับ 2); และ ความปวด 8 ถึง 10 (ความปวดรุนแรงเท่ากับ 3)⁹

ดัชนีการจัดการความปวด (pain management index: PMI) พัฒนาโดย Cleeland และคณะในปี 1994⁹ ดัชนีการจัดการความปวดคำนวณโดยการลบระดับความปวดที่จัดเป็นสามกลุ่มออกจากระดับขั้นบันไดยาระเบรเทาความปวดที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ดัชนีการจัดการความปวดมีค่าตั้งแต่ -3 ถึง +3 โดย -3 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรง (3) แต่ไม่ได้รับยาระเบรเทาความปวด (0) +3 หมายถึง (ผู้ป่วยได้รับมอร์ฟีนหรือยาเทียบเท่า (3) และไม่มีอาการปวด (0) คะแนนดัชนีการจัดการความปวดติดลบซึ่งถึงยาระเบรเทาปวดไม่เพียงพอ และคะแนนดัชนีการจัดการความปวด 0 หรือสูงกว่าถือเป็นการรักษาที่ยอมรับได้ที่ผู้ป่วยได้รับยาระเบรเทาปวดที่เพียงพอ มีงานวิจัยที่ใช้ดัชนีการจัดการความปวดประเมินการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งยังได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอร้อยละ 20 ถึง 45¹⁰⁻¹² จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการความปวดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งของไทย พบว่ายังมีข้อจำกัดในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดเพียงพอในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งของไทยโดยเน้นเรื่องการจัดการความปวดด้วยยา อีกทั้งการจัดการความปวดในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศในเอเชีย การจัดการ



ความปวดยังมีอุปสรรคและไม่เหมาะสมเพียงพอ ดังนั้น งานวิจัยศึกษาชั้นนี้การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ โรคเมเร็งจึงมีความจำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลในพัฒนาแนวทางที่ส่งเสริมการจัดการความปวดด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุ โรคเมเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเมเร็งโดยใช้ดัชนีการจัดการความปวด (pain management index: PMI)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งที่มีประสบการณ์ความปวด

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งที่มีประสบการณ์ความปวด โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณจากประชากรผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งที่มารักษาในโรงพยาบาลเมเร็งอุบลราชธานีในปี 2565 จำนวน 540 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตร

$$n = \frac{NZ_{\frac{\alpha}{2}}^2 \sigma^2}{e^2 (N - 1) + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \sigma^2}$$

โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่สูงที่สุดที่ผู้วิจัยรับได้ กำหนด $e = .05$ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับผู้ป่วยจำนวน 220 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณลักษณะเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) เพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมเร็งและมีความปวด
- 3) ไม่มีความผิดปกติในการรับรู้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเมเร็งอุบลราชธานี เลขที่อนุมัติที่ EC 4/ 2565 วันที่อนุมัติ 18 ธันวาคม 2565 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในคนทุกประการ ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยก่อนเก็บข้อมูลการเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจ และมีสิทธิ์ออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่ส่งผลต่อการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วม ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อสกุลหรือที่อยู่ใดๆ ทั้งสิ้น โดยการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยมะเร็งและการรักษา จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ ระยะของมะเร็ง (staging) วันที่ถูกวินิจฉัย การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวด ประเมินด้วยเครื่องมือ Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย¹³ และได้รับอนุญาตจาก รศ.พญ.พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน ผู้แปลในฉบับภาษาไทยเพื่อใช้เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินระดับความรุนแรงความปวด (0 ไม่ปวดและ 10 ปวดมากที่สุด) และการรับรู้ความปวด ส่วนที่ 2 ผลกระทบของความปวด ต่อกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการดำเนินงานประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การนอนหลับ ความสุขในชีวิตประจำวัน (0 ไม่กระทบ 10 กระทบมากที่สุด) และส่วนที่ 3 การจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวด

คุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) วิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI (content validity index-CVI) รายข้อเครื่องมือทั้งหมดอยู่ระหว่าง .91-1.0 แบบสอบถามส่วนที่ 3 เครื่องมือ Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทยมีค่าความตรงของเนื้อหาจากต้นฉบับ ค่าความตรงเท่ากับ .84

ความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้จำนวน 220 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ดำเนินการดังนี้

1. ทีมผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการวิจัยและการขอเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยที่จัดเก็บไว้ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

2. ทีมผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเมื่อมารับการตรวจรักษาแพทย์ตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกและเข้าถึงผู้ป่วยหอผู้ป่วยใน ทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเองแนะนำตัวต่อผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือ หลังจากผู้ป่วยแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. หลังการนั้น ทีมผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยใน และสำหรับผู้ป่วยนอกเก็บข้อมูลขณะรอพบแพทย์ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)



ผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง จำนวน 220 ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.49 ± 6.58 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.18 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 78.18 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.36 ทำอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 41.82 มีรายได้ส่วนใหญ่ <10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 71.82 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 220)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) min = 60 max = 88 Mean = 68.49 SD = 6.58		
เพศ		
ชาย	59	26.81
หญิง	161	73.18
สถานภาพสมรส		
โสด	8	3.64
คู่	172	78.18
หย่า	9	4.09
หม้าย	31	14.09
ระดับการศึกษา		
ประถม	168	76.36
มัธยม	7	3.18
ปริญญาตรี	41	18.64
ปริญญาโท	4	1.82
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	29	13.18
แม่บ้าน / งานบ้าน	11	5.00
เกษียณอายุราชการ	41	18.64
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	37	16.82
รับจ้าง	8	3.64
เกษตรกรกรรม	92	41.82
พนักงานบริษัท / เอกชน	2	.91
รายได้ min = 600 max = 43,700 Median = 10,000 IQR = 10,500		
≤10,000 บาท	158	71.82
>10,000 บาท	62	28.18

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่หลากหลายตำแหน่ง ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.4) เป็นมะเร็งที่พบมากในสตรี ประกอบด้วยมะเร็งปากมดลูกและช่องคลอดร้อยละ 36.36 และมะเร็งเต้านมร้อยละ 15.00 รองลงมา เป็นมะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงร้อยละ 14.55 เกือบ 3 ใน 4 (ร้อยละ 72.5) เป็นมะเร็งระยะ 3 และ 4 โดยเป็นมะเร็งระยะ 3 ร้อยละ 45.54 และระยะ 4 ร้อยละ 26.83 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง (n = 220)

ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
มะเร็งสมอง	1	.45
มะเร็งต่อมไทรอยด์	2	.91
มะเร็งเต้านม	33	15.00
มะเร็งกล่องเสียง	7	3.18
มะเร็งหลอดอาหาร	5	2.27
มะเร็งกะเพาะอาหาร	1	.45
มะเร็งท่อน้ำดีและถุงทางเดินน้ำดี	2	.91
มะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	32	14.55
มะเร็งปากมดลูกและช่องคลอด	80	36.36
มะเร็งรังไข่	4	1.82
มะเร็งปอด	12	5.45
มะเร็งปาก/ ลิ้น/ ทอนซิล/ คอหอย/ สายเสียง	19	8.64
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	6	2.73
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	1	.45
มะเร็งตับอ่อน	1	.45
มะเร็งเยื่อหุ้มโพรงมดลูก	6	2.73
มะเร็งไขกระดูกมัลติโบลมา	1	.45
มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน / ผิวหนัง	1	.45
มะเร็งกระดูกสันหลัง	2	.91
มะเร็งโพรงจมูก	4	1.82
ระยะของมะเร็ง		
1	1	.45
2	60	27.27
3	100	45.45
4	59	26.82

กลุ่มตัวอย่างรายงานคะแนนความปวดมากที่สุด (worst pain) และน้อยที่สุดใน 24 ชม (least pain) เฉลี่ย 6.11 ± 1.33 และ 2.62 ± 1.00 ตามลำดับ และปวดขณะนี้ (present pain) เฉลี่ย 2.88 ± 1.26 จาก 10 คะแนน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด (n = 220)

ความปวด	Min	Max	Mean	SD
คะแนนความปวดมากที่สุดใน 24 ชม (worst pain)	3	10	6.11	1.33
คะแนนความปวดน้อยที่สุดใน 24 ชม (least pain)	0	8	2.62	1.00
คะแนนความปวดที่รู้สึกในขณะนี้ (present pain)	0	10	2.88	1.26

จัดกลุ่มระดับความปวด 3 กลุ่ม จากความปวดรุนแรงมากที่สุดใน 24 ชม (worst pain) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มระดับความปวด (n = 220)

ระดับความปวด	จำนวน	ร้อยละ
รุนแรง (8-10)	22	10.00
ปานกลาง (4-7)	193	87.73
เล็กน้อย (1 - 3)	5	2.27

การให้ยาบรรเทาความปวดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักบันได 3 ขั้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่ม non opioids (คะแนนระดับความปวด 1-3) ร้อยละ 69.5 และใช้ยาในกลุ่ม strong opioids (คะแนนระดับความปวด 8-10) ร้อยละ 5.9 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาระงับความปวด (n = 220)

ยาที่ใช้ระงับความปวด	จำนวน	ร้อยละ
ใช้ยากลุ่ม strong opioids	13	5.91
ใช้ยากลุ่ม weak opioids	54	24.55
ใช้ยากลุ่ม non opioids	152	69.09
ไม่ได้ใช้ยาแก้ปวด	1	.45

ยาบรรเทาความปวดที่ใช้ paracetamol ร้อยละ 84.1 รองลงมาคือ tramadol ร้อยละ 24.5 และพบการใช้ adjuvant drug ร้อยละ 1.8 ดังตาราง 6

ตารางที่ 6 ยาที่ใช้บรรเทาความปวดตามหลักบันไดสามขั้นขององค์การอนามัยโลก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 220)

ยาระดับความปวด	จำนวน	ร้อยละ
morphine	13	5.91
tramadol	54	24.55
codiset	6	2.73
paracetamol	185	84.09
brufen	3	1.36
diclofenac	10	4.55
muscle relaxant	9	4.09
celebrex	2	.91
gabapentin/pregabalin	4	1.82
adjuvant with strong opioids	2	.91
adjuvant with weak opioids	1	.45
adjuvant with non-opioids	1	.45



ดัชนีการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างมะเร็งทุกระยะ ส่วนใหญ่มีคะแนน -1 ถึง -2 ร้อยละ 71.8 ซึ่งหมายความว่าได้ยาไม่เพียงพอกับความปวด ได้รับบรรเทาความปวดเพียงร้อยละ 28.1

ดัชนีการจัดการความปวดที่ได้ยาเพียงพอกับความปวด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 ส่วนใหญ่มีคะแนนดัชนีการจัดการความปวด -1 ถึง -2 ร้อยละ 68.6 ซึ่งหมายความว่าได้ยาไม่เพียงพอกับความปวด มีเพียงร้อยละ 37.4 ที่ได้ยาเพียงพอในการบรรเทาความปวด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ดัชนีการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะและผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะระยะที่ 3-4

ดัชนีการจัดการความปวด (คะแนนบรรเทาความปวด - คะแนนระดับความรุนแรง ความปวด)	ผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ N = 220		ผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3 - 4 N = 159	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- 2 คะแนน (ยาไม่เพียงพอกับความปวด)	8	3.64	7	4.40
- 1 คะแนน (ยาไม่เพียงพอกับความปวด)	150	68.18	102	64.15
0 คะแนน (ยาเพียงพอกับความปวด)	54	24.55	43	27.04
1 คะแนน (ยาเพียงพอกับความปวด)	8	3.64	7	4.40

หมายเหตุ ความปวดระดับรุนแรง = 3 ; ความปวดระดับปานกลาง = 2 ; ความปวดระดับเล็กน้อย = 1

อภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นมะเร็งโดยใช้ดัชนีการจัดการความปวด (pain management index: PMI) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ความปวดมากที่สุดใน 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.7 และความปวดในปัจจุบันอยู่ในระดับเล็กน้อยสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ ตัวอย่างเช่นการศึกษาของ Brunello และคณะ¹⁴ และการศึกษาของ GolČić และคณะ^{7,14} และสอดคล้องการศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอมีความรุนแรงความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง¹⁵ ความปวดระดับรุนแรงพบร้อยละ 10 เนื่องจากโรงพยาบาลมะเร็งมีการจัดการความปวดที่เป็นระบบ มีคลินิกจัดการความปวด ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและมีการจัดการแบบองค์รวมประกอบด้วยยา ไม่ใช้ยา ในการจัดการความปวด ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความสำคัญ การจัดการความปวดโดยทั่วไปเป็นการใช้ยาประกอบด้วยการใช้ยาประกอบด้วยกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นและกลุ่มที่ไม่ใช่อนุพันธ์ฝิ่น เป็นไปการจัดการความปวดตามขั้นบันได (analgesic ladder) ขององค์การอนามัยโลก โดยมีหลักการคือ ความปวดเล็กน้อยให้เริ่มด้วยยา acetaminophen ความปวดปานกลาง ให้ยาในกลุ่ม weak opioid เช่น tramadol และ ความปวดรุนแรงมาก ให้ยาในกลุ่ม strong opioid เช่น morphine^{14,16} การจัดการความปวดด้วยยาในการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาบรรเทาความปวดส่วนใหญ่ใช้ยา ขั้นที่ 1 คือ ใช้ยาในกลุ่มไม่ใช่อนุพันธ์ฝิ่น (เช่น ยาในกลุ่ม NSAID และ acetaminophen) ร้อยละ 69.1 และ ขั้นที่ 2 ใช้ยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioids) (เช่น tramadol) ร้อยละ 24.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Morio และคณะ¹⁷ และ GolČić และคณะ⁷ การจัดการความปวดผู้สูงอายุโรคมะเร็งส่วนใหญ่เป็นยา paracetamol มีการใช้ยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นในปริมาณที่ต่ำในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง สำหรับการให้ยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น มีข้อคิดเห็นในการให้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เนื่องจากผลข้างเคียงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการกับความปวดและการเลือกให้ยาแก้ปวด แต่ระดับความปวดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางแม้จะใช้ยา

ใช้ยากลุ่มอนุพันธ์ในปริมาณที่น้อย

การประเมินความเพียงพอในการจัดการความปวดด้วยดัชนีการจัดการความปวด (PMI) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือร้อยละ 71.82 ได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอ และในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 68.55 มีคะแนนดัชนีการจัดการความปวดไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดปานกลางซึ่งได้ยาบรรเทาความปวดตามขั้นบันได ควรได้รับยากลุ่มอนุพันธ์ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioids) เช่น tramadol แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยา paracetamol ซึ่งเป็นยากลุ่ม non opioids มากที่สุด ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามหลักดัชนีการจัดการความปวด (PMI) จึงสรุปได้ว่าการจัดการความปวดด้วยยาไม่เพียงพอ ซึ่งแตกต่างจากการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งในต่างประเทศของ GolČić และคณะศึกษาในผู้สูงอายุมะเร็งและมีการจัดการความปวดด้วยยากลุ่มอนุพันธ์ร้อยละ 75–82⁷ สำหรับผลการศึกษาครั้งนี้ที่บ่งชี้ความรุนแรงของความปวดไม่ได้รับการจัดการที่เพียงพอ ทั้งนี้ อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยากลุ่มอนุพันธ์ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งปัจจัยจำกัดในการใช้ยาเหล่านี้ นำไปสู่การหยุดยากลุ่มอนุพันธ์ตั้งแต่เนิ่น ๆ และควบคุมความปวดด้วยยากลุ่ม non opioids จึงเป็นผลให้ประสิทธิภาพของยาบรรเทาความปวดไม่เพียงพอ ดังนั้นเพื่อให้บรรลุการจัดการความปวดที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงจำเป็นต้องลดทั้งความปวดและผลข้างเคียงของฝิ่นที่ใช้ในการควบคุมไปพร้อม ๆ กัน¹⁸ อย่างไรก็ตาม การประเมินความเพียงพอในการจัดการความปวดด้วยดัชนีการจัดการความปวด โดยประเมินจากการใช้ยาอย่างเดียวนั้น อาจจะไม่ครอบคลุมการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนอาจมีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง โดยเป็นระดับความปวดที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ แม้ว่า ดัชนีการจัดการความปวดระบุว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอด้วยยา ซึ่งการศึกษาครั้งต่อไปอาจต้องนำปัจจัยเหล่านี้เข้ามาศึกษาเพิ่มเติมด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในลำดับต่อไป

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัด การนำผลการวิจัยไปใช้ จึงควรพิจารณาดังต่อไปนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจงมีเกณฑ์คัดเข้าและเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในโรงพยาบาลแห่งเดียว ผลการศึกษานี้ อาจจะไม่สามารถอ้างอิงกับโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดกลุ่มอื่นได้

สรุป

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญผู้สูงอายุโรคมะเร็ง การจัดการความปวดด้วยยาเป็นหลักการที่ช่วยบรรเทาความปวดให้กับผู้ป่วย การประเมินความเพียงพอในการจัดการความปวดด้วยดัชนีการจัดการความปวดเป็นหลักเบื้องต้นที่ระบุความเพียงพอในการจัดการความปวดด้วยการใช้ยากลุ่มต่าง ๆ แม้ว่าการศึกษานี้พบว่าการจัดการความปวดไม่เพียงพอในร้อยละที่สูง แต่เนื่องจากการใช้ยาโดยเฉพาะยากลุ่มอนุพันธ์ช่วยจัดการความปวดในผู้สูงอายุต้องมีความรอบคอบเนื่องจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงการให้ยาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักได้รับอยู่ก่อนแล้วเนื่องจากมีโรคประจำตัวหลายโรค ดังนั้น การดูแลจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งอย่างเพียงพอจึงควรมีการศึกษาในเชิงลึกยิ่งขึ้นต่อไป เพื่อการดูแลจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมการจัดการความปวดด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งสามารถจัดการความปวดได้
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการส่งเสริม สนับสนุน การจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเนื่องจากยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยากกลุ่ม non- opioids แต่ยังคงมีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ศึกษาในโรงพยาบาลมะเร็งแห่งเดียว เพื่อศึกษาความชุกของการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งโดยใช้ PMI แม้ว่าข้อมูลนี้จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ แต่การวิจัยเพิ่มเติมในวงกว้างจำเป็นต้องศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายเพื่อทำความเข้าใจความชุกทั่วไปของการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งซึ่งมีความครอบคลุมและเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้

References

1. Carioli G, Malvezzi M, Bertuccio P, Hashim D, Waxman S, Negri E, et al. Cancer mortality in the elderly in 11 countries worldwide, 1970–2015. *Annals of Oncology*. 2019;30(8):1344–55.
2. Tanabodee J. The Cancer Burden in Elderly, Chonburi, 1998–2017. *Chonburi Hospital Journal*. 2023;48(1):21–5.
3. Colloca G, Tagliaferri L, Di Capua B, Gambacorta MA, Lanzotti V, Bellieni A, et al. Management of the elderly cancer patients complexity: the radiation oncology potential. *Aging and disease*. 2020;11(3):649–53.
4. Ward Sullivan C, Leutwyler H, Dunn LB, Miaskowski C. A review of the literature on symptom clusters in studies that included oncology patients receiving primary or adjuvant chemotherapy. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(3–4):516–45.
5. Neufeld NJ, Elnahal SM, Alvarez RH. Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future Oncology*. 2017;13(9):833–41.
6. Estape T. Cancer in the elderly: challenges and barriers. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2018;5(1):40–2.
7. Golčić M, Dobrila-Dintinjana R, Golčić G, Plavšić I, Gović-Golčić L, Belev B, et al. Should we treat pain in the elderly palliative care cancer patients differently? *Acta Clinica Croatica*. 2020;59(3):387–95.



8. Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO analgesic ladder. Florida: StatPearls Publishing, Treasure Island; 2023.
9. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *New England Journal of Medicine*. 1994;330(9):592-6.
10. Majedi H, Dehghani SS, Soleyman-Jahi S, Tafakhori A, Emami SA, Mireskandari M, et al. Assessment of factors predicting inadequate pain management in chronic pain patients. *Anesth Pain Med*. 2019;9(6):229-45.
11. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult cancer pain, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2019;17(8):977-1007.
12. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018;68(3):182-96.
13. Chaudakshetrin P. Validation of the Thai Version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in cancer patients. *J Med Assoc Thai*. 2009;92(1):34-40.
14. Brunello A, Ahcene-Djaballah S, Lettiero A, Tierno G, Fiduccia P, Guglieri I, et al. Prevalence of pain in patients with cancer aged 70 years or older: A prospective observational study. *Journal of Geriatric Oncology*. 2019;10(4):637-42.
15. Prasertsang A, Wirojratana V, Chayaput P, Keschool P, Comparisons of performance status, pain, nutrition impact symptoms, sleep quality, and nutritional status between adult and older adult patients with Head and Neck Cancer. *The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(3):160-70.
16. Pysz-Waberski D, Sadurska J, Kędzierska-Jamróz J, Pietrzyński Ł, Lorek A, Jarosz M, et al. Multidisciplinary management of chronic pain in elderly oncology patients. *Contemporary Oncology/ Współczesna Onkologia*. 2022;26(3):157-64.
17. Morio K, Maeda I, Yokota I, Niki K, Murata T, Matsumura Y, et al. Risk factors for polypharmacy in elderly patients with cancer pain. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2019;36(7):598-602.
18. Peng Z, Zhang Y, Guo J, Guo X, Feng Z. Patient-controlled intravenous analgesia for advanced cancer patients with pain: a retrospective series study. *Pain Research and Management*. 2018;6(3):216-20.



การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

Social Support and Health literacy to Demand for Medical Cannabis Use among Cancer Patients in the Eastern Economic Corridor: EEC

พรพรรณ ตันติปัญจพร¹ ลัดดาวัล ฟองค์ ธานี ขามชัย¹ รังสันต์ ไชยคำ¹

Pompansa Tantipanjanom¹ Laddawan Vonk¹ Thanee Khamchai¹ Rangsan Chaikham¹

¹การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

¹Nursing department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding author: Pompansa Tantipanjanom; Email: ppstanti@hotmail.com

Received: September 29, 2023 Revised: January 25, 2024 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

ในปัจจุบัน หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังมีความจำกัดทั้งในบุคลากรทางด้านสุขภาพและประชาชนทั่วไป การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ กับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ซึ่งได้รับการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก มีจำนวน 84 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี เคมีบำบัด การผ่าตัด และการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งมีคุณสมบัติอื่นตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 4 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ และ 4) แบบสอบถามความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Point Biserial Correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 44.05 ของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ส่วนอีกร้อยละ 55.95 ไม่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยการสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ($r_{pb} = .58$ $p < .05$ และ $r_{pb} = .22$ $p < .001$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพในการเลือกใช้กัญชาทางแพทย์ เพื่อการพัฒนาแบบการพยาบาลทางเลือกโดยใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์; ความรอบรู้ทางสุขภาพ; เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก; การสนับสนุนทางสังคม



Social Support and Health literacy to Demand for Medical Cannabis Use among Cancer Patients in the Eastern Economic Corridor: EEC

Pompansa Tantipanajom¹ Laddawan Vonk¹ Thanee Khamchai¹ Rangsana Chaikham¹

¹Nursing department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding author: Pompansa Tantipanajom; Email: ppstanti@hotmail.com

Received: September 29, 2023 **Revised:** January 25, 2024 **Accepted:** February 29, 2024

Abstract

Presently, evidence of medical cannabis use is limited for both health personnel and the general public. This descriptive study aimed to examine correlations between social support, health literacy, and demand for medical cannabis use among cancer patients. The participants were 84 patients with cancer received radiotherapy, chemotherapy, surgery, or palliative care. These patients were in the Eastern Economic Corridor (EEC). The patients met inclusion criteria were recruited by convenience sampling. Data were collected by four questionnaires to assess 1) Personal information 2) Social support 3) Health literacy and 4) Demand for medical cannabis use among cancer patients. Data were analyzed to examine the correlations by using Point Biserial Correlation. The results revealed that 44.05 % of the participants reported the demand for medical cannabis use, while 55.95 % of them reported no demand for medical cannabis use. It was also found that social support and health literacy were significantly correlated with the demand for medical cannabis use ($r_{pb} = .58, p < .05$ and $r_{pb} = .22, p < .001$, respectively). According to the results of this study, it can be concluded that nurses should pay attention to the demand for medical cannabis use in patients with cancer. In addition, they should consider promoting the correlated factors such as social support and health literacy in order to develop alternative interventions to improve quality of life for the patients with cancer, especially those in palliative care.

Keywords: medical cannabis; social support; Eastern Economic Corridor; health literacy;



ความเป็นมาและความสำคัญ

แนวโน้มการเกิดโรคมะเร็งในปัจจุบันมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญ ของทุกประเทศทั่วโลก มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีเป็นโรงพยาบาลหลัก ในสังกัดกรมการแพทย์ ที่ให้การดูแลรักษาด้านโรคมะเร็งให้กับผู้ป่วยพื้นที่ภาคตะวันออกครอบคลุมรวมถึงพื้นที่เขต พัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor-EEC) ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา จากสถิติผู้รับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งพบว่าผู้ป่วยรายใหม่โรคมะเร็งจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2561-2563 เท่ากับ 2,834 3,001 และ 3,134 รายตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสูงสุดได้แก่ ผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา² เนื่องจากมะเร็งสามารถเจริญและแพร่กระจายได้ทุกส่วนของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้ รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมาตรฐานการรักษา ผู้ป่วยมะเร็ง ในแผนปัจจุบัน คือ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และ การใช้รังสีรักษา และการรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกันรวมทั้งศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในกรณีที่แพทย์แผนปัจจุบันให้ความเห็นชอบ อาการจากโรคและผลข้างเคียงจากรักษาที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อาการ ปวด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรม ในการแสวงหาวิธีการดูแลรักษาตนเอง พยายามแสวงหาสิ่งที่จะสามารถรักษาเยียวยาตนเองให้หายขาดได้หรือรักษา อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากรักษา ผู้ป่วยมะเร็งจึงมีแนวโน้มที่จะหันไปพึ่งความช่วยเหลือของการแพทย์ ทางเลือกเสริมร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน³

กัญชาทางการแพทย์ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก ที่มีการนำมาประยุกต์ใช้เพิ่มมากขึ้น ในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาทางการแพทย์มีข้อมูลที่สนับสนุนว่า กัญชาสามารถใช้ในการลดอาการข้างเคียงจากการ รักษา มะเร็งหรือใช้รักษาทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ จึงมีการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์อย่างถูกกฎหมายในหลาย ประเทศรวมทั้งประเทศไทยที่ผลักดันให้มีการเปิดเสรีให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาโรค⁴ กรมการแพทย์ใน ฐานะกรมวิชาการได้จัดทำคู่มือและเผยแพร่คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อลดภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษาและรักษายาก ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วย โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนักตัวน้อย และการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁵ แม้ว่าจะมีการนำกัญชามาใช้ ในทางการแพทย์มากขึ้นแต่เนื่องจากในอดีตผลของการรักษาด้วยกัญชาที่มีความไม่แน่นอนทั้งนี้เนื่องมาจากสารออกฤทธิ์ ด้วยน้ำมันกัญชาแต่ละสูตรมีปริมาณไม่คงที่เพราะวิธีการสกัดและวัตถุดิบที่แตกต่างกันไป รวมถึงอาการข้างเคียงที่เกิด จากการใช้กัญชา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในการใช้กัญชาทางการแพทย์แม้จะมีการแก้กฎหมายให้นำกัญชามาใช้ได้ ในทางการแพทย์แล้ว แต่สถิติการใช้ในสถานบริการภาครัฐยังมีน้อยมาก⁶⁻⁷

แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าการที่ผู้เข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ยังไม่มากพอนั้นไม่อาจสรุปได้ว่าผู้ป่วย ไม่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยเมื่อศึกษาทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์พบว่าบุคคลเป็นสิ่งมีชีวิต ที่มีความต้องการขจัดความเจ็บป่วยและต้องการรักษาความสมดุลของร่างกายหรือเรียกว่าความต้องการทางกายภาพ (physiological needs) ซึ่งเป็นความต้องการลำดับแรกและเป็นพื้นฐานของชีวิต⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมโดย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการความรู้ในระดับสูง ต้องการทราบข้อมูลความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับผลข้าง เคียง/ภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา การป้องกันและการจัดการอาการข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อน นั้นเพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม⁹ จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการที่จะขจัดความเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งความสมดุล ของร่างกายผู้ป่วยมีความต้องการความรู้หรือต้องการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในตนเอง และสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกการรักษาของตนเองได้ การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเหลือ

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ การที่บุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคม บุคคลจะเกิดการรับรู้ว่าได้ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ¹⁰ การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนที่จะช่วยเสริมทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹¹ อีกทั้งแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการได้รับการสนับสนุน พบว่า แหล่งข้อมูลที่สำคัญ คือ บุคลากรด้านสุขภาพเป็นลำดับแรกโดยต้องการข้อมูลจาก แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอื่น ๆ รองลงมาคือ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ⁹ นอกจากการสนับสนุนทางสังคมแล้วยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์¹² จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ามามีส่วนช่วยในการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วย โดย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพและสามารถ เข้าใจ ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสุขภาพที่จำเป็นเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และตัดสินใจ ด้านสุขภาพ ที่เหมาะสม¹³ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อันตราย การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการใช้กัญชาทางการแพทย์¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาของนันท์นิตี แก้วศรี¹⁵ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเลือกการรักษาด้วยตนเองโดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นผู้แนะนำให้ใช้กัญชา สอดคล้องกับศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติมก่อนตัดสินใจใช้กัญชาทางการแพทย์¹⁶

ด้วยความความสำคัญที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า กัญชาทางการแพทย์เป็นการรักษาทางเลือกสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็ง การสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีผลต่อการตัดสินใจใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทราบคำตอบว่า “ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกเป็นอย่างไร” คำตอบที่ได้รับจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

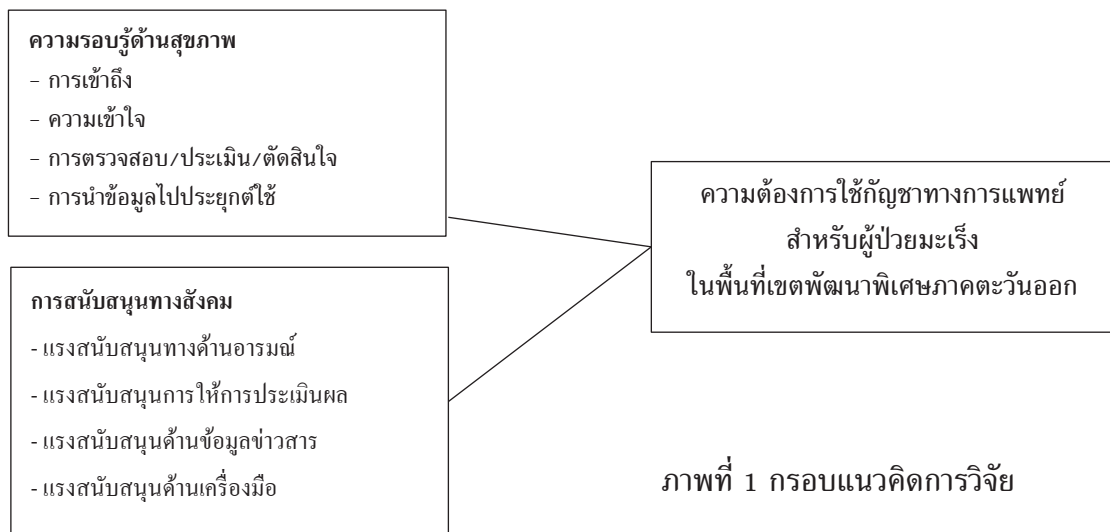
1. เพื่อศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และ ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่เขตพัฒนา พิเศษภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพกับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดของการวิจัยโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์¹⁷ ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของโซเรนเซน¹⁸ อันจะส่งผลต่อความต้องการตามทฤษฎีความต้องการของ มาสโลว์⁸ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนในด้านการช่วยเหลือ ด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้แสดงออกทางพฤติกรรมที่ผู้รับต้องการซึ่งประกอบไปด้วย 4 ด้าน ดังนี้คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนการให้การประเมินผล 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ



ร่วมกับ แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถ (competency โดยรวมเรื่องแรงจูงใจและความรู้เข้าใจ) วัดจาก 4 องค์ประกอบคือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตรวจสอบ/ประเมิน/ตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ อาจจะส่งผลต่อความต้องการของบุคคลซึ่งจัดแบ่งได้เป็น 5 ระดับเรียงจากจากต่ำไปหาสูง 1) ความต้องการทางกายภาพ (physiological needs) 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (safety or security needs) 3) ความต้องการทางสังคม (love and belonging) 4) ความต้องการได้รับการยกย่องสรรเสริญใน สังคม (esteem needs) และ 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (self-actualization needs) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพกับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อาศัยอยู่ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก 3 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทราที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีหรือการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด และ/หรือการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรโคเฮน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .5 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .8 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .3 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยการสุ่มตามสะดวก (convenience sampling) เก็บข้อมูลระหว่าง 13 พฤษภาคม 2565 ถึง 1 ตุลาคม 2565 โดยมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี เคมีบำบัด การผ่าตัด และการดูแลแบบประคับประคอง 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) สื่อสารรู้เรื่องและเข้าใจด้วยภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยินหรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ 5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบจิต



ประสาท 6) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สมัครใจให้ข้อมูล หรือมีอาการแทรกซ้อนอาจจะเป็นอันตราย หรือเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จะทำการคัดออกและหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์มาทดแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เขตที่อยู่อาศัย สิทธิการรักษาพยาบาล สถานะทางสุขภาพ ชนิดของมะเร็งที่เป็น ระยะของโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง วิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ผลการรักษาด้วยวิธีการแผนปัจจุบัน ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจรายการ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิดที่ให้เติมข้อความลงไปในช่วงว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง²¹ จำนวน 20 ข้อประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุดโดยมีความหมายของแต่ละคะแนนดังนี้

มากที่สุด	คิดเป็น	5	คะแนน
มาก	คิดเป็น	4	คะแนน
ปานกลาง	คิดเป็น	3	คะแนน
น้อย	คิดเป็น	2	คะแนน
น้อยที่สุด	คิดเป็น	1	คะแนน

การแปลผล คะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละของคะแนน	คะแนนรวม
ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	20-59
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79	60-79
ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	80-100

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านการใช้กฎหมายทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง²¹ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ ได้แก่ ง่ายมาก ง่าย ยาก ยากมาก จำนวน 47 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามในเรื่องการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การตัดสินใจและประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูล ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีความหมายของแต่ละคะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก			ข้อคำถามเชิงลบ		
ง่ายมาก	4	คะแนน	1	คะแนน	
ง่าย	3	คะแนน	2	คะแนน	
ยาก	2	คะแนน	3	คะแนน	
ยากมาก	1	คะแนน	4	คะแนน	



การแปลผล คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวม ผู้วิจัยจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยอ้างอิงจากโซเรนเซน¹⁸ ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละของคะแนนรวม	คะแนนรวม
ไม่เพียงพอ	ร้อยละ 0-50	47-94 คะแนน
เป็นปัญหา	ร้อยละ 51-65	95-124 คะแนน
เพียงพอ	ร้อยละ 66-84	125-158 คะแนน
เป็นเลิศ	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	159-188 คะแนน

สำหรับการแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายด้าน ประยุกต์ตามแบบวัด HLS-EU-Q4718 ผู้วิจัยจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ (ข้อคำถามข้อที่ 1-13) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลคะแนนและแบ่งระดับคะแนนทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล	ร้อยละของคะแนน	คะแนนรวม
ไม่เพียงพอ	ร้อยละ 0-50	13-26 คะแนน
เป็นปัญหา	ร้อยละ 51-65	27-34 คะแนน
เพียงพอ	ร้อยละ 66-84	35-44 คะแนน
เป็นเลิศ	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	45-52 คะแนน

2) ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ (ข้อคำถามข้อที่ 14-24) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลคะแนนและแบ่งระดับคะแนนทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูล	ร้อยละของคะแนน	คะแนนรวม
ไม่เพียงพอ	ร้อยละ 0-50	11-22 คะแนน
เป็นปัญหา	ร้อยละ 51-65	23-29 คะแนน
เพียงพอ	ร้อยละ 66-84	30-37 คะแนน
เป็นเลิศ	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	38-44 คะแนน

3) ทักษะด้านการตัดสินใจและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ (ข้อคำถามข้อที่ 25-36) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลคะแนนและแบ่งระดับคะแนนทักษะด้านการตัดสินใจและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ทักษะด้านการตัดสินใจและประเมินข้อมูล	ร้อยละของคะแนนรวม	คะแนนรวม
ไม่เพียงพอ	ร้อยละ 0-50	12-24 คะแนน
เป็นปัญหา	ร้อยละ 51-65	25-32 คะแนน
เพียงพอ	ร้อยละ 66-84	33-40 คะแนน
เป็นเลิศ	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	41-48 คะแนน

4) ทักษะด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ (ข้อคำถามข้อที่ 37-47) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลคะแนนและแบ่งระดับ



คะแนนทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเมเร็ง ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ทักษะด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล	ร้อยละของคะแนนรวม	คะแนนรวม
ไม่เพียงพอ	ร้อยละ 0-50	11-22 คะแนน
เป็นปัญหา	ร้อยละ 51-65	23-29 คะแนน
เพียงพอ	ร้อยละ 66-84	30-37 คะแนน
เป็นเลิศ	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	38-44 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเมเร็ง และการได้รับข้อมูลหรือนโยบายเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 8 ข้อ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย เหตุผลในการต้องใช้กัญชาทางการแพทย์จำนวน 6 ข้อ และเหตุผลที่ไม่ต้องการใช้กัญชาจำนวน 2 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด (ใช่และไม่ใช่) ให้ผู้ป่วยตอบโดยเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

การตรวจสอบคุณภาพการวิจัย

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยหาความเชื่อมั่น (reliability) นำไปใช้กับผู้ป่วยเมเร็งที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเมเร็ง และความรอบรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเมเร็ง มีค่า Cronbach Alpha Coefficient เท่ากับ .90 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเมเร็งชลบุรี รหัสโครงการ 002 / 2565 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เมื่อได้รับความยินยอมเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอในภาพรวม เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลโดยเครื่องทำลายเอกสาร เมื่อพ้นระยะเวลาเก็บข้อมูล จะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานดังนี้

1. อธิบายปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยและค่าร้อยละ
2. อธิบายระดับความรู้ทางสุขภาพกับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพและความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยใช้ สถิติ Point Biserial Correlation

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 54.8) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.60 ($M=47.78$, $SD=10.86$) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา หรือ ป.1-6 คิดเป็นร้อยละ 41.7 สถานภาพสมรส/อยู่เป็นคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.1 กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี ระยอง และ ฉะเชิงเทราจำนวนเท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 33.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.90 สถานะด้านการเงินส่วนใหญ่



พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 50 ใช้สิทธิการรักษาสิทธิบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.80 และมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 53.57 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 28.8 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมคิดเป็นร้อยละ 20.23 ทราบระยะของโรคคิดเป็นร้อยละ 59.52 โดยระยะของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 38.00 วิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการฉายรังสี รองลงมาคือเคมีบำบัด และการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100, 80.95 และ 32.14 ตามลำดับ ผลการรักษาส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษา คิดเป็นร้อยละ 77.6

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม ตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 62.88$, $SD = 13.23$) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดรายด้านเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 23.19$, $SD = 6.57$) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินเปรียบเทียบ ($M = 14.89$, $SD = 3.34$) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($M = 12.96$, $SD = 2.05$) และอันดับสุดท้ายคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ ($M = 11.83$, $SD = 4.53$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 84$)

ข้อคำถามประเมินจากการการสนับสนุนทางสังคม	M	SD	ระดับ	อันดับ
การสนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์)	12.96	2.05	-	3
การสนับสนุนทางสังคม (ด้านการประเมินเปรียบเทียบ)	14.89	3.34	-	2
การสนับสนุนทางสังคม (ด้านข้อมูลข่าวสาร)	23.19	6.57	-	1
การสนับสนุนทางสังคม (ด้านเครื่องมือ)	11.83	4.53	-	4
รวม	62.88	13.23	ปานกลาง	

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับเพียงพอ โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลมากที่สุดอยู่ในระดับเพียงพอ ($M = 4.92$, $SD = 4.95$) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความคิดเห็นและอันดับของความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ($N = 84$)

ข้อคำถามประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์	M	SD	ระดับ	อันดับ
1. การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	31.34	8.76	เป็นปัญหา	2
2. การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	29.51	6.15	ไม่เพียงพอ	4
3. การตัดสินใจและการประเมินค่าเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	29.64	6.12	ไม่เพียงพอ	3
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	34.92	4.95	เพียงพอ	1
ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง (โดยรวม)	125.4	20.74	เพียงพอ	



ส่วนที่ 4 ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น การได้รับข้อมูลหรือนโยบายเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ พร้อมเหตุผลการเลือกใช้หรือไม่เลือกใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่ระบุเหตุผลไม่มั่นใจผลการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์พบว่า ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์เมื่อได้รับข้อมูลที่เพียงพอจนรู้สึกมั่นใจผลของการใช้กัญชาทางการแพทย์ดังแสดงในตารางที่3 และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r_{pb} = .58$, $p < .05$; $r_{pb} = .22$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่4

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละข้อมูลความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์

ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์		กลุ่มตัวอย่าง	
		จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านเคยได้รับข้อมูลหรือนโยบายเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์หรือไม่	ไม่เคย	43	51.2
	เคย (ระบุแหล่ง)		
	โทรทัศน์	41	48.8
	อินเทอร์เน็ต	25	60.1
	บุคคลใกล้ชิด เช่น สมาชิกใน ครอบครัว	19	46.3
	บุคลากรทางด้านสุขภาพแผนปัจจุบัน	19	46.3
	สิ่งพิมพ์ (เช่น นิตยสาร หนังสือพิมพ์)	12	29.3
	แพทย์แผนไทย	6	14.6
	วิทยุ	4	9.7
	วิทยุ	3	7.3
2. ปัจจุบันท่านต้องการให้กัญชาทางการแพทย์หรือไม่	ต้องการใช้	37	44.05
	ไม่ต้องการใช้	47	55.95
3. หากต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ท่านจะตัดสินใจใช้เมื่อไร	เริ่มใช้ทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็ง	15	40.54
	หลังจากเริ่มมีอาการข้างเคียงจากการรักษาแผนปัจจุบัน	7	18.91
	หลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการแผนปัจจุบันจนครบตามแผน	14	37.83
	เมื่อได้รับข้อมูลที่เพียงพอจนรู้สึกมั่นใจผลของการใช้	32	86.48
	เมื่อสภาพจิตใจพร้อม	5	13.51
4. หากต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ จะใช้อย่างไร	ใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเดียว	4	10.81
	ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยวิธีการรักษาแผนปัจจุบัน	34	91.89
5. หากต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ท่านคาดหวังผลอย่างไร	รักษาโรคมะเร็งให้หายขาด	22	59.45
	บรรเทาอาการของโรคมะเร็ง	17	50.00
	บรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาแผนปัจจุบัน	9	24.32
	กลับมามีสุขภาพแข็งแรงเหมือนเดิม	23	62.16
6. หากต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ท่านจะขอรับจากหน่วยงานใด	คลินิกกัญชาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ	30	81.08
	สถานพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	7	18.91
	คลินิกเอกชน	0	0
	โรงพยาบาลเอกชน	0	0



ความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์		กลุ่มตัวอย่าง	
		จำนวน	ร้อยละ
7. หากต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ท่านคิดว่าจะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มหรือไม่	ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	23	62.16
	เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	12	32.43
	ค่ายากัญชาทางการแพทย์	12	32.43
	ค่าเดินทางไปรับยากัญชาทางการแพทย์	7	18.91
	ค่าที่พักขณะเดินทางไปรับยากัญชาทางการแพทย์	4	10.81
8. หากไม่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ระบุเหตุผล)	ค่าอาหารขณะเดินทางไปรับยากัญชาทางการแพทย์	6	16.21
	ไม่ต้องการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	14	29.78
	กลัวเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้กัญชาทางการแพทย์	25	53.19
	ไม่มั่นใจผลการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์	27	57.44
	เชื่อมั่นวิธีการรักษาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว	17	36.17
	ต้องการรับการรักษาด้วยแผนปัจจุบันจนครบก่อน	19	40.42
	จึงจะตัดสินใจใหม่อีกครั้ง		
9. หากไม่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในอนาคตจะตัดสินใจใช้หรือไม่	ไม่ใช้กัญชาทางการแพทย์	2	4.25
	ใช้กัญชาทางการแพทย์	4	8.15
	ไม่แน่ใจ	41	87.23

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้กัญชาทางการแพทย์	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rpb)
การสนับสนุนทางสังคม	.58**
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	.22*

*p<.05 **p<.01

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งการอภิปรายผลออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

1) ความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.95 ไม่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่ระบุเหตุผลไม่มั่นใจผลการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.04 ที่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ต้องการใช้เมื่อได้รับข้อมูลที่เพียงพอจนรู้สึกมั่นใจผลของการใช้กัญชาทางการแพทย์ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจต่อผลของกัญชาทางการแพทย์ อาจเป็นผลเนื่องมาจากข้อมูลทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และโทษของกัญชาและการใช้กัญชาทางการแพทย์อาจมีผลข้างเคียงในระยะยาวและยังไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้ชัดเจนทำให้ประชาชนเกิดความสับสนในการตัดสินใจเลือกใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์⁹ แม้จะมีการแก้กฎหมายให้นำกัญชามาใช้ได้ในทางการแพทย์แล้ว แต่สถิติการใช้ในสถานบริการภาครัฐยังมีน้อยมาก⁷ อีกทั้งผลของการรักษาด้วยกัญชามีความไม่แน่นอนทั้งนี้เนื่องจากสารออกฤทธิ์ด้วยน้ำมันกัญชาแต่ละสูตรมีปริมาณไม่คงที่ รวมถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้กัญชาทำให้เกิดความไม่มั่นใจต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเหตุผลที่ไม่ใช้กัญชา ได้แก่ ไม่เชื่อในประสิทธิผลของกัญชา กลัวอันตรายจาก

ฤทธิ์ของัญชา อีกทั้งมีความยุ่งยากในการใช้การเข้าถึงบริการมีความยุ่งยากเนื่องจากต้องรับจากโรงพยาบาลเท่านั้น¹² เช่นเดียวกับการศึกษาของขวัญชนก เทพปิ่น²⁰ ได้ศึกษาเรื่องการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยในประชากรกลุ่มตัวอย่างผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการหรือผลิตภัณฑ์แพทย์แผนไทย ได้แก่ การได้รับข้อมูล สิ่งชักนำที่ดึงดูดการตัดสินใจ และการรับรู้ถึงคุณภาพที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ การได้รับการกระตุ้นเตือนหรือคำแนะนำจากบุคคลอื่น²¹ แหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง คือ บุคลากรด้านสุขภาพเป็นลำดับแรกโดยต้องการข้อมูลจาก แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอื่นๆ รองลงมาคือ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ⁹ การศึกษาของนันท์นิตี แก้วศรี¹⁵ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเองโดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นผู้แนะนำให้ใช้กัญชาทางการแพทย์จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นจะเห็นได้ว่า หากต้องการส่งเสริมให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์โดยแหล่งข้อมูลที่สำคัญคือการให้ข้อมูลโดยบุคลากรเฉพาะทางด้านมะเร็งซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงข้อดีข้อเสียและประโยชน์ที่จะได้รับจนเกิดมั่นใจต่อการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์แล้วจะส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วยตนเอง

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ กล่าวคือว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์²² สอดคล้องกับงานวิจัยการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดผลการวิจัยพบว่า แหล่งข้อมูล/ แหล่งสนับสนุน ที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ แพทย์และพยาบาลรองลงมาคือครอบครัว/ ญาติ และ ประสบการณ์จากผู้ป่วยอื่น¹² การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับเป็นปัญหา ด้านการตัดสินใจ และการประเมินค่า และด้านการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต้องการใช้เมื่อได้รับข้อมูลที่เพียงพอจนรู้สึกมั่นใจผลของการรักษาและในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการใช้สารสกัดกัญชาเนื่องจากไม่มั่นใจผล การรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ กล่าวคือความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ ระดับของบุคคล ประชาชน ที่ได้รับหรือเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพและสามารถเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ บริการสุขภาพที่จำเป็นเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และตัดสินใจ ด้านสุขภาพ ที่เหมาะสม¹³ ผลการศึกษาโดยอลงกรณ์ เรืองสุขกุลและคณะ²³ พบว่าปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความต้องการการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ จำเป็นอย่างยิ่งในการผลักดันส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์เนื่องจากไม่มั่นใจใจในผลการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์และกลัวเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้กัญชาและในกลุ่มที่ต้องการใช้กัญชาจะใช้ต่อเมื่อได้รับข้อมูลที่เพียงพอจนรู้สึกมั่นใจผลของการใช้กัญชาทางการแพทย์และการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และการนำไปใช้ให้ผู้ป่วยมะเร็งให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงาน 2)



พัฒนาศักยภาพแก่นบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มีความเชี่ยวชาญในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และการนำไปใช้ให้กับบุคลากรและภาคีเครือข่ายในเครือข่ายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

References

1. Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2021 [Internet]. 2021 [Cited 2 January 2022]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/9127>. (in Thai)
2. Medical Digital Division Chonburi Cancer Hospital. Hospital-based cancer registry [Internet]. 2021 [cite 16 Jan 2022]; 22; 1–104. Available from: <http://www.ccc.in.th/apps/registry/index.php/academic/work/hospital-base>. (in Thai)
3. Thaneerat T. Medical Cannabis: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine [Internet]. 2022 [cited 14 May 2022]. Available from <https://thaicam.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2021/03/medical-cannabis.pdf> (in Thai)
4. Deputy Director, Bureau of Policy and Strategy. STATISTICAL THAILAND 2016 [Internet]. 2016 [Cited 20 January 2022]. Available from: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/18956/20527.pdf. (in Thai)
5. Srisubat A, Thanasittichai S. Cannabis and modern medicine. Journal of the Department of Medical Services 2019;44(6):5–8. (in Thai)
6. Worathanarat T. Medical policy case study: situation, impacts, management approaches and Policy recommendations for Thailand [Internet]. 2022 [Cited 20 January 2022]. Available from: <https://cads.in.th/cads/media/upload/1593403557>. (in Thai)
7. Manager Online. Anutin Charnvirakul Saied “Ordering ‘cannabis’ for just one month, with only 80 bottles, the doctor may still be hesitant to prescribe it.” [Internet]. 2019 [cited 17 March 2022]. Available from: <https://mgronline.com/qol/detail/9620000089630>. (In Thai)
8. Nanthachai B, Sriphirom K. Communication styles between medical operators health and terminally ill patients in the context of Thailand and abroad. Suratthani Rajabhat Journal 2020;7(1):233–60. (in Thai).
9. Yodying T. The need for knowledge and support of metastatic cancer patients receiving chemotherapy. [PhD Thesis]. Pathum thani: Rangsit University. 2019. (in Thai).
10. Thammakrang R. An application of health belief model and social support for cervical cancer screening among women aged 30 –60 years who had never been screened. Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University 2014;1(5):19–29. (in Thai).
11. Poohavee P. Relationships between basic conditioning factors, health promoting behaviors, social support and quality of life in breast cancer patient receiving chemotherapy at daycare centre Udonthani Hospital. Udonthani Hospital Medical Journal 2018;26(3):144–52. (in Thai).



12. Panwichian K. Factors associated with cannabis usage on behavioral level for medical benefits of the people. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi 2020;3(1):31-42. (in Thai).
13. Tanasugarn C. Health literacy: lessons learned from international experience to the Thailand context. Journal of Public Health 2018; 48(1):1-4. (In Thai).
14. Areerat P. Knowledge and the health beliefs about the medical use of marijuana among Ayutthaya Province hospital clients 2021;14(2):1-12. (in Thai).
15. Kaewsri N. Factors related to marijuana use of cancer patients receiving services at the outpatient department of Phatthalung Hospital. Journal of Primary Care and Family Medicine 2021;4(3):92-106. (in Thai).
16. Rakpanich W, Panomai N, Laohasiriwong W. Determinants of intention to use medical cannabis among people in the Northeast of Thailand. Indian Journal of Public Health Research & Development 2020;11(7):1570-95.
17. House J S, Umberson D K, R Landis. Work stress and social support. Addison-Wesley Pub. Co. Reading Mass;1981.
18. Sorensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(80): 1-13
19. Ketsomboon P. Medical Marijuana for Family Medicine Physicians. Journal of Primary Care and Family Medicine 2020; 3(1):13-20. (in Thai).
20. Theppan K, Suwanpong N, Howtheerakul N, Thipayamongkolkul M. The decision to use Thai traditional medicine services of people who use services at general hospitals, Ratchaburi province. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017.28(2):80-92. (in Thai).
21. Poonthananiwatkul B, Phuengphon J, Boonruen S, Yodkong W, Chomphuthawat N, Chaemta P. Factors that affect decision making. Selected use of medical marijuana by Thai traditional medicine service recipients in selected hospitals. Journal of Health Research and Innovation 2022;5(1):47-61. (in Thai).
22. McTaggart Cowan H, Bentley C, Raymakers A, Metcalfe R, Hawley P, Peacock S. Understanding cancer survivors' reasons to medicate with cannabis: A qualitative study based on the theory of planned behavior. Cancer Medicine 2021; 10(1):396-404. (in Thai).
23. Sukrueangkul A, Panomai N, Laohasiriwong W, Sakphisutthikul C, Phimha S. Factors influencing demand for medical cannabis use among cancer patients in the north of Thailand. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2022; 23(1):319-325.



ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
แบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อความรู้ ความมั่นใจในการพยาบาลทารก
ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

**Impact of Multimedia about Nursing Care for Infant Received Non-Invasive
Respiratory Support on Knowledge, Confidence, and Satisfaction of Nursing Students**

อลิษา ขุนแก้ว¹ เสน่ห์ ขุนแก้ว¹ วรวุฒิ แสงทอง² อนัญญา คูอาริยะกุล¹

Alisa Khunkaew¹ Saneh Khunkaew¹ Worawut Saengthong² Ananya Kooariyakul¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Worawut Saengthong; Email: worawutsaengthong@gmail.com

Received: September 29, 2023 Revised: November 30, 2023 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤติ มีความเสี่ยงอย่างมาก ดังนั้น สื่อการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของสื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อความรู้และความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกด้วยการสุ่มแบบกลุ่ม ที่ฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 จำนวน 48 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 24 ราย ซึ่งได้รับเอกสารอ่านประกอบและคู่มือฝึกภาคปฏิบัติ ก่อนเข้ากิจกรรมเตรียมความพร้อมตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง 24 ราย ได้รับเอกสารอ่านประกอบ คู่มือฝึกภาคปฏิบัติ และสื่อมัลติมีเดียเพิ่มเติมก่อนเข้ากิจกรรมเตรียมความพร้อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วย paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาล ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสื่อมัลติมีเดียมีส่วนช่วยเสริมความรู้และเพิ่มความมั่นใจให้กับนักศึกษาในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วย ซึ่งอาจช่วยลดความผิดพลาดจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในสถานการณ์จริงได้

คำสำคัญ: การพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ; ความมั่นใจ; ความรู้; สื่อมัลติมีเดีย



Impact of Multimedia about Nursing Care for Infant Received Non-Invasive Respiratory Support on Knowledge, Confidence, and Satisfaction of Nursing Students

Alisa Khunkaew¹ Saneh Khunkaew¹ Worawut Saengthong² Ananya Kooariyakul¹

¹Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Worawut Saengthong; Email: worawutsaengthong@gmail.com

Received: September 29, 2023 **Revised:** November 30, 2023 **Accepted:** February 29, 2024

Abstract

Nursing care provided by nursing students to infant patients in a critical condition may lead to a great deal of risks. Therefore, teaching materials to prepare the students can be very helpful. This quasi-experimental study employed two-group pretest-posttest design to assess the effects of multimedia intervention on nursing students' knowledge and confidence in caring for infants received non-invasive mechanical ventilation (NIV) without intubation. Participants were selected using cluster random sampling from the students enrolled in Child and Adolescent Nursing Practice II. The total participants consisted of 48 students divided into two groups. The control group of 24 students received supplementary reading materials and a practical training manual as usual preparation activities, while the experimental group of 24 students received the same documents and additional multimedia materials for their preparation activities. Data were analyzed by inferential statistics, including paired t-test to examine the differences of mean scores within groups, and independent t-test to examine the differences of mean scores between groups. The results demonstrated that both the experimental and control groups showed the significantly improved mean scores of knowledge and confidence in nursing practice for infants on NIV without intubation after the preparation activities. Concerning the effect of the multimedia material, it was found that the experimental group displayed the significantly higher mean scores of knowledge and confidence compared to the control group. These findings suggest that the multimedia material can enhance knowledge and increase confidence among nursing students during their practical preparation to provide nursing care for infants on NIV without intubation. This may help reduce errors from nursing students' practice in real situations.

Keywords: nursing care for infant receiving non-invasive respiratory support; confidence; knowledge; multimedia



ความเป็นมาและความสำคัญ

การใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือแบบไม่รุกราน (non-invasive respiratory support) เป็นแนวทางการรักษาทารกที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ ที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน¹ ช่วยให้ทารกได้รับการช่วยหายใจด้วยการใช้แรงดันบวก (positive airway pressure) สามารถลดการเกิดการบาดเจ็บของเนื้อปอดทารกได้ดีกว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Mechanical Ventilator (MV) ที่ต้องใช้ผ่านท่อช่วยหายใจ เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากการใส่ท่อช่วยหายใจ² เป็นการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทางจมูก ผ่านทาง nasal prongs ที่ใส่เข้าทางรูจมูกโดยตรง หรือ nasal mask ที่ครอบไว้บริเวณจมูก แรงดันทำหน้าที่ช่วยให้ถุงลมปอดของทารกคงรูปอยู่ได้ ช่วยให้การขยายตัวของปอดทารกดีขึ้น และช่วยลดแรงในการหายใจของทารก³ ช่วยส่งเสริมการขยายตัวของปอด สามารถช่วยให้ทารกอาการดีขึ้นได้ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ต้องมีการสอดใส่ท่อช่วยหายใจ⁴ การช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นรูปแบบการใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีหลากหลายวิธี มีการทำงานที่ซับซ้อน และมีรายละเอียดในการดูแลที่จำเพาะ จึงมักเกิดปัญหาที่สามารถพบได้บ่อยได้แก่ การสูญเสียแรงดัน (loss of PIP) ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 30 สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ และการเลือกขนาดของ nasal prong ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย⁵ การเกิดแผลกดทับที่บริเวณจมูกซึ่งพบได้ร้อยละ 33.3 ในทารกที่ใช้ nasal mask⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านทาง nasal mask และ nasal prong มักพบปัญหาท้องอืด เนื่องจากแรงดันบวกที่เข้าสู่ทางเดินหายใจมีผลทำให้เกิดการเปิดของฝาปิดกล่องเสียง (epiglottis) อาจทำให้มีลมเข้าสู่กระเพาะอาหารของทารก จึงทำให้ทารกมีโอกาสเกิดอาการท้องอืดตามมา การรวมตัวของไอน้ำในสายออกซิเจนที่เข้าสู่จมูกผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการล้าหรือติดเชื้อในทางเดินหายใจได้^{4,7}

นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารก การจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนที่จะฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย รวมถึงสามารถช่วยให้นักศึกษาได้รู้จักและคุ้นเคยกับอุปกรณ์ ลดความตื่นเต้น ความวิตกกังวล และช่วยสร้างความมั่นใจให้กับนักศึกษาในการให้การพยาบาลเด็กที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพในขณะที่ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย⁸⁻¹⁰

การเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ มีจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 (พย 1309) เป็นวิชาฝึกปฏิบัติในการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นจากสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ที่นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของทารกแรกเกิดและผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนในระยะเฉียบพลัน วิกฤต เรื้อรัง และระยะสุดท้าย โดยนักศึกษาจะได้ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจเป็นส่วนใหญ่ และได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ จากผลการประเมินรายวิชาพบว่านักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลหอผู้ป่วยทารกวิกฤตเป็นครั้งแรกและต้องดูแลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นอุปกรณ์การให้ออกซิเจนและช่วยหายใจที่แปลกใหม่ ทำให้นักศึกษากลับมาขาดความมั่นใจในการให้การพยาบาลทารก อาจทำให้เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ และการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติ¹¹ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาเป็น การจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อม ให้กับนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ซึ่งเป็นการเรียนในชั้นเรียนและการสาธิตกลุ่มใหญ่ ทำให้ผู้เรียนไม่เกิดความเข้าใจ ขาดความมั่นใจในประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติได้¹²

สื่อมัลติมีเดียเป็นสื่อการเรียนการสอนที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสื่อที่มีองค์ประกอบครบทั้งภาพและเสียง ไม่ว่าจะเป็นภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียงบรรยาย หรือเสียงประกอบอื่นๆที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้

เห็นภาพและเสียงที่เหมือนกับสถานการณ์จริง¹³ ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้ดีขึ้นที่จะช่วยกระตุ้นและเชื่อมโยงและจัดระบบความจำ รวมถึงสามารถสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่แปลกใหม่และทันสมัยให้แก่ผู้เรียนได้¹⁰ ด้วยความต้องการและความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียน นักศึกษาอาจต้องใช้เวลาและวิธีการเรียนรู้และการสร้างความเข้าใจในเนื้อหาที่แตกต่างกัน การเปิดโอกาสหรือทางเลือกในการเรียนรู้ที่ตรงตามความถนัดและความสะดวกในการเข้าถึง จะเป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้¹⁴⁻¹⁵ นอกจากนี้ยังสามารถบันทึกเก็บไว้ได้ในอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าถึงได้ง่าย และสามารถเลือกดูได้ทุกที่และทุกเวลาตามที่ต้องการ ดังผลการศึกษาคำถามใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนต่อความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ พบว่า สื่อมัลติมีเดียช่วยเพิ่มความเข้าใจแก่นักศึกษา ทำให้สามารถเชื่อมโยงสู่การพัฒนาทักษะการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้⁶ เช่นเดียวกับการนำสื่อมัลติมีเดียช่วยสอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในนักศึกษาพยาบาลพบว่า สื่อมัลติมีเดียช่วยให้นักศึกษามีความเข้าใจ มีการรับรู้ทางบวก และมีส่วนช่วยให้การเรียนรู้ดีขึ้น¹⁷

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าสื่อมัลติมีเดียเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้ ที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้ เสริมสร้างความมั่นใจ ในการเรียนการสอนในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมถึงพัฒนาทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในนักศึกษาพยาบาลอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ^{9,18-20} แต่สื่อที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลทารกใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจมีจำกัด ที่พบส่วนใหญ่เป็นสื่อเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่และการพยาบาลเด็กที่ได้รับออกซิเจนแบบทั่วไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยพัฒนาการเรียนรู้ให้นักศึกษามีความรู้และมีความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ คะแนนความรู้และ คะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ คะแนนความรู้และ คะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนแบบปกติ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจ

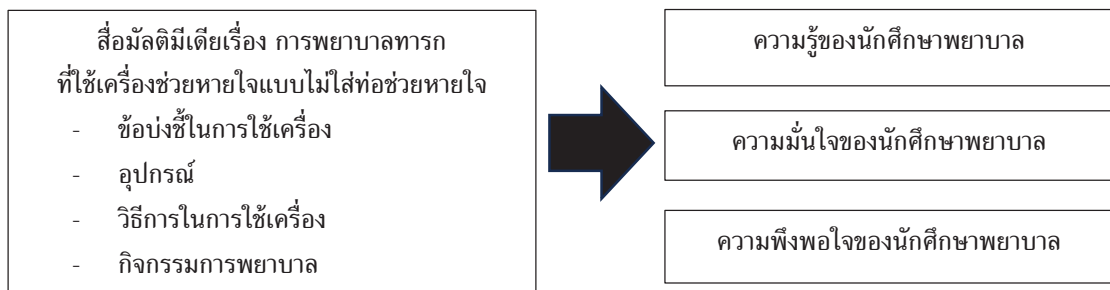
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจของกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนแบบปกติหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนแบบปกติ



กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดีย (cognitive theory of multimedia learning) ของเมเยอร์²¹ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย การเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดีย เป็นวิธีการเรียนการสอนแบบใหม่ที่แตกต่างจากเดิม ช่วยพัฒนากระบวนการคิด ก่อให้เกิดความเข้าใจ ผ่านทางการมองเห็น ซึ่งมีทั้งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียงประกอบ เกิดการเชื่อมโยงการประมวลผลและจัดระบบในหน่วยความจำภายในสมอง และทำการผนวกความรู้ที่เข้ากับความรู้อยู่เดิม ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และจดจำได้ดีขึ้น ผนวกกับความคิดของบุคคลสามารถพัฒนาได้ในระดับที่สูงขึ้น ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม¹² (Bloom taxonomy) เมื่อผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดีย จะเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการฝึกประสบการณ์ และมีความมั่นใจ (self-confidence) มากขึ้น ในสื่อมัลติมีเดียมีการบรรยายประกอบภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว การสาธิตในสถานการณ์ และการใช้อุปกรณ์จริง ที่ช่วยกระตุ้นความสนใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนเกิดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มความพึงพอใจต่อมัลติมีเดีย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตปีการศึกษา 2564 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 134 คน ฝึกปฏิบัติในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเมษายน พ.ศ. 2565 ซึ่งถูกแบ่งตามแผนการฝึกภาคปฏิบัติของหลักสูตร ออกเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 24 คน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 14 คน 1 กลุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี ที่ทำการเลือกมาจากการสุ่มอย่างง่ายด้วยการสุ่มจากกลุ่ม (cluster random sampling) ตามแผนภาคปฏิบัติด้วยวิธีการจับสลากโดยไม่ใส่คืนได้มาจำนวน 2 กลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสุ่มโดยการจับสลากจาก 2 กลุ่มที่ได้มาอีกครั้งโดยกำหนดให้กลุ่มที่จับสลากได้ครั้งแรกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่เหลือคือกลุ่มทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างที่ฝึกปฏิบัติในช่วงเดือนมกราคม 2565 จำนวน 24 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างที่ฝึก

ปฏิบัติตามในช่วงเดือนมีนาคม 2565 จำนวน 24 ราย เป็นกลุ่มทดลอง รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

1) สามารถใช้แอปพลิเคชัน Google-suit ผ่านอุปกรณ์การสื่อสาร โทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ที่สามารถเข้าถึงแอปพลิเคชัน Google-suit ได้

2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

น.ศที่มีปัญหาสุขภาพ/ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโครงการ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจาก G* Power โดยคำนวณค่าอิทธิพลจากงานวิจัย ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์แบบมีปฏิสัมพันธ์เรื่องการทำคลอดต่อความรู้ความมั่นใจ ทักษะปฏิบัติการทำคลอด และความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต22 ได้คำนวณค่าอิทธิพลเท่ากับ 1.27 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 9 ราย ซึ่งมีผลต่อการเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล อาจส่งผลให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือน้อยลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .823 โดยใช้ Test family: t tests, Statistical tests Means: Difference between two independent means (two groups) กำหนดค่า Effect size $d=.8$, α error probably $=.05$, Power $(1 - \beta$ error probably) $=.8$, Allocation ratio $N2/N1=1$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ สื่อมัลติมีเดียเรื่อง “การพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ” มีความยาว 23 นาที ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับ ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ วิธีการและอุปกรณ์ประกอบการใช้ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ วิธีปฏิบัติในการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจแก่ทารก กิจกรรมการพยาบาลทารกในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และบทสรุป ผู้วิจัยได้นำเนื้อหาสาระ (script content) ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกทารกในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกทารกวิกฤต 1 ท่าน จากนั้นนำเนื้อหาไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และหลังจากพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรียบร้อยแล้วได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ประสิทธิภาพการใช้สื่อมัลติมีเดีย ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (check list)

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบ 4 คำตอบ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูกจะได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้จากการคำนวณหาอัตราภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยโดยการแบ่งระดับคะแนน เป็น 3 ระดับ



คำนวณจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/3 สามารถแบ่งช่วงคะแนนได้ดังนี้ 0-5 คะแนน หมายถึง มีความรู้น้อย 6-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ปานกลาง และ 11-15 คะแนน หมายถึง มีความรู้มาก²⁴

3) แบบประเมินความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจที่ผู้วิจัยพัฒนาจากวัตถุประสงค์การเรียนรู้และการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 12 ข้อลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนสูงสุด 60 คะแนน ต่ำสุด 12 คะแนน การแปลผลคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้จากการคำนวณหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยโดยการแบ่งระดับคะแนน เป็น 3 ระดับ คำนวณจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/3 สามารถแบ่งช่วงคะแนนได้ดังนี้ 12-27 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจอยู่ในระดับต่ำ 28-44 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจในระดับ ปานกลาง และ 45-60 คะแนน มีความมั่นใจในระดับสูง²⁴

4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดีย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนสูงสุด 75 คะแนน ต่ำสุด 15 คะแนน การแปลผลความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดีย ได้จากการคำนวณหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยโดยการแบ่งระดับคะแนน เป็น 3 ระดับ คำนวณจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/3 สามารถแบ่งช่วงคะแนนได้ดังนี้ 15-34 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ 35-54 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับ ปานกลาง และ 55-75 คะแนน มีความพึงพอใจในระดับสูง²⁴

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ แบบประเมินความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดีย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลทารกทารกในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ท่าน พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกทารกวิกฤต 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (The Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจได้เท่ากับ 1 ทุกข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามรายข้อ (I-CVI)²³ ของแบบประเมินความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดีย อยู่ระหว่าง .66 – 1.00 ในส่วนข้อที่มีค่าน้อยกว่า .8 ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ (S-CVI)²³ ของแบบประเมินความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดีย ได้เท่ากับ .97 และ .98 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ แบบประเมินความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดีย ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มที่ต้องการศึกษา จำนวน 20 รายโดยไม่นำมานับเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีค่าดัชนีความยาก (p) อยู่ระหว่าง .35-.65 ค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง .2-.5⁹ หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน²⁵ (Kuder-Richardson Coefficient) ได้เท่ากับ .78 และหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่อง

ช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดีย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการวิจัยเลขที่ UPHO REC No.019/64 ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงสิทธิในการยุติเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการเรียนรู้และสามารถเรียนรู้ได้ตามปกติ โดยข้อมูลจะถูกปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มทดลองได้รับสื่อมัลติมีเดียก่อนฝึกปฏิบัติเตรียมความพร้อมในห้องฝึกปฏิบัติการ 1 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมเตรียมความพร้อมแล้วกลุ่มควบคุมได้รับสื่อมัลติมีเดียก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤตจริง ประชากรกลุ่มที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับสื่อหลังจากที่การทดลองเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ดังนี้

1. ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความรู้และความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจพร้อมกันทั้ง 48 คน ในวันปฐมนิเทศรายวิชา
2. กลุ่มควบคุมฝึกปฏิบัติในช่วงเดือนมกราคม 2565 จำนวน 24 คน ได้รับเอกสารอ่านประกอบเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และคู่มือฝึกภาคปฏิบัติ ก่อนเข้ากิจกรรมเตรียมความพร้อม 1 สัปดาห์ในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติจริงแบ่งนักศึกษาออกเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 คน นักศึกษาได้หมุนเวียนฝึกปฏิบัติ 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเตรียมยาและการบริหารยาในเด็ก 2) การให้นมทางสายยางในทารก 3) การดูแลทารกที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน เป็นระยะเวลา 1 วัน หลังจากเสร็จกิจกรรมเตรียมความพร้อม นักศึกษาได้รับการประเมินความรู้และความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจอีกครั้งพร้อมกันทั้ง 24 คน หลังจากนั้นนักศึกษาได้รับไฟล์สื่อมัลติมีเดียเรื่อง การพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผ่านทาง Google Classroom เพื่อให้นักศึกษาสามารถศึกษาและทบทวนได้ตลอดระยะเวลาที่ฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต
3. กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติในช่วงเดือนมีนาคม 2565 จำนวน 24 คน ได้รับเอกสารและแบ่งกลุ่มย่อยเหมือนกลุ่มควบคุม มีการหมุนเวียนฝึกปฏิบัติ 3 กิจกรรมในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติจริง เช่นเดียวกัน ต่างกันคือได้รับไฟล์สื่อมัลติมีเดียเรื่อง การพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ออนไลน์ ผ่านทาง Google Classroom และสามารถโหลดเป็นไฟล์เพื่อดูแบบออฟไลน์ได้ให้นักศึกษาเรียนรู้ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนการเข้ากิจกรรมเตรียมความพร้อม โดยสามารถดูได้ไม่จำกัดเวลาและจำนวนครั้ง หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมเตรียมความพร้อม นักศึกษาได้รับการประเมินความรู้และความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจอีกครั้งพร้อมกันทั้ง 24 คน
4. นักศึกษาประเมินความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียหลังจากเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและความพึงพอใจต่อสื่อมวลชนมีเดีย เรื่อง การพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติอ้างอิง paired t-test ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (Test of Normality) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติอ้างอิง Independent t-test ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (Test of Normality) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 21 ปี กลุ่มทดลองมีเกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย คือ 2.99 และ 3.00 แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 24)	กลุ่มควบคุม (n = 24)	p
เพศ			.728*
ชาย (จำนวน (ร้อยละ))	3 ± 12.5	2 ± 8.33	
หญิง (จำนวน (ร้อยละ))	21 ± 87.5	22 ± 91.67	
อายุ $\bar{X} \pm SD$	21.04 ± 0.69	21.08 ± 0.65	.831**
เกรดเฉลี่ยสะสม $\bar{X} \pm SD$	2.99 ± 0.38	3.00 ± 0.31	.918**

*Fisher's exact test, **t-test

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับสื่อมวลชนมีเดีย เรื่อง การพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมแบบปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองทั้งสองกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังทดลอง ($n = 48$)

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t	p
		$\bar{X} \pm SD$ (ระดับ)	$\bar{X} \pm SD$ (ระดับ)		
ทดลอง ($n = 24$)	ความรู้	8.50 ± 1.35 (ปานกลาง)	11.96 ± 1.23 (สูง)	15.37	.000*
	ความมั่นใจ	31.21 ± 1.44 (ปานกลาง)	51.83 ± 2.16 (สูง)	46.28	.000*
ควบคุม ($n = 24$)	ความรู้	8.00 ± 1.22 (ปานกลาง)	8.92 ± 1.02 (ปานกลาง)	3.33	.000*
	ความมั่นใจ	31.38 ± 1.44 (ปานกลาง)	42.00 ± 2.99 (ปานกลาง)	19.88	.000*

*** $p < .001$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมใส่ท่อช่วยหายใจก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความมั่นใจก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มทดลองหลังใช้สื่อมัลติมีเดีย เรื่อง การพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมใส่ท่อช่วยหายใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมใส่ท่อช่วยหายใจก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 48$)

ตัวแปร	ระยะ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
ความรู้	ก่อนทดลอง	8.50 ± 1.35	8.00 ± 1.22	1.35	.092
	หลังทดลอง	11.96 ± 1.23	8.92 ± 1.02	9.32	.000*
ความมั่นใจ	ก่อนทดลอง	31.21 ± 1.44	31.38 ± 1.44	3.33	.35
	หลังทดลอง	51.83 ± 2.16	42.00 ± 2.99	13.05	.000*

*** $p < .001$

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมใส่ท่อช่วยหายใจ

ระดับคะแนนความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 48 ราย มีความพึงพอใจในระดับสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 60 – 73 คะแนน มีค่าเฉลี่ยกับ 68.90 ± 4.37



ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (n = 48)

ความพึงพอใจ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n = 24)	68.59 $\pm$ 4.10	สูง
กลุ่มควบคุม (n = 24)	68.83 $\pm$ 4.72	สูง
รวม (n = 48)	68.90 $\pm$ 4.37	สูง

อภิปรายผล

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อความรู้ ความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้และความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหลังทดลองทั้ง 2 กลุ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 อธิบายได้ว่า หลังจากผู้เรียนได้ใช้สื่อมัลติมีเดียในการศึกษาด้วยตนเองก่อนเข้าร่วมเตรียมความพร้อมตามการเรียนการสอนแบบปกติ โดยที่สื่อเป็นตัวช่วยกระตุ้นและดึงดูดความสนใจให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เกิดการจดจำมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ตามบริบทของนักศึกษาในปัจจุบัน²⁶ อันเนื่องมาจาก การที่สื่อมีการออกแบบผสมผสานทั้งภาพ เสียง มีการสาธิตและจำลองสถานการณ์รวมถึงอุปกรณ์ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย ให้นักศึกษาได้เรียนรู้ถึงความรู้พื้นฐาน กระบวนการขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติอย่างเป็นลำดับ ให้นักศึกษาได้เห็นภาพ และมีคำอธิบายที่ชัดเจน ทำให้นักศึกษาได้มองเห็นวิธีการปฏิบัติที่ยังไม่เคยเห็นและไม่มีประสบการณ์มาก่อน อีกทั้งยังช่วยให้นักศึกษาได้ทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองไปในตัว เนื่องจากสื่อมัลติมีเดียเป็นสื่อที่นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้และความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนแบบปกติ การใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ จากผลการวิจัยนี้พบว่า ภายหลังการใช้สื่อมัลติมีเดีย ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษาได้ใช้สื่อมัลติมีเดียที่มีทั้งภาพและเสียงประกอบคำบรรยาย รวมถึงมีการนำเสนอการสาธิตขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติในการให้การพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้นักศึกษาได้มองเห็นภาพและได้ยินเสียง ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้สมองมีการเชื่อมโยงและประมวลผล เกิดการจดจำเนื้อหาจากสิ่งที่ได้เห็นและได้ยินได้ดีมากกว่าการอ่านจากตัวหนังสือเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับแนวคิดของเมเยอร์²¹ เกี่ยวกับการเรียนการสอนผ่านสื่อมัลติมีเดีย ที่สามารถพัฒนากระบวนการคิด ส่งเสริมความเข้าใจ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และจดจำได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของชินจิตร จันท์สว่างและคณะ¹⁷ พบว่า หลังจากใช้สื่อมัลติมีเดียช่วยสอนเรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมากขึ้นในทุกด้าน และการศึกษาของ มาณี นาคณาคุปต์ และพิโลวรรณ ใจชื่น²²

พบว่าหลังนักศึกษาได้รับสื่อวีดิทัศน์การทำคลอดทั้งแบบมีปฏิสัมพันธ์และแบบสื่อสารทางเดียว นักศึกษามีคะแนนความรู้และความมั่นใจเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับสื่อ การนำสื่อมัลติมีเดียมาใช้ในการเรียนการสอน นอกจากจะสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้และความเข้าใจในเนื้อหาแล้ว ยังสามารถช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาลมากขึ้น ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม¹² เกี่ยวกับการพัฒนาระดับการเรียนรู้ของผู้เรียนที่เริ่มต้นจากระดับรูจำ เข้าใจ นำไปใช้วิเคราะห์ และการประเมินค่า ซึ่งนักศึกษากลุ่มทดลองที่ใช้สื่อมัลติมีเดียที่ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ให้ผู้เรียนจดจำและเข้าใจในเนื้อหา ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจที่จะนำไปสู่การพัฒนาในระดับการนำไปใช้ สอดคล้องกับผลการศึกษากาการใช้สื่อมัลติมีเดียของนักศึกษาพยาบาลในพบว่า สามารถเพิ่มความรู้และความมั่นใจได้^{8-9,16,20} ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการเรียนการสอนแบบปกติอาจไม่เพียงพอในการพัฒนาระดับการเรียนรู้ของผู้เรียนให้สูงขึ้น ดังนั้นสื่อมัลติมีเดียเป็นวิธีหนึ่งในการพัฒนาระดับการเรียนรู้ของผู้เรียนให้เกิดทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจต่อไป

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจ พบว่านักศึกษาพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ได้ใช้สื่อมัลติมีเดียก่อนเข้ากิจกรรมเตรียมความพร้อม และกลุ่มควบคุมที่ได้ใช้สื่อภายหลังเข้ากิจกรรมเตรียมความพร้อม มีระดับคะแนนความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องการพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไมล์ท่อช่วยหายใจในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศิริเจริญวงศ์ และคณะ⁹ ศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ ต่อความรู้ ความมั่นใจและความพึงพอใจ เพื่อเตรียมนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกประสบการณ์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนโดยสื่อวีดิทัศน์มากกว่าการสอนแบบสาธิต อธิบายได้ว่า สื่อมัลติมีเดียมีความน่าสนใจ มีทั้งภาพและเสียง อีกทั้งยังช่วยให้นักศึกษาได้ทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองไปในตัว นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่สามารถเรียนรู้ได้ตามที่ต้องการ เปิดซ้ำ หรือหยุดได้หากไม่เข้าใจหรือเรียนไม่ทัน

ข้อเสนอแนะ

ควรนำสื่อมัลติมีเดียมาใช้เป็นสื่อเสริมในการเรียนการสอน เพื่อช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจกับนักศึกษา ก่อนฝึกภาคปฏิบัติ

ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เป็นการประเมินแบบ repeated measure เพื่อความคงที่ของผลลัพธ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนการวิจัย และขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน ที่ช่วยให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี



References

1. Sweet DG, Carnielli VP, Greisen G, Hallman M, Klebermass-Schrehof K, Ozek E, Te Pas A, Plavka R, Roehr CC, Saugstad OD, Simeoni U, Speer CP, Vento M, Visser GHA, & Halliday HL. (2023). European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. *Neonatology*. 2023 Mar 7;120(1):3–23.
2. Schreiber MD, Marks JD. Noninvasive Ventilation in the Premature Newborn—Is Less Always More?. *New England Journal of Medicine*. 2017 Jul 27;377(4):386–8.
3. Boel L, Hixson T, Brown L, Sage J, Kotecha S, Chakraborty M. Non-invasive respiratory support in preterm infants. *Pediatric respiratory reviews*. 2022 Sep 1;43:53–9.
4. Guay JM, Carvi D, Raines DA, Luce WA. Care of the Neonate on Nasal Continuous Positive Airway Pressure: A Bedside Guide. *Neonatal Network*. 2018;37(1):24–32.
5. Iyer NP, Chatburn R. Evaluation of a nasal cannula in noninvasive ventilation using a lung simulator. *Respiratory Care*. 2015;60(4):508–12.
6. Bashir T, Murki S, Kiran S, Reddy VK, Oleti TP. Nasal mask in comparison with nasal prongs or rotation of nasal mask with nasal prongs reduce the incidence of nasal injury in preterm neonates supported on nasal continuous positive airway pressure (nCPAP): A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2019;14(1): e0211476.
7. Esmaeilnia T, Nayeri F, Taheritafti R, Shariat M, Moghimpour-Bijani F. Comparison of complications and efficacy of NIPPV and nasal CPAP in preterm infants with RDS. *Iran Journal Pediatric*. 2016;26(2).
8. Pumanee T, Suwannawat J, Buatchum K, Nukaew O, Suwanchinda P, Worrasinara P. Effect of Instructional Video for Mental Status Examination Collaborate with Case-Based Learning on Knowledge, Self-efficacy, and Satisfaction in Psychiatric Practice among Undergraduate Nursing Students. *J Res Nurs-Midwifery Health Sci*. 2023;43(1):67–79. (in Thai)
9. Siricharoenwong K, Mataputana M, Sawangjid S, Pidjatee C. Development and effectiveness of video media to knowledge, self-confidence and satisfaction of nursing students in preparation for children and adolescence care practicum experience. *J Health Nurs Res J Boromarajonani Coll Nurs Bangk*. 2021 Apr 9;37(1):218–29. (in Thai)
10. Raksatham S, Wattanachai P, Noothong J. The development of video lesson on oxygen therapy in children for nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. *J Health Nurs Res J Boromarajonani Coll Nurs Bangk*. 2019;35(3):185–98. (in Thai)
11. Boromarajonani College of Nursing Uttaradit. Field experience specification child and adolescent nursing practicum II. Boromarajonani College of Nursing Uttaradit: Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; 2021 Jul. (in Thai)
12. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. *Taxonomy of educational objectives*. New York: Longmans, Green; 1964.



13. Nonthamand N. Interactive videos with open learning in the 21st century. *Journal of Education Student Chulalongkorn University*. 2018;46(4):211–27. (in Thai)
14. Álvarez Rammos E, Heredia Ponce H, Romero Oliva MF. La Generación Z y las Redes Sociales. Una visión desde los adolescentes en España. *Espacios*. 2019;20(40):1–3.
15. Danulada Jamjulee. Learning design for Gen Z learners [Internet]. 1st ed. Bangkok: Graduate school, Srinakharinwirot university; Available from: <http://www.curriculumandlearning.com> (in Thai)
16. Kidhathong S, Tonkuriman A. Effectiveness of using multimedia as co-teaching on nursing students' knowledge and skills regarding the therapeutic relationships and communication. *Nursing Journal of The Ministry Public Health*. 2022;32(1):14–26. (in Thai)
17. Junsawang C, Jittivadhna K, Luealamai S, Pookboonmee R. Multimedia-aided instruction in teaching basic life support to undergraduate nursing students. Vol. 43, *Advanced Physiology Education Journal*. 2019. p. 300–5.
18. Liu L, Li J, Yuan S, Wang T, Chu F, Lu X, Hu J, Wang C, Yan B, Wang L. Evaluating the effectiveness of a preclinical practice of tooth preparation using digital training system: A randomised controlled trial. *European Journal of Dental Education*. 2018 Nov;22(4):e679–86.
19. Yang Y, Cheng G, Xing X, Li Z, Zhang W. Application of a multimedia-supported manikin system for preclinical dental training. *BMC Med Educ*. 2022 Sep 27;22(1):693.
20. Noinam S, Kittipimpanon K, Kraithaworn P, Tongvichean T. The Effectiveness of video media about diabetic foot assessment on knowledge, self-confidence, and satisfaction of nursing students. *Nursing Research and Innovation Journal*. 2021 Dec 24;27(3):402–14. (in Thai)
21. Mayer RE. *The Cambridge handbook of multimedia learning*. Cambridge university press; 2005.
22. Nakanakupt M, Jaichaun P. Impact of interactive delivery-demonstration video on undergraduate nursing students' knowledge, confidence, delivery skills, and satisfaction with the video. *Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2022;37(02). (in Thai)
23. Polit D, Beck C. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
24. Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research-eBook: building an evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences; 2010.
25. Laothong N. *Developing of educational research instrument*. Bangkok: Chulalongkorn University Print; 2016. (in Thai)
26. Ornlao S, Wattana S, Apinyalungkon K, jaradrattanapaiboon Y. Effects of a case-based learning on clinical decision making among nursing students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 9(1):69–80. (in Thai)



การประเมินผลโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR”¹

Evaluation of the Project to Develop Skills in Emergency First Aid and Basic Resuscitation for 10 Million People “10 Million Thais Join Together CPR”¹

ไพรินทร์ พัสตุ² สุปราณี พลธนะ³ เกษราวัลณ์ นิลวารังกูร⁴

Pairin Patsadu², Supraanee Pholthana³ Kessrawan Nilvarangkul⁴

²สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ³วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ⁴คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

²Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing ³Royal Thai Navy College of Nursing

⁴Faculty of Nursing Chiang Rai Rajabhat University

¹งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

¹The reasrch granted from National Institute for Emergency Medicine

Corresponding author: Pairin Patsadu; Email: Pairin.p@stin.ac.th

Received: September 29, 2023 Revised: February 21, 2024 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานนอกโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างมากต่อการช่วยชีวิตผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) ตามรูปแบบ CIPPIEST model มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ซึ่งจัดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ได้รับการอบรมจำนวน 200 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบประเมินผลการดำเนินงานโครงการฯ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจ และ (4) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพได้รับการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผลการดำเนินงานโครงการฯ ทั้งภาพรวมและรายด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 (SD=.50) ด้านบริบทโครงการฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.78 (SD=.42) ด้านปัจจัยนำเข้าโครงการฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (SD=.53) และด้านกระบวนการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 (SD=.56) หลังการอบรม ผู้เข้ารับการอบรม ร้อยละ 100 มีความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยของทักษะการกู้ชีพเท่ากับ 93.14 คะแนน (SD=2.41) นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพยังสนับสนุนว่าผู้ผ่านการอบรมมีความรู้และทักษะด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่สามารถให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นได้จริงเมื่อประสบสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดให้กับประชาชนที่สนใจภายใต้ศูนย์การเรียนรู้ที่จัดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าผู้ผ่านการอบรมจากโครงการฯ มีความรู้และความมั่นใจในการปฐมพยาบาลและกู้ชีพขั้นพื้นฐาน รวมทั้งมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นได้ ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ สามารถเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตและลดความพิการแก่ผู้ประสบภัย

คำสำคัญ: การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน; ทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉิน; ประเมินผลโครงการ



Evaluation of the Project to Develop Skills in Emergency First Aid and Basic Resuscitation for 10 Million people “10 Million Thais Join Together CPR”¹

Pairin Patsadu² Supranee Pholthana³ Kessrawan Nilvarangkul⁴

²Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing ³Royal Thai Navy College of Nursing

⁴Faculty of Nursing Chiang Rai Rajabhat University

¹The research granted from National Institute for Emergency Medicine

Corresponding author: Pairin Patsadu; Email: Pairin.p@stin.ac.th

Received: September 29, 2023 Revised: February 21, 2024 Accepted: February 29, 2024

Abstract

Emergency first aid and basic resuscitation outside of hospitals are crucial for saving lives of those facing with life-threatening emergency situations. This study is an evaluation research using the CIPPIEST model as a framework. The objective was to evaluate the project to develop skills in emergency first aid and basic resuscitation for 10 million people “10 Million Thais Join Together in CPR” organized by National Institute of Emergency Medicine. The participants consisted of 200 people who had completed the training of this project. The research tools included (1) a questionnaire to assess general information, (2) project performance evaluation form, (3) a questionnaire to assess satisfaction, and (4) in-depth interview questions. Quantitative Data were analyzed by descriptive statistics, and qualitative data were analyzed by content analysis. The results revealed that the mean scores of overall and each component of the project performance were at a high level. The average score of the overall performance was 4.63 (SD=.50). For each component of the project, the mean score of context was 4.78 (SD=.42), while the mean score of input was 4.56 (SD=.53), and the mean score of process was 4.62 (SD=.56). After training, 100% of the participants had knowledge at a high level, and their average score of resuscitation skills was 93.14 (SD= 2.41). The results from qualitative data analysis also supported that the participants had sufficient knowledge and basic lifesaving skills to perform emergency first aid and basis resuscitation in real situations. In addition, they were confident in sharing their knowledge with other people who want to learn at the centers organized by the National Institute of Emergency Medicine. According to the findings of this study, those who have completed the training of the project are competent to provide emergency first aid and basic resuscitation. Moreover, they can share their knowledge and skills with others. In conclusion, this project yields the emergency assistance at the scene of an incident. This can increase the chance of survival and reduce disability for victims.

Keywords: basic life support; emergency first aid skills; project evaluation



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (out of hospital cardiac arrest) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงซึ่งควรได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิต จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนประมาณ 19,000 ราย¹ และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งประเทศและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตที่สำคัญที่สุดคือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์สามารถทำการกู้ชีพและปฐมพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นมีโอกาสรอดชีวิต²

การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardio Pulmonary Resuscitation: CPR) เป็นการกวดหน้าอก และช่วยหายใจในช่วงที่ผู้ป่วยหยุดหายใจอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยให้เกิดการไหลเวียนของเลือดไปยังสมอง หัวใจ และอวัยวะสำคัญให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดังนั้นความรู้และทักษะด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานจึงเป็นสิ่งที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับการเรียนรู้เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล³

จากสถานการณ์ดังกล่าว สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานหลักด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย จึงได้เริ่มจัดทำโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR”² ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความปลอดภัยในการเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน และทักษะในการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน รวมทั้งทักษะการใช้เครื่อง AED และทราบวิธีการในการปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ถูกต้อง

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดอบรมความรู้ด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในระดับครูผู้สอน ครูผู้ช่วยสอน ซึ่งต้องได้รับการอบรมเนื้อหาความรู้และฝึกทักษะ ได้แก่ การปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในภาวะต่าง ๆ และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (สิทธิ UCEP) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support)⁴ และการใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator: AED) ซึ่งเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจได้โดยอัตโนมัติ และมีกระแสไฟฟ้าที่สามารถช็อกไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยชนิดเคลื่อนที่ได้ ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ดำเนินการจัดอบรมและผลิตครูผู้สอนไปแล้ว จำนวน 795 คน และผู้ช่วยครูผู้สอนจำนวน 1,119 คน

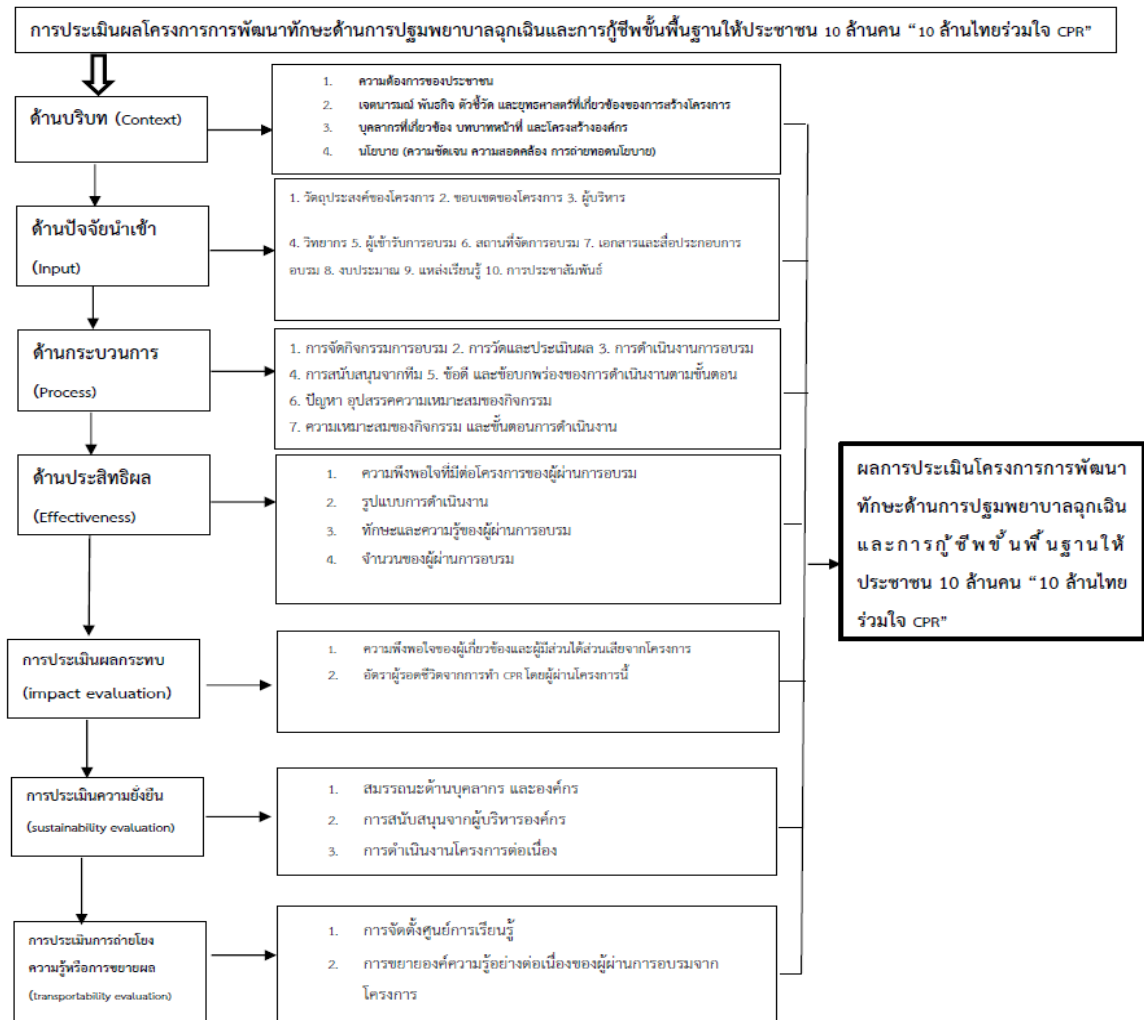
จากผลการดำเนินงานของโครงการดังกล่าวตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ถึงปัจจุบัน พบว่าได้ดำเนินการฝึกอบรมให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยใช้หลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (emergency first aid and basic life support training course) ภายใต้โครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” โดยมีการฝึกอบรมให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย ซึ่งแนวทางการดำเนินการฝึกอบรมอาจต้องพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสม และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินผลการดำเนินงานของโครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ตามรูปแบบ CIPPIEST model ประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน ทักษะที่จำเป็นในการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน และกระบวนการดำเนินโครงการที่นำไปสู่การประเมินผลลัพธ์โครงการเชิงนโยบายเพื่อนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงโครงการดังกล่าวให้มีความเหมาะสม และต่อเนื่องยิ่งขึ้นมากขึ้น รวมทั้งเพื่อพัฒนาโครงการดังกล่าวให้มีรูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันเพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยใช้รูปแบบ CIPPIEST model

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์กรอบแนวคิดรูปแบบ CIPPIEST model⁵ ดังนี้ 1) ด้านบริบท (context) หมายถึง การประเมินความต้องการของประชาชน เจตนารมณ์ พันธกิจ ตัวชี้วัด และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องของการสร้างโครงการบุคลากรที่เกี่ยวข้อง บทบาทหน้าที่ และโครงสร้างองค์กร นโยบาย (ความชัดเจน ความสอดคล้อง การถ่ายทอดนโยบาย) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) หมายถึง การประเมินวัตถุประสงค์ของโครงการ ขอบเขตของโครงการ ผู้บริหาร วิทยากร ผู้เข้ารับการอบรม สถานที่จัดการอบรม เอกสารและสื่อประกอบการอบรม งบประมาณ แหล่งเรียนรู้ การประชาสัมพันธ์ 3) ด้านกระบวนการ (process) หมายถึง การประเมินการจัดกิจกรรมการอบรม การวัดและประเมินผล การดำเนินการอบรม การสนับสนุนจากทีม ข้อดี และข้อบกพร่องของการดำเนินงานตามขั้นตอน ปัญหา อุปสรรคความเหมาะสมของกิจกรรม ความเหมาะสมของกิจกรรม และขั้นตอนการดำเนินงาน 4) ด้านประสิทธิผล (effectiveness) หมายถึง การประเมินผลสำเร็จจากการดำเนินโครงการที่ผ่านมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ถึงปัจจุบัน ได้แก่ ความพึงพอใจที่มีต่อโครงการของผู้ผ่านการอบรมรูปแบบการดำเนินงาน และจำนวนของผู้ผ่านการอบรม 5) การประเมินผลกระทบ (impact evaluation) หมายถึง การประเมินผลความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ 6) การประเมินความยั่งยืน (sustainability evaluation) หมายถึง การประเมินสมรรถนะด้านบุคลากรจากการดำเนินงานโครงการต่อเนื่อง และ 7) การประเมินการถ่ายทอดความรู้หรือการขยายผล (transportability evaluation) หมายถึง การประเมินการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ การขยายองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องของผู้ผ่านการอบรมจากโครงการ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยการประเมินโครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR”

วิธีดำเนินการวิจัย

การประเมินผลโครงการในครั้งนี้วิจัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของโครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยแนวคิดการวิจัยประเมินผล (evaluation research) ตามรูปแบบ CIPPIEST model ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย

เป็นผู้ผ่านการอบรมจากโครงการพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ครูผู้สอน (ระดับ 3) จำนวน 733 คน ผู้ช่วยครูผู้สอน (ระดับ 2) จำนวน 1,064 คน และผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (ระดับ 1) จำนวน 2,187 คน

กลุ่มตัวอย่างและการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ผ่านการอบรมโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในระดับ ครูผู้สอน (ระดับ 3) ครูผู้ช่วยสอน (ระดับ 2) และผู้ผ่านการอบรม (ระดับ 1) เขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จังหวัดร้อยเอ็ด สระแก้ว เชียงราย และประจวบคีรีขันธ์เพื่อให้มีความครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศไทย จังหวัดละ 40 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามตำแหน่งและพื้นที่วิจัย แต่เนื่องจากจำนวนของแต่ละกลุ่มมีจำนวนแตกต่างกัน โอกาสที่จะถูกเลือกเป็นแปรผันตรงกับขนาดของหน่วยนั้น ๆ⁶ ผู้วิจัยจึงคำนวณสัดส่วนจำนวนตัวอย่างของแต่ละหน่วยตามขนาดประชากร (probability proportional to size)⁷ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่า ๆ กัน หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติมจากครูผู้สอน และครูผู้ช่วยสอน จาก 5 พื้นที่จังหวัด แต่ละ 2 คน รวม 10 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ดำเนินโครงการ พัฒนาศักยภาพด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานอย่างต่อเนื่องภายใต้ศูนย์การเรียนรู้ด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ 2) มีประสบการณ์ในการนำความรู้และทักษะด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานไปช่วยชีวิตบุคคลอื่นในสถานการณ์ฉุกเฉิน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำแหน่งและพื้นที่

ตำแหน่ง	พื้นที่จังหวัด	จำนวนประชากร	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแต่ละพื้นที่
ครูผู้สอน (ระดับ 3)	กรุงเทพฯและปริมณฑล	53	9	4.50
	ร้อยเอ็ด	47	8	4.00
	สระแก้ว	38	7	3.50
	เชียงราย	73	12	6.00
	ประจวบคีรีขันธ์	68	11	5.50
ครูผู้ช่วยสอน (ระดับ 2)	กรุงเทพฯและปริมณฑล	27	5	2.50
	ร้อยเอ็ด	64	11	5.50
	สระแก้ว	133	22	11.00
	เชียงราย	91	15	7.50
	ประจวบคีรีขันธ์	114	19	9.50
ผู้ผ่านการอบรม(ระดับ 1)	กรุงเทพฯและปริมณฑล	131	22	11.00
	ร้อยเอ็ด	351	59	29.50
รวม		1190	200	100



เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือตามกรอบการประเมิน CIPPIEST model จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมกับโครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา และตำแหน่ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” แบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ (Likert scale) ประกอบด้วย ด้านบริบทโครงการ ด้านปัจจัยนำเข้าโครงการ ด้านกระบวนการ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง โครงการมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด และ 1 คะแนน หมายถึง โครงการมีความเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การประเมินโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR ด้านผลผลิต (product) และด้านประสิทธิผล (effectiveness) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นข้อสอบมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และทักษะการกู้ชีพขั้นพื้นฐานด้วย CPR Band ในการประเมิน High quality CPR ซึ่งเป็นค่าคะแนนที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ระดับทดสอบไว้ในช่วงของการดำเนินโครงการดังกล่าว และเก็บรวบรวมไว้โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ส่วนที่ 4 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก และประเด็นในการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ได้แก่

1) แนวคำถามการประเมินผลกระทบ (impact) เป็นประเมินผลงานหรือผลที่เกิดจากการเรียนรู้จากโครงการ และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปใช้ในการทำงานได้โดยแนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การได้รับการกู้ชีวิตจากผู้ผ่านการอบรมจากโครงการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รอดชีวิต

2) แนวคำถามการประเมินความยั่งยืน (sustainability) โดยเป็นแนวคำถามเชิงลึกเกี่ยวกับการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แนวทางการดำเนินงานต่อเนื่องของผู้ผ่านโครงการภายใต้ศูนย์การเรียนรู้ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

3) แนวคำถามการประเมินการถ่ายทอดความรู้ (transportability) เป็นแนวคำถามเชิงลึกเกี่ยวกับการขยายองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องในระดับบุคคลและระดับหน่วยงานในประเด็นการถ่ายทอดความรู้และการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานภายใต้การกำกับดูแลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

คุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานนโยบายและการประเมินโครงการสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้เท่ากับ .81 นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's method) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) โดยมีผลการประเมินคุณภาพเครื่องมือแต่ละฉบับ ดังนี้ ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาทักษะฯ ได้ค่า Alpha Coefficient เท่ากับ .98

2. การตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถามสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

ศึกษาทฤษฎี แนวคิด หลักการ จากเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางการสร้างแนวคำถามเชิงคุณภาพ⁸ หลังจากนั้นสร้างแบบสัมภาษณ์ที่ครอบคลุมกรอบแนวคิดการประเมินโครงการแบบ CIPPIEST model ในส่วนปรับขยายด้านผลผลิต ได้แก่ ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิภาพ ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ หลังจากนั้นนำแนวคำถามที่ได้ไปขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ และนโยบายสุขภาพจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อแนะนำก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุมัติและผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยเรียบร้อยแล้ว โดยขอใช้ข้อมูลภายใต้โครงการวิจัยเรื่องการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ เลขที่ COA No. 11/2021

2. หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเข้าศึกษาข้อมูลด้านเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และบริบทของการดำเนินงานโครงการของพื้นที่ดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ผ่านการอบรมในโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ตามจำนวนที่กำหนด จากนั้นประชาสัมพันธ์ข้อมูลโครงการวิจัยผ่านไลน์กลุ่มสื่อสารของผู้ผ่านการอบรมจากโครงการดังกล่าว และรับสมัครเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นไปด้วยความสมัครใจ

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ ชัดเจน และขอความยินยอมในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยมีการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

5. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคัดเลือกลงนามยินยอมในเอกสารบอกกล่าวและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเรียบร้อยแล้วจึงดำเนินการตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” และส่วนที่ 3 การประเมินโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR ด้านผลผลิต (product) และด้านประสิทธิผล (effectiveness) หลังจากนั้นจะขอความร่วมมือจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนดเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการให้ครอบคลุมตามแนวคิดของ CIPPIEST model ต่อไป

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามและคำสัมภาษณ์เชิงลึกเรียบร้อยแล้ว แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ และการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระบบเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และตีความผลจากการสัมภาษณ์เพื่อหาคำตอบและนำมาตรวจสอบโดยใช้วิธีสามเส้า (triangulation)⁹ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับด้วยการเปรียบเทียบความสอดคล้องและยืนยันความถูกต้องด้วยการจำแนกและจัดระบบข้อมูล หาความเชื่อมโยงเกี่ยวข้อง และความหมายที่ปรากฏในความเกี่ยวข้องนั้น



ผลการวิจัย

สถานการณ์และบริบทของการดำเนินงานโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ของพื้นที่ดำเนินการวิจัย ดังนี้

พื้นที่	ลักษณะการดำเนินงาน
1. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	การดำเนินโครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้รับความสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลบางสะพานน้อยที่เอื้อเฟื้อด้านสถานที่รวมทั้งบุคลากรในการฝึกอบรมเพื่อเป็นกำลังหลักในการดำเนินงานโดยเล็งเห็นความสำคัญของการนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปใช้ดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่
2. จังหวัดเชียงราย	โครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย โดยลักษณะการดำเนินงานในจังหวัดเชียงรายเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ สภาสมาคมศิริกรณ์เชียงรายบรรเทาสาธารณภัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ร่วมกันดำเนินงานเผยแพร่องค์ความรู้การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	การจัดโครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลใช้งบประมาณโดยตรงจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยเปิดรับสมัครบุคคลในระบบออนไลน์ในเขตกรุงเทพมหานครมีลักษณะการดำเนินงานการฝึกอบรมเพื่อขยายองค์ความรู้แบบบุคคลซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ด้วยตนเอง ปัจจุบันในเขตปริมณฑลมีการดำเนินงานฝึกอบรมหลักสูตรในจังหวัดสมุทรปราการระดับผู้ช่วยครู (ระดับ 2) จำนวน 2 รุ่น และเทศบาลลำไทรจังหวัดปทุมธานีอยู่ระหว่างการเตรียมการขอขึ้นเป็นศูนย์การเรียนรู้ต่อไป
4. จังหวัดสระแก้ว	โครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ในจังหวัดสระแก้วรับงบประมาณโดยตรงจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ผู้เข้ารับการอบรมเป็นตัวแทนจากหน่วยงานในจังหวัดสระแก้วที่เกี่ยวข้องกับการกู้ชีพ มีความหลากหลาย เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในจังหวัดมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ ณ ศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้วประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว องค์การบริหารส่วนตำบลสระแก้ว และอาสาสมัครกู้ชีพในจังหวัด
5. จังหวัดร้อยเอ็ด	โครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ในพื้นที่ได้งบประมาณโดยตรงจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในการจัดฝึกอบรมครูผู้สอนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดให้มีการจัดการอบรมครูผู้สอนรุ่นที่ 5 หลังจากนั้นมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยครูผู้สอนที่ผ่านการอบรมได้รับความช่วยเหลือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อสร้างจำนวนครูผู้สอนในหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและดำเนินการถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อไป



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.50 อายุเฉลี่ย 36.09 ปี (SD=8.85) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.50 มีลักษณะงาน/บทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 49.00 และมีตำแหน่งบุคคลทั่วไป/ผู้เข้าอบรม ปฐมพยาบาลฉุกเฉินและกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (ระดับ 1) ร้อยละ 40.50 โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=200)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	97	48.50
หญิง	103	51.50
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	53	26.50
30-39 ปี	76	38.00
40-49 ปี	51	25.50
50 ปีขึ้นไป	20	10.00
Mean=36.09 (SD=8.85) Median (Min, Max) = 34.5 (21, 59)		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	7.00
อนุปริญญา/ ปวส.	34	17.00
ปริญญาตรี	137	68.50
ปริญญาโท	15	7.50
ลักษณะงาน/บทบาท		
พยาบาลวิชาชีพ	98	49.00
พนักงานฉุกเฉินการแพทย์	54	27.00
เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินการแพทย์	26	13.00
อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์	19	9.50
นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	3	1.50
ตำแหน่ง		
ผู้เข้าอบรม (ระดับ 1)	81	40.50
ผู้ช่วยครูผู้สอน (ระดับ 2)	72	36.00
ครูผู้สอน (ระดับ 3)	47	23.50

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ตามกรอบแนวคิดรูปแบบ CIPPIEST model

คะแนนผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ผู้วิจัยแปลผลประเมินผลการดำเนินงานโครงการฯ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในภาพรวมทุกด้าน อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.63 คะแนน (SD=.50) โดยมีรายละเอียดรายด้าน ดังนี้



ด้านบริบทโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.78 คะแนน (SD=.42) โดยมีคะแนนสูงสุดในเป้าหมายโครงการมีความชัดเจน ค่าเฉลี่ย 4.84 คะแนน (SD=.43) รองลงมาคือโครงการสอดคล้องกับนโยบายหรือยุทธศาสตร์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ค่าเฉลี่ย 4.83 คะแนน (SD=.44)

ด้านปัจจัยนำเข้าโครงการฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.56 คะแนน (SD=.53) โดยมีคะแนนสูงสุดในประเด็นสื่อการสอนมีเนื้อหาทันสมัย เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับระดับผู้เข้ารับการอบรม ค่าเฉลี่ย 4.77 คะแนน (SD=.50) รองลงมาคือท่านเข้าใจแผนงานและวัตถุประสงค์ของโครงการและวิทยากรเหมาะสมกับจำนวนผู้เข้ารับการอบรม อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ ค่าเฉลี่ย 4.71 คะแนน (SD=.53) และ ค่าเฉลี่ย 4.71 คะแนน (SD=.57) ตามลำดับ

ด้านกระบวนการฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.62 คะแนน (SD=.56) โดยมีคะแนนสูงสุดในประเด็นการสอนภาคปฏิบัติสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนปฏิบัติได้จริง ค่าเฉลี่ย 4.78 คะแนน (SD=.54) การทดสอบภาคปฏิบัติชัดเจน ค่าเฉลี่ย 4.77 คะแนน (SD=.59) การทดสอบความรู้ภาคทฤษฎีเหมาะสมกับผู้เรียน ค่าเฉลี่ย 4.73 คะแนน (SD=.53) โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” (n=200)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
1. ด้านบริบทโครงการ			
1.1 โครงการเป็นที่ต้องการของประชาชน	4.75	.51	มาก
1.2 โครงการเป็นที่ต้องการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.78	.50	มาก
1.3 เป้าหมายโครงการมีความชัดเจน	4.84	.43	มาก
1.4 ตัวชี้วัดโครงการมีความชัดเจน	4.75	.56	มาก
1.5 มีแผนการดำเนินโครงการที่ชัดเจน	4.73	.64	มาก
1.6 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมตามแผน	4.72	.64	มาก
1.7 โครงการสอดคล้องกับนโยบาย หรือยุทธศาสตร์ของ สพล.	4.83	.44	มาก
ภาพรวมด้านบริบทโครงการ	4.78	.42	มาก
2. ด้านปัจจัยนำเข้าโครงการ			มาก
2.1 ท่านเข้าใจแผนงานและวัตถุประสงค์ของโครงการ	4.71	.53	มาก
2.2 ท่านมีความสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดำเนินโครงการได้เหมาะสม	4.58	.62	มาก
2.3 คณะกรรมการโครงการมีความรู้และกำกับติดตามให้เป็นไปตามแผน	4.73	.58	มาก
2.4 การจัดการเรียนการสอนตามแผนที่กำหนด	4.68	.61	มาก
2.5 ผู้ประสานงานโครงการมีเพียงพอ	4.52	.74	มาก
2.6 วิทยากรเหมาะสมกับจำนวนผู้เข้ารับการอบรม	4.71	.57	มาก
2.7 ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ	4.61	.62	มาก
2.8 สื่อการสอนมีเนื้อหาทันสมัย เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับระดับผู้เข้ารับการอบรม	4.77	.50	มาก
2.9 สื่อการสอนที่เป็นหุ่นทันสมัย	4.63	.71	มาก
2.10 สื่อการสอนเพียงพอ	4.56	.74	มาก
2.11 สถานที่จัดการอบรมมีความเหมาะสม	4.64	.63	มาก
2.12 งบประมาณสนับสนุนมีเพียงพอ	4.12	1.00	มาก



ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
2.13 โครงการมีการประชาสัมพันธ์อย่างชัดเจน เข้าถึงได้ง่าย	4.44	.83	มาก
2.14 มีการสื่อสารกิจกรรมในโครงการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม	4.52	.70	มาก
2.15 ศูนย์การเรียนรู้มีเพียงพอ	4.09	1.03	มาก
ภาพรวมด้านปัจจัยนำเข้าโครงการ	4.56	.53	มาก
3. ด้านกระบวนการ			มาก
3.1 ดำเนินโครงการตามขั้นตอนของแผนที่กำหนดไว้ได้	4.62	.64	มาก
3.2 การรับสมัคร ทนสมัย เข้าถึงได้เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพเป็นธรรม	4.56	.76	มาก
3.3 มีจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีที่ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจง่าย	4.67	.54	มาก
3.4 การสอนภาคปฏิบัติสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนปฏิบัติได้จริง	4.78	.54	มาก
3.5 มีการนิเทศ ติดตาม กำกับกับการดำเนินโครงการตามขั้นตอน	4.50	.76	มาก
3.6 มีเครือข่ายสนับสนุนที่เหมาะสม	4.53	.72	มาก
3.7 ใช้งบประมาณในการจัดการเรียนการสอนเหมาะสม	4.55	.74	มาก
3.8 ติดต่อประสานงานในการดำเนินงานเหมาะสม	4.55	.74	มาก
3.9 มีการประเมินผลการเรียนการสอนที่ตรงประเด็นและเป็นธรรม	4.66	.63	มาก
3.10 การทดสอบความรู้ภาคทฤษฎีเหมาะสมกับผู้เรียน	4.73	.53	มาก
3.11 การทดสอบภาคปฏิบัติชัดเจน	4.77	.59	มาก
3.12 มีการปรับแก้แผนการดำเนินงานตามปัญหาที่เกิดขึ้นได้	4.66	.66	มาก
ภาพรวมด้านกระบวนการ	4.62	.56	มาก
ภาพรวมดำเนินงานโครงการ	4.63	.50	มาก

ส่วนที่ 3 การประเมินโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR ด้านผลผลิต (product) และด้านประสิทธิผล (effectiveness)”

จากผลการวิจัยในการประเมินโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR ด้านผลผลิต (product) และด้านประสิทธิผล (effectiveness)” ผู้วิจัยประเมินโครงการจากความรู้และทักษะการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผลการวิจัยดังนี้

1) ระดับความรู้ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ก่อนดำเนินการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 26.50 และ ร้อยละ 35.00 ตามลำดับ มีคะแนนความรู้ อยู่ในระดับสูง เพียงร้อยละ 38.50 โดยมีคะแนนต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 8 และ 25 คะแนน ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) ภายหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 23 และ 25 คะแนน ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรู้ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=200)

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (20-25 คะแนน)	77	38.50	200	100
ปานกลาง (15-19 คะแนน)	70	35.00	0	0
ต่ำ (0-18 คะแนน)	53	26.50	0	0
Mean (SD)	17.87 (4.19)	24.57 (0.62)		
Min, Max	8, 25	23, 25		



2) คะแนนทักษะการกวดหัวใจ CPR BAND ประเมินคะแนน CPR BAND ภายหลังการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน CPR BAND อยู่ระหว่าง 90 – 94 คะแนน ร้อยละ 72.00 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 93.14 คะแนน (SD = 2.41) คะแนนต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 90 และ 99 คะแนน ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนน CPR BAND (n=200)

คะแนน CPR BAND	จำนวน	ร้อยละ
90 – 94 คะแนน	144	72.00
95 – 99 คะแนน	56	28.00
Mean (SD)	93.14 (2.41)	
Min, Max	90, 99	
คะแนนเต็ม	100	

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเชิงคุณภาพในการประเมินผลโครงการตามกรอบแนวคิดรูปแบบ CIPPIEST model

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม และเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันกรอบแนวคิดรูปแบบ CIPPIEST model ในประเด็นการประเมินผลกระทบ (impact) การประเมินความยั่งยืน (sustainability) และการประเมินการถ่ายทอดความรู้ (transportability) พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ประเด็นการประเมินผลกระทบ (impact)

ประเมินผลงานหรือผลที่เกิดจากการเรียนรู้จากโครงการ และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปใช้ในการทำงานได้ ข้อมูลของผู้รอดชีวิตจากการทำ CPR โดยผู้ผ่านโครงการ ติดตามผลจากการประเมินผลงานหรือผลที่เกิดจากการเรียนรู้จากโครงการ และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปใช้ในการทำงานได้ ข้อมูลของผู้รอดชีวิตจากการทำ CPR จำนวน 2 กรณีศึกษา พบว่าผู้ให้การช่วยเหลือในการกู้ชีพ ได้แก่ ผู้ที่ผ่านการอบรมจากโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉิน และการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR ในระดับครูผู้สอน (ระดับ 3) พบว่ามีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้อื่นในสถานการณ์ฉุกเฉิน หากพบผู้ที่ต้องการการช่วยชีวิต สิ่งที่มีผลสำคัญและก่อให้เกิดความมั่นใจ ได้แก่ องค์ความรู้ที่ถูกถ่ายทอดจากผู้สอนในโครงการ ข้อมูลความรู้ที่กระชับ นำไปใช้ได้จริง ทำให้ให้กล้าที่จะลงมือ และตัดสินใจเข้าช่วยเหลือบุคคลอื่น อีกทั้งพบว่า จากรูปแบบการเรียนการสอนภายในโครงการดังกล่าว มีการให้ความรู้ภาคทฤษฎีแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ โดยลักษณะความรู้ส่งเสริมให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่าย ง่ายต่อการจดจำ และมีการปรับให้ทันสมัยตามองค์ความรู้ในปัจจุบัน ภายหลังจากผ่านโครงการผู้ที่ผ่านโครงการก็สามารถจดจำ และนำไปใช้ได้จริงทั้งในแง่ของการปฏิบัติ และถ่ายทอดขยายต่อ

ประเด็นการประเมินความยั่งยืน (sustainability)

จากผลการดำเนินงานของโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR พบว่า มีการขยายผลในระดับหน่วยงาน โดยโครงการดังกล่าวได้เปิดศูนย์การเรียนรู้ด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานจำนวน 7 แห่งเพื่อเป็นการพัฒนาต่อยอดการเรียนรู้

รู้ให้มีความยั่งยืนโดยเกิดจากความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนี้ 1) มูลนิธิสว่างเบญจธรรม จังหวัดสมุทรสงคราม 2) มูลนิธิสว่างบริบูรณ์ พัทธยา จังหวัดชลบุรี 3) สมาคมศิริกรณ์เชียงใหม่บรรเทาสาธารณภัย จังหวัดเชียงใหม่ 4) มูลนิธิกุ้ยหย่มไทร กรุงเทพฯ 5) โรงพยาบาลบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 6) สมาคมสว่างนรล่ำปางธรรมสถาน จังหวัดล่ำปาง 7) มูลนิธิกุศลศรัทธา จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ 8) เทศบาลตำบลลำไทร จังหวัดปทุมธานี ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ซึ่งศูนย์การเรียนรู้ดังกล่าวเกิดจากความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน ที่ต้องการกระจายองค์ความรู้ไปอย่างทั่วถึง ภายใต้การจัดการเรียนรู้ที่มีมาตรฐานเดียวกัน

ประเด็นการประเมินด้านการถ่ายทอดความรู้ (transportability)

จากผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” จากข้อมูลพบว่าในระดับบุคคลมีการขยายเครือข่ายการดำเนินโครงการโดยการจัดการอบรมอย่างต่อเนื่องสามารถสรุปผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ได้ดังนี้ โครงการการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” รวมผู้ที่ผ่านการอบรมทั้งสิ้น 28,299 คน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ผลการรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ผ่านโครงการดังกล่าวยังไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากปัจจัยด้านสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิดทำให้การดำเนินโครงการต้องหยุดชะงักไปในระยะหนึ่ง หลังจากนั้นคณะผู้ดำเนินโครงการได้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการเรียนการสอนต่อไป

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) ตามกรอบแนวคิดรูปแบบ CIPPIEST model มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” ที่จัดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานหลักด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย จากข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีลักษณะงาน/บทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของบัวบาน ปักกระโด และคณะ 10 ที่พัฒนารูปแบบการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดทักษะและความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ และเป็นกำลังสำคัญในระบบบริการสุขภาพ และงานวิจัยของอุรา แสงเงิน สุพัฒนา อุนิสากร และทิพมาส ชินวงศ์ 11 ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล พบว่าควรมีการส่งเสริมการฟื้นฟูความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงแก่พยาบาลต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น

จากผลการประเมินโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยดำเนินงานโครงการภาพรวมทุกด้านมีระดับคะแนนอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายด้าน พบว่าภาพรวมด้านบริบทโครงการอยู่ในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้าโครงการฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน และพบว่าด้านกระบวนการฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าความรู้และทักษะที่ได้รับจากโครงการดังกล่าวนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง รวมทั้งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจเข้าช่วยเหลือผู้อื่นในสถานการณ์ฉุกเฉิน และจากรูปแบบการเรียนการสอนภายในโครงการดังกล่าวมีการให้ความรู้ภาคทฤษฎีแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ โดยลักษณะความรู้ส่งเสริมให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่าย ง่ายต่อการจดจำ และมีการปรับให้ทันสมัย



ตามองค์ความรู้ในปัจจุบัน หลังจากนั้นจึงให้มีการฝึกปฏิบัติในรูปแบบปิดจังหวะพร้อมกันคล้ายการฝึกของทหาร โดยมีกำหนดจำนวนการฝึก ผู้เรียน 2 คนต่อหุ่นฝึก 1 ตัว ทำให้สามารถฝึกปฏิบัติได้ทั่วถึงและช่วยให้กล้ามเนื้อจดจำน้ำหนักการกดหน้าอกท่าทางการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินโครงการที่ผ่านมา มีความต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีความรู้และทักษะด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน และเกิดศูนย์การเรียนรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ง่ายต่อการเข้าถึงองค์ความรู้โดยอาศัยความร่วมมือและงบประมาณทั้งจากภาครัฐและเอกชนในการขับเคลื่อนร่วมกันถือเป็นความต่อเนื่องยั่งยืนของโครงการนี้ จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ที่ผ่านการอบรมมีความรู้และทักษะด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานเป็นอย่างดี สามารถให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน และช่วยให้รอดชีวิตได้จริง รวมทั้งสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดให้กับประชาชนที่สนใจภายใต้รูปแบบการเรียนรู้ที่จัดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และเป็นไปตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ด้านการจัดการอบรม จะเห็นได้ว่าผู้ผ่านการอบรมจากโครงการนี้มีความมั่นใจในการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและทักษะการถ่ายทอดความรู้ซึ่งเป็นผลดีกับผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปหากเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน 12 ดังนั้นจึงควรดำเนินการโครงการอย่างต่อเนื่องต่อไปเพื่อประโยชน์ของประชาชนที่จะได้จากโครงการนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า มีประโยชน์โครงการมีประโยชน์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และสามารถพัฒนาทักษะด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานได้จริง รวมทั้งเห็นผลเป็นรูปธรรม จึงควรดำเนินโครงการนี้ต่อไปเพื่อขยายผลและเกิดความยั่งยืนต่อเนื่อง และควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนในระบบออนไลน์ในส่วนของความรู้และทดสอบทักษะด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานกระจายไปยังศูนย์การเรียนรู้ที่จัดตั้งขึ้นทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้ประชาชน 10 ล้านคน “10 ล้านไทยร่วมใจ CPR” เพื่อปรับรูปแบบที่เหมาะสมในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส

References

1. Photipim M, Laohasiriwong W, Thinkhamrop B, Sethasathien A, Hurst C. The effect of response time on survival among non-traumatic out of hospital cardiac arrest patients in Thailand. *J Health Res* 2016;30(1): 19-24.
2. World Health Organization. Thailand's report situation of severe injuries year 2005-2010 data from injury surveillance (IS), Thailand supported [internet]. 2020 [cited 15 October 2020]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/thailand/roadsafety/thailand-status-against-12-global-road-safety-performance-targets.pdf?sfvrsn=92a24b06_4
3. National Institute for Emergency Medicine. Emergency first aid and basic life support training course for village health volunteer, prisoner health volunteer and community emergency volunteer 2020. Nonthaburi: NIEM. 2020. (in Thai)



4. National Institute for Emergency Medicine. Twenty-year national strategic plan for national institute for emergency medicine (2018–2037). Nonthaburi: NIEM. 2018. (in Thai)
5. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation Theory, Models and Applications. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
6. Chow S, Shao J, Wang H. Sample size calculations in clinical research. 2nd ed. Champman & Hall: CRC;2003.
7. Skinner CJ. Probability proportional to size (PPS) sampling [internet]. 2014 [cited 15 October 2020]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118445112>
8. Ravitch SM, Carl NM. Qualitative research: bridging the conceptual, theoretical, and methodological. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2021.
9. Creswell JW, Baez JC. 30 essential skills for the qualitative research. 2nd ed. Los Angeles: Sage; 2021.
10. Pakkarato B, Sukjamnong S, Siwin A, Srisawang W, Chumnaborirak P. Development of a cardiopulmonary resuscitation model in Nadun hospital, Mahasarakham province. Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2021;1(2):134–45. (in Thai)
11. Seangnherm U, Uppanisakorn S, Chinnawong T. Factors related to nurses' knowledge and skills in cardiopulmonary resuscitation in Songklanagarind Hospital. JRN-MHS 2012;32(1):1–10. (in Thai)
12. Raingruber B. Contemporary health promotion in nursing practice. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2017.



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผลการดูแลของอาสาสมัคร
บริบาลท้องถิ่นจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง

Health-Related Quality of Life among Frail Older Adults from Paid Volunteer
Caregivers as Perceived by Various Stakeholders

กรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, ปณิตา ครองยุทธ, เบญจพร รัชตารมย์, รัศมี สุขนรินทร์
กมลนัธ ม่วงยิ้ม, สุพัฒน์ อาสนะ, กาญจนา นิมสุนทร

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen, Panita Krongyuth, Benjaporn Rajataramya, Rassamee Suknarin,
Kamonat Muangyim, Supat Assana, Kanchana Nimsunthon

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Corresponding author: Panita Krongyuth; Email: kpanita@scphub.ac.th

Received: September 14, 2023 Revised: February 16, 2024 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว และสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ภาวะวิกฤติการดูแลสุขภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรด้านสุขภาพต้องคำนึงถึง การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผลการดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในจังหวัดตรัง จากมุมมองที่หลากหลายของผู้เกี่ยวข้อง ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ญาติจำนวน 10 คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจำนวน 10 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ และสรุปเป็นแก่นสาระโดยนำเสนอแบบบรรยายและกรณีศึกษา ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์การดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางบวก ผลลัพธ์ทางบวกที่เกิดขึ้นซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกาย สนับสนุนให้สามารถดูแลตนเอง สนับสนุนให้สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยลดอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี และการดูแลด้านจิตใจ รวมทั้งสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณการจ้างงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้มีความครอบคลุมและมีอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อการให้บริการดูแลที่สามารถรองรับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น



Health-Related Quality of Life among Frail Older Adults from Paid Volunteer Caregivers as Perceived by Various Stakeholders

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen, Panita Krongyuth, Benjaporn Rajataramya, Rassamee Suknarin,
Kamonat Muangyim, Supat Assana, Kanchana Nimsunthon

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Corresponding author: Panita Krongyuth; Email: kpanita@scphub.ac.th

Received: September 14, 2023 **Revised:** February 16, 2024 **Accepted:** February 29, 2024

Abstract

Thailand transitioned completely into an aged society, and the proportion of the elderly population is increasing rapidly. The health care crisis is therefore an important issue that health personnel must consider. This qualitative research aimed to investigate health-related quality of life among frail older adults received care from paid volunteer caregivers. It was conducted in Trang Province. Data were collected from the elderly received care and various stakeholders by using in-depth interviews with a semi-structured interview protocol. In addition, participant observation method was also employed. The participations in this study were key informants including 10 older adults, 10 family caregivers, 10 paid volunteer caregivers, and 5 health officers. Data were analyzed using thematic analysis, and the findings were summarized through themes by narrative and case study. The results revealed that paid volunteer caregivers yielded positive outcomes of health-related quality of life among frail older adults received care. These outcomes encompassed various aspects, including improved mobility, enhanced self-care, better performance in daily activities, pain relief, promotion of well-being, and emotional support. Moreover, these paid volunteer caregivers played a crucial role in supporting family caregivers of the elderly for providing better care to the frail older adults. According to the results, this study recommends that local administrative organizations should allocate adequate budgetary support for managing appropriate paid volunteer caregivers, in terms of coverage and proper ratio between frail older adults and paid volunteer caregivers. This operation is necessary for long-term care system for the elderly, while Thailand is moving rapidly to a super-aged society in the near future.

Keywords: health-related quality of life; frail older adults; paid volunteer caregivers



ความเป็นมาและความสำคัญ

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ที่แพร่ระบาดอย่างหนักในปี พ.ศ. 2563-2564 มีผลกระทบในวงกว้างกับคุณภาพชีวิตของคนทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจหลายอาชีพต้องตกงาน เพราะกิจการหลายประเภทต้องปิดให้บริการ มีมาตรการการอยู่บ้านเพื่อชาติ ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ออกมาตรการต่าง ๆ ออกมาช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมทั้งมาตรการที่ช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจทั้งภาคครัวเรือน และเศรษฐกิจมหภาค โครงการหนึ่งที่รัฐบาลได้ประกาศออกมาเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม คือ โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จุดประสงค์ของโครงการเพื่อกระจายรายได้ให้ประชาชนในพื้นที่และกระตุ้นเศรษฐกิจฐานรากของประเทศ เนื่องจากก่อให้เกิดอาชีพในท้องถิ่นเพิ่มเติม นอกจากนี้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมจากโครงการ จะมีคุณสมบัติในการประกอบอาชีพกับบริบาลในสถานประกอบการ และประกอบอาชีพกับบริบาลอิสระเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อไปได้ และเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อลดปัญหาทางด้านสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในการดูแลรักษา¹

ผลกระทบของสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่แพร่ระบาดในประเทศไทยไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประชาชน ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คือความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต และผลกระทบต่อสังคมของประชาชน สำหรับกลุ่มที่จะได้รับผลกระทบด้านสุขภาพอย่างมากคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จัดว่าเป็นกลุ่มเปราะบางที่จะเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเปราะบางด้านร่างกาย เพราะมีโรคเรื้อรังร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบกับมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำและเสี่ยงติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากความชราทำให้การทำงานของร่างกายเสื่อมลงตามธรรมชาติ² จากผลการศึกษาวิจัยอัตราการติดเชื้อ ความรุนแรง และเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ทั้งจากองค์การอนามัยโลก ประเทศจีน และอิตาลี พบว่า ความเสี่ยงและความรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.60-13.20 ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.00-9.60 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.80-19.00³ สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสังคม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เครียด และวิตกกังวลจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากการเว้นระยะห่างทางสังคม การจำกัดการทำกิจกรรมนอกบ้านของผู้สูงอายุ การจำกัดการเดินทางข้ามจังหวัดทำให้บุตรหลานที่อยู่นอกพื้นที่ไม่สามารถมาเยี่ยม⁴ รัฐบาลมอบให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รับผิดชอบโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้แผนงานและโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ตามบัญชีท้ายพระราชกฤษฎีกาให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563¹ หน่วยงานอาสาสมัครท้องถิ่นกระจายไปทั่วทุกพื้นที่ เป้าหมายของโครงการ นอกจากต้องการกระตุ้นเศรษฐกิจและกระจายรายได้ให้กับประชาชนระดับท้องถิ่นแล้ว ยังมีเป้าหมายเพื่อให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเป็นผู้ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่และชุมชนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขในทุกด้าน ตอบรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aging society) ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน ดังนั้น อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจึงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุประเภทได้รับค่าตอบแทน (paid caregiver)

สำหรับจังหวัดตรัง เริ่มดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมฯ ในปี พ.ศ. 2563 รับผิดชอบโดยท้องถิ่นจังหวัดตรัง โดยขอความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ประกาศรับสมัครและคัดเลือกอาสาสมัครบริบาล



ท้องถิ่นแห่งละไม่เกิน 2 คน เข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็นภาคทฤษฎี (บรรยาย) จำนวน 30 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 40 ชั่วโมง⁵ มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีคุณสมบัติเหมาะสมผ่านการอบรมและปฏิบัติงานในการให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) ภายใต้โครงการ นี้ จำนวน 174 คน กระจายอยู่ทั่วจังหวัดตรัง จังหวัดตรังเป็นจังหวัดที่ขับเคลื่อนนโยบายการรองรับสังคมผู้สูงอายุมาหลายปีตั้งแต่ก่อนมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยความร่วมมือกันในลักษณะภาคีเครือข่าย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสมัชชาสุขภาพ ภาชาตจังหวัด สถาบันการศึกษา โดยให้ความสำคัญอย่างมากกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเลิกจ่ายค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562 หมายถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้เต็มที่ มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประเมินภาวะพึ่งพิงด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL)⁶ สอดคล้องกับที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ค่า ADL เท่ากับ 5 - 11 คะแนน กลุ่มติดเตียง ค่า ADL เท่ากับ 0 - 4 คะแนน⁷ สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี ผลจากการสำรวจปี พ.ศ. 2564 พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และติดสังคม ร้อยละ 96.9 และเมื่อพิจารณาในแต่ละภาค พบว่า ภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนกลุ่มติดเตียงมากกว่าภาคอื่นเล็กน้อย โดยจังหวัดตรังมีผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงมากเป็นอันดับ 2 ของภาคใต้ตอนล่าง 7 จังหวัด รองจากจังหวัดพัทลุง⁸

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของจังหวัดตรัง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ต้องการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมฯ ของจังหวัดตรัง สำหรับการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นครั้งนี้ ประเมินผลจากคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง เหตุผลของการเลือกประเมินผลจากคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากจะเป็นมุมมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเอง ว่าโรคและการรับการรักษา มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁹ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะสะท้อนถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพและความสุข¹⁰ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพยังจัดว่าเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญในทางการแพทย์ที่เป็นผลลัพธ์ที่มีการวัดผลในเชิงความเป็นมนุษย์ (humanistic outcome) วัดจากมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง (patient perspective) ร่วมกับการคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ หรือผู้ดูแล ซึ่งนับว่าเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ที่สำคัญทางสาธารณสุขเพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกและติดตามผลการดูแลของบุคลากรสาธารณสุข¹¹ หรือการดูแลจากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับการศึกษา¹² ผู้วิจัยประยุกต์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาจากกลุ่มนักวิจัยจากหลากหลายสาขา ภายใต้ชื่อ “EuroQoL Group”¹² เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป เป็นข้อคำถามเชิงปริมาณแบบปรมาณค่าได้รับการออกแบบเพื่อให้ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเอง หรือการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face interview) ซึ่งผู้วิจัยนำคำถามเชิงปริมาณนี้มาประยุกต์เป็นแนวคำถามในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาใน 5 มิติ ของคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และด้านจิตใจ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำหรับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ



นำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้ดูแลประเภทรับค่าตอบแทนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผลการดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยคือการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health related quality of life; HRQoL) 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และด้านจิตใจ

การเลือกพื้นที่

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการศึกษา คือ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดตรังจากโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมฯ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ที่ให้ข้อมูล คือผู้เกี่ยวข้องกับการโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ตามบัญชีท้ายพระราชกฤษฎีกาให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมฯ แบ่งเป็น 1)อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ยังปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่จังหวัดตรัง จำนวน 10 คน 2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ควบคุมการปฏิบัติงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 คน และ 3) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ดูแล ญาติ จำนวน 10 คน และผู้สูงอายุที่สามารถให้ข้อมูลได้จำนวน 10 คน โดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposeful selection) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้เกี่ยวข้องกับโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview protocol) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เป็นคำถามปลายเปิดในประเด็นผลการดูแลจากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ได้แก่ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวอย่างไรบ้าง ได้พัฒนานวัตกรรมหรืออุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เดิน ออกกำลังกาย หรือพัฒนากล้ามเนื้อต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวหรือไม่ อย่างไรก็ตามการดูแลตนเอง ได้แก่ การช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือตนเองในการอาบน้ำหรือการใส่เสื้อผ้า เพื่อลดภาระการดูแลจากผู้ดูแลหรือญาติ หรือการทำกิจกรรมสันทนาการอย่างไรบ้าง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ได้แก่ การช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก การขับถ่าย การเปลี่ยนเสื้อผ้า ช่วยแบ่งเบาภาระญาติผู้ดูแล ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลในช่วงกลางวัน และผู้สูงอายุอยู่คนเดียว และการให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุกับญาติอย่างไรบ้าง อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว ได้แก่ ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ และช่วยบรรเทาอาการไม่สบายตัวต่างๆ ของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง และด้านจิตใจ ได้แก่ การช่วยเหลือและสนับสนุนด้านจิตใจ และทำกิจกรรมเพื่อป้องกันและลดความวิตกกังวล/ซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง ตรวจสอบความเหมาะสม

สม ความครอบคลุม และความชัดเจนของแบบสัมภาษณ์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์ในสถาบันการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 2 คน อาจารย์ในสถาบันการศึกษาที่จัดทำหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน แพทย์ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญหลัก เพราะการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักโดยตรง มีการพูดคุยพร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของผู้ให้ข้อมูลหลัก สมุดบันทึก ปากกา และกล้องถ่ายรูป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลภาคสนาม¹³ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) โดยมีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) ควบคู่กับการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (participation observation) โดยมีทีมนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันจำนวน 2 คน โดยมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ช่วยเหลือ และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกข้อมูลด้วยการบันทึกเสียง การจดบันทึก และการถ่ายภาพ กำหนดรหัสของผู้ให้ข้อมูลเป็นนามสมมติ เพื่อปกป้องความลับและการอ้างอิงถึงหรือตรวจสอบได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระหรือประเด็นสำคัญ โดยนำรายละเอียดที่ได้จากการบันทึกเทป และการจดบันทึก มาถอดคำพูดแต่ละคำ การนำเสนอผลด้วยการบรรยายด้วยถ้อยคำ (narrative/extended text) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบรรยายด้วยภาษาและการถ่ายทอดของนักวิจัยเอง (general description) กับการแสดงหลักฐานสนับสนุนจากข้อมูลโดยตรง (specific description)¹⁴ และกรณีศึกษา ตามประเด็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผลการดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ตามความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และผู้รับบริการ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation)^{13,14} โดยใช้การสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์ พร้อมกับลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พักอาศัย และด้านผู้วิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ทีมนักวิจัย จำนวน 2 คน นำข้อมูลที่จดบันทึกและการสังเกตของนักวิจัยทั้ง 2 คน มาตรวจสอบว่าเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ได้หมายเลขรับรอง COA.NO.2023/T01 รับรองระหว่างวันที่ 24 มกราคม 2566 – 24 มกราคม 2567 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล การเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการถอนตัวออก จากให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และการบันทึกข้อมูลเป็นเทปเสียงจะมีการลบเทปเมื่อข้อมูลถูกนำมาใช้ในการทำวิจัยเสร็จสิ้น แล้วและการรายงานผลการวิจัยจะรายงานผลเป็นภาพรวม



ผลการวิจัย

จากการลงไปเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในพื้นที่ ร่วมกับการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม สามารถแบ่งประเด็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามกรอบแนวคิด 5 ประเด็นดังนี้

1. ด้านการเคลื่อนไหว

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการออกกำลังกายน้อยลงตามอายุ และเคลื่อนไหวร่างกายลดลงเรื่อย ๆ เนื่องจากพลังสำรองลดลง และปัญหาของกระดูกและกล้ามเนื้อ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นส่งเสริมการออกกำลังกาย และการเคลื่อนย้ายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อม และความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพด้วยการบริหารกล้ามเนื้อ การนวด และกายภาพบำบัดเบื้องต้น และการช่วยพัฒนานวัตกรรมช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้บริหารกล้ามเนื้อ และเคลื่อนไหวได้อิสระขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

ญาติผู้สูงอายุ (รายที่ 1) “อาสาบริบาลเขาจะมาสอนออกกำลังกาย กับท่าป้องกันข้อติดให้ญาติ ทำให้ไปใช้ได้ เมื่ออาสาไม่ได้มา ญาติเองสามารถทำได้ เขาสอนฝึกไว้ให้ด้วย ที่ทำได้”

ญาติผู้สูงอายุ (รายที่ 2) “อาสาบริบาลเขาเอาอุปกรณ์มาช่วยดูแล ให้ลองฝึกทำ ออกกำลังกายด้วยไม้เท้าขวามือข้างก็มี”

ญาติผู้สูงอายุ (รายที่ 3) “เขาสอนพลิกตัวด้วย วิธียกยาลงจากเตียงดูเขาทำงานง่ายเมื่อก่อนยกเองปวดหลัง ญาติหลังจะหัก กลางคืนนอนปวดหลัง นี่เขามาสอนดูเบา สบาย ง่ายขึ้นเลยละ”

ญาติผู้สูงอายุ (รายที่ 4) “ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้ดี รู้สึกจากการที่ก่อนหน้านี้คนที่บ้านทำ ญาติที่ดูแลเองมีภาระอื่น ๆ ค่อนข้างมาก ต้องออกไปทำงาน โดยปกติจากยก/เคลื่อนผู้สูงอายุค่อนข้างลำบาก แต่เมื่ออาสาบริบาลเข้ามาดูรู้สึกการยกปลอดภัยมากขึ้น”

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (รายที่ 1) “ผู้สูงอายุแขนขาอ่อนแรง ยกไม่ขึ้นสามารถยกของได้ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะได้มีกำลังใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น”

บุคลากรสาธารณสุข (รายที่ 1) “อาสาสมัครบริบาลเขามีส่วนช่วยอย่างมากในการช่วยฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่พอจะช่วยเหลือตัวเองได้ เขาช่วยพัฒนานวัตกรรมให้ผู้สูงอายุได้บริหารกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น คนที่นอนติดเตียงเขาก็มาช่วยบริหารกล้ามเนื้อ นวดให้ ขยับแขนขาให้ป้องกันข้อติด บางคนนะค่ะ ทำให้แขนที่งอติดตัว สามารถยืดเหยียดได้มากขึ้นเลยละ เขาช่วยเจ้าหน้าที่ได้มากเลยละ เพราะเจ้าหน้าที่ไม่สามารถมาเยี่ยมได้ทุกคน และญาติของคนแก่บางคนก็ไม่มีเวลามากทำอะไรให้กับพ่อแม่เขา เพราะต้องไปกรีดยาง กลางวันกินนอนกัน”

จากการลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน พบว่า อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้ลงไปช่วยเหลือสนับสนุนการออกกำลังกาย การนวดและบริหารกล้ามเนื้อ สอนการยกและเคลื่อนย้ายที่ถูกวิธีให้กับญาติ และพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหว เช่น รอกและสายยืดเหยียดบริหารกล้ามเนื้อ ดังภาพที่ 1 การส่งเสริมการเคลื่อนไหวด้วยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย และเคลื่อนไหวมากขึ้น ภาพที่ 2



ภาพที่ 1 นวัตกรรมบริหารกล้ามเนื้อส่งเสริมการเคลื่อนไหวสำหรับผู้สูงอายุ



ภาพที่ 2 การส่งเสริมการออกกำลังกาย และนวัตกรรมช่วยเดิน

2. การดูแลตนเอง

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลตนเองหรือช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน และการรับประทานอาหาร ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

บุคลากรสาธารณสุข (รายที่ 2) “เขาเข้าไปช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้มากขึ้นค่ะ ทำให้บางคนมีสุขวิทยาส่วนบุคคลดีขึ้น บางคนเคยสกปรกแกละเข้าไปช่วยพาไปอาบน้ำ ให้แปรงฟันเอง”

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (รายที่ 2) “ช่วยทำให้อาการป่วยผู้สูงอายุดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น ช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้มาก”

ผู้สูงอายุ (รายที่ 1) “เขามาช่วยฉันให้ลุกมาเดิน และได้มานั่งเล่นหน้าบ้าน รับลมได้ เมื่อก่อนไม่เคย”

จากการลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน พบว่าอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้ลงไปช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลตนเองหรือช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยการกระตุ้นให้ลุกเดินไปอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายที่ห้องน้ำ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น

3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นช่วยการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และถือว่าเป็นทีมสุขภาพที่ช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่สามารถลงไปทำงานอย่างใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนได้ทุกวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย ตัดเล็บ (ภาพที่ 4) การพาไปขับถ่ายที่ห้องส้วม การเปลี่ยนเสื้อผ้า การเตรียมอาหารตามหลักโภชนาการ การนัดกระตุ้นต่อมน้ำลายเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร การดูแลการรับประทานยา และการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ช่วยแบ่งเบาภาระกับญาติหรือผู้ดูแล ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลในช่วงกลางวัน และผู้สูงอายุอยู่คนเดียว นอกจากดูแลผู้สูงอายุแล้ว ยังให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุกับญาติ สร้างความพึงพอใจต่อญาติและผู้สูงอายุ ตลอดจนช่วยเรื่องการให้อาหารทางสายยาง (ภาพที่ 4) การทำแผล และการดูแลสายสวนปัสสาวะแบ่งเบาภาระของบุคลากรสาธารณสุข ดังเช่นข้อมูลที่ได้

ญาติผู้สูงอายุ (รายที่ 2) “มาเป็นเพื่อนคุณตา เขามาช่วยนัด สอนการป้อนยา ช่วยสระผม อาบน้ำ ดี พี่เบแรง เขามีความรู้จากอบรมมา”

ผู้สูงอายุ (รายที่ 2) “ฉันไม่มีใคร เขามาช่วยเป็นเพื่อน ช่วยพาฉันไปอาบน้ำ นี่ก็หาเชือกมาทำเป็นราว ยึดให้ฉันไปห้องน้ำ เขาหาข้าวมาให้กินแบบย่อยได้ง่าย ๆ ฉันไม่มีใครอยู่ตอนกลางวัน พวกลูกมันมาตอนเย็น”

ผู้สูงอายุ (รายที่ 3) “ผู้ดูแลมาสอนให้กดไตคาง กลืนน้ำลาย จะนั่งทำทำเข้า รู้สึกทานข้าวได้ดีขึ้น”

ญาติผู้สูงอายุ (รายที่ 5) “มาช่วยกวาดบ้าน และจัดสภาพที่บ้านให้ ทำให้สะดวกการเดินมากขึ้น ปลอดภัย”

บุคลากรสาธารณสุข (รายที่ 5) “สามารถช่วยงานการดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุได้ดี เช่น การล้างแผลทั่วไป แผลกดทับ การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เอื้ออำนวยความสะดวกต่อประชาชน”

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (รายที่ 6) “ช่วยอยู่เป็นเพื่อนยายตอนกลางวันจนลูกสาวกลับจากขายของ... ตอนนี้นายมีความไว้วางใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความมั่นใจว่าช่วยเหลือได้มากขึ้น”



ภาพที่ 4 การช่วยกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น ตัดเล็บ และการให้อาหารทางสายยาง

4. อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้ช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บปวด และอาการไม่สบายตัวให้ผู้สูงอายุหลายกิจกรรม ได้แก่ การช่วยพลิกตะแคงตัวและจัดทำเพื่อป้องกันแผลกดทับ การทำแผลกดทับ และช่วยบรรเทาอาการไม่สบายจากผิวหนังแห้งด้วยการทำน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (ภาพที่ 4) ดังเช่นข้อมูลที่ได้

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (รายที่ 8) “มีอยู่คนหนึ่งเขาผิวไหม้ ผมองได้ช่วยไปทำแผลให้ ตอนหลังแผลแห้ง ตกสะเก็ดมาปรึกษาหมอ หมอก็เลยช่วยกันทำน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นไปทาให้ แผลดีขึ้น ตอนนี้หนังเรียบ เขาไม่คัน ไม่แสบแล้ว หน้าตาเขาดีขึ้นเลย ดีใจมากเลย”

บุคลากรสาธารณสุข (รายที่ 4) “ผู้สูงอายุหลายคน เมื่อก่อนเป็นแผลกดทับ พอส่งอาสาบริบาลลงไปติดตามเคสแบบนี้ แผลกดทับดีขึ้นหลายคน อันนี้ถือว่าเป็นผลงานที่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้นมาก ชัดเจนที่สุดค่ะ”

ญาติผู้สูงอายุ (รายที่ 2) “ผู้ดูแลมาดูแลแผลกดทับให้ เดิมจากที่ญาติดูแลเอง แผลไม่ดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมาดูแลอย่างต่อเนื่อง แผลดีขึ้น รู้สึกมีกำลังใจในการดูแลเลยนะ เนี่ยเมื่อก่อนกว้าง 6, 7 เซนเลย มาทำแผลไม่อักเสบเพิ่มแผลมีวงแคบเหลือ 2, 3 เซนเอง”



ภาพที่ 4 การช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สบายจากผิวหนังแห้ง และมีอาการคัน



5. ด้านจิตใจ

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นช่วยเหลือและสนับสนุนด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และญาติ จัดว่าเป็นองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นปฏิบัติได้ดีมาก ได้แก่ การได้ลงไปเยี่ยมให้กำลังใจ พูดคุย และดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คือการดูแลประดุจญาติมิตร การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตาใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยรับฟังความ คิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก ดังเช่นข้อมูลที่ได้

บุคลากรสาธารณสุข (รายที่ 1) “เราสามารถแนะนำผู้สูงอายุให้มีความสุขชีวิตในประจำวันของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุแถมบอด แก่ไม่มีอาการเครียด จิตใจดี พูดให้กำลังใจผู้สูงอายุ บางทีเข้าไปนวดให้แก ร้องเพลงให้แก เข้าไปทำเหมือนลูกหลานแก เรื่องอาหารการกิน เรื่องที่นอน แก่กำลังใจดีมาก นอกเหนือจากเคล็ดที่ดู แก่เดินไม่ได้ประสบอุบัติเหตุ เลิกงานก็เข้าไปนั่งพูดคุยกับแกให้กำลังใจ ช่วยดูแลบ้านทำความสะอาดบ้าน พยายามแนะนำอาหารไม่ให้กินไขมันอาหารสูง ให้ควบคุมน้ำหนัก เพราะมีปัญหาที่ขา”

บุคลากรสาธารณสุข (รายที่ 3) “สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้มาก โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ นวดให้บ้าง พูดให้กำลังใจบ้าง บางคนยิ้มได้ รอดูแล้วจะมาเมื่อไร เลยคะ...”

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (รายที่ 6) “มีความภูมิใจที่สามารถดูแล แล้วทำให้เขามีสุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น มีความสุขทั้งญาติ และตัวผู้สูงอายุเอง”

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (รายที่ 8) “ผู้สูงอายุที่ไม่เคยไปหาหมอ พูดคุยให้กำลังใจจนไปพบหมอกินยาได้ตรงกับอาการที่เป็นอยู่ไม่ซื้อยาตามร้านค้า กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญนะกับผู้สูงอายุในหมู่บ้าน”

ญาติผู้สูงอายุ (รายที่ 6) “ผู้ดูแลเค้ามักจะมาในตอนเช้า รู้สึกดีใจ ผู้ดูแลปฏิบัติงานดีมาก แม้ที่บ้านจะรอร จากสังเกตตัวแกเองก็จะรู้สึกมีความสุขมากขึ้น”

ญาติผู้สูงอายุ (รายที่ 10) “การปฏิบัติในการดูแลของผู้สูงอายุ เหมือนเป็นญาติ เป็นคนในครอบครัว ยินดีที่มีการส่งผู้ดูแลมาถึงที่บ้าน”

ผู้สูงอายุ (รายที่ 6) “ดีใจที่มีเจ้าหน้าที่ พร้อมผู้ดูแลมาดูแลอย่างใกล้ชิด รู้สึกปลอดภัย...บางทีเขาจะให้อาหารอร่อยจากมือถือเขานะ ใจสงบเยอะ จะได้ไม่กลัวตาย กลัวเจ็บ...กลัวปวด”

ผู้สูงอายุ (รายที่ 8) “ผู้ดูแลดี มากุ้ย มาเป็นเพื่อน ดูแลฉันไม่รังเกียจ ทำเหมือนญาติเลยละ...เวลาเขามาฉันก็คุยระบายเรื่องให้เขาฟัง เขาก็ปลอบใจฉันนะ เขาฟังฉัน ตามใจฉันกว่าลูก ๆ ฉันอีกนะนี่...”

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้ควบคุมกำกับ การปฏิบัติงาน คือบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และการลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ข้อค้นพบสอดคล้องกันว่า อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพและสังคมฯ มีศักยภาพในการปฏิบัติงานได้ตามขอบเขตที่กำหนด¹ ได้แก่ (1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การช่วยเหลือเคลื่อนย้าย การช่วยเหลือการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือการขับถ่าย (2) การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การประเมินสัญญาณชีพ ดูแลเรื่องยาเบื้องต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น การนวดกระตุ้นการไหลเวียน การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะสมองเสื่อม การติดตั้งรอกเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อติด และ (3) การดูแล



สิ่งแวดล้อมและการประสานงาน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ดูแลพื้นที่ให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก จัดมุมพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุในบริเวณบ้าน ให้คำแนะนำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัว ผลจากการดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้จะเป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ได้รับจากการดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นแบบองค์รวม (holistic care) โดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ⁹ ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นหรือวัดจากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างเดียว แต่ต้องประเมินผลลัพธ์ในมุมมองของผู้ป่วยเอง¹¹

จากการประเมินผลลัพธ์การดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลลัพธ์ที่ประเมินจำนวน 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และด้านจิตใจ ในมุมมองของผู้สูงอายุ ญาติ บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีความสอดคล้องกัน พบว่า มิติด้านการเคลื่อนไหว อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีความสามารถส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อและข้อด้วยการนวดกระตุ้นการไหลเวียน การติดตั้งรถเข็นเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อติด และการพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยการออกกำลังกาย ซึ่งเหมาะสมกับแนวคิดการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เปราะบาง (vulnerable elderly)¹⁵ ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่เปราะบางเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ง่าย และความเสื่อมสภาพของร่างกายไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายควบคุมอาการและฟื้นฟูสภาพจากโรคเรื้อรัง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ มิติด้านการดูแลตนเอง จากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลตนเองหรือช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นตามสภาพร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน และการรับประทานอาหาร นำไปสู่การลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติดูแลช่วงกลางวันหรือผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชารีย์ ใจคำว้าง และคณะ¹⁶ ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ได้ระบุว่า ผู้ดูแล (ญาติ) มีศักยภาพที่ดีและเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น พึ่งพาน้อยลง และช่วยเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกลายเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ มิติกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นช่วยการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และถือว่าเป็นที่มสุขภาพที่ช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่สามารถลงไปทำงานอย่างใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนได้ทุกวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก การขับถ่าย การเปลี่ยนเสื้อผ้า ช่วยแบ่งเบาภาระกับญาติผู้ดูแล ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลในช่วงกลางวัน และผู้สูงอายุอยู่คนเดียว นอกจากดูแลผู้สูงอายุแล้ว ยังให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุกับญาติ สร้างความพึงพอใจต่อญาติและผู้สูงอายุ ที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย (physiology needs) ตามทฤษฎีของ Maslow¹⁷ เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต ได้แก่ ความต้องการเพื่อตอบสนองความหิว ความกระหาย ความต้องการเพื่อความอยู่รอดของชีวิต ก็คือปัจจัยสี่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่פקอาศัย รวมถึงสิ่งที่ทำให้การดำรงชีวิตสะดวกสบาย

มิติอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้ช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บปวด และอาการไม่สบายตัวให้ผู้สูงอายุหลายกิจกรรม ได้แก่ การช่วยพลิกตะแคงตัวและจัดท่าเพื่อป้องกันแผลกดทับ การทำแผลกดทับ และช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากผิวหนังแห้ง สอดคล้องกับข้อค้นพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะพบความปวดสูง¹⁸ การศึกษาของกฤตพัทธ์ ฝึกฝน และคณะ¹⁹ ค้นพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสบการณ์ของความปวด และให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนควรกำหนดให้มีการประเมิน



และวางแผนจัดการความปวดอย่างเหมาะสมทุกครั้งที่ได้รับบริการสุขภาพที่บ้าน และด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นช่วยดูแลและสนับสนุนด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และญาติ จัดว่าเป็นองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นปฏิบัติได้ดีมาก ได้แก่ การได้ลงไปเยี่ยมให้กำลังใจ พุดคุย และดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประจัญตามิตร สอดคล้องกับการศึกษาอื่น²⁰ พบว่าอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีความสุขเมื่อมีคนไปให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ

บทสรุป

จากการประเมินผลลัพธ์การดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลลัพธ์ที่ประเมินจำนวน 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และด้านจิตใจ สรุปได้ว่าการดูแลที่ได้รับจากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นสามารถพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอนาคตแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มสูงขึ้น และมีความต้องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคให้อาหารหลักโภชนาการ การพักผ่อนเพียงพอ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัว เป็นต้น เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นทางการยังมีไม่เพียงพอ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจะช่วยสนับสนุนระบบบริการดูแลระยะยาว (long term care) ของประเทศไทยในอนาคต ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการดูแลระยะยาว เพิ่มอัตราการจ้างงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้น สร้างแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจแก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้คงอยู่ในระบบ และเพิ่มพูนความรู้และการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์การดูแลของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งมิติการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณการจ้างงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่จัดเป็นกลุ่มผู้ดูแลประเภทได้รับค่าตอบแทน (paid caregiver) ให้มีความครอบคลุมและจำนวนเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อรองรับกับระบบบริการดูแลระยะยาว (long term care) เตรียมรองรับกับสังคมผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย และสนับสนุนงบประมาณจากงบประมาณ ด้านวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2565



References

1. Department of Local Administration. Local care volunteer project to care for dependent elderly people [internet]. 2020 [cited 11 May 2022]. Available from <https://www.dla.go.th/index.jsp> (in Thai)
2. Leelahavarong P, Jinatongthai P, Chanthawong S, Wongsalap Y, Kengkla K, Yanpiboon A, et al. An Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on access to healthcare services of elderly in Thailand. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program. 2022.(in Thai)
3. Faculty of Nursing, Mahidol University. Risks and impacts on the elderly during Covid-19 [internet]. 2022 [cited May 2022]. Available from <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-13/> (in Thai)
4. Sripho S, Chansuvan S, Phothong P, Khachat S, Chantorn A. Mental health and mental health self-care for the elderly in the situation of COVID-19 at Sam Chuk, Suphanburi Province. Journal of Health and Nursing Research, 2023; 39(1): 100-110.(in Thai)
5. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Training manual for elderly caregivers, 70-hour course. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health; 2013.(in Thai)
6. Ministry of Interior regulations regarding Local Care Volunteers of Local Administrative Organizations and disbursement of expenses 2019. Royal Gazette Volume 136, Special episode 145 D (Dated 7 June 2019).
7. Committee to Develop Screening and Health Assessment Tools for the Elderly Health. Manual for screening and evaluating the health of the older adults 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021.(in Thai)
8. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2021 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society; 2021.
9. Sukarnjanaset P, Sakthong P, Kasemsup V. Item analysis, validity and reliability of the patient-reported outcome measure of pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QoL) at Ramathibodi Hospital. Thai Pharm Health Sci J, 2015; 10(2): 49-58.
10. Yasud P, Kittipanya-ngam P. Quality of life and utility in cardiac surgical patients at Queen Sirikit Heart Center of the northeast. Srinagarind Med J, 2021; 36(3): 253-259.
11. Photharos N. Measurement of health-related quality of life. EAU HERITAGE JOURNAL Science and Technology, 2016; 10(3): 36-43.(in Thai)
12. EuroQOL. EQ-5D User Guides [internet]. 2019 [cited 2023 May 10]. Available from: <https://euroqol.org/publications/user-guides/>
13. Chantavanich S. Qualitative research methods. Print No. 19. Bangkok: Chulalongkorn University, 2011. (in Thai)
14. Lincharearn A. Data analysis and presentation in qualitative research [internet]. [cited 11 May 2022]. Available from https://www.academia.edu/34094087_Data_Analysis_and_Presentation_in_qualitative_research.(in Thai)



15. Chantakeeree C. Promoting exercise behaviour for vulnerable Elderly. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 2016; 24(2): 1–13.(in Thai)
16. Jaikhamwang N, Juksuphan W, Noijuar W, Choomchumpoo S, Trakoonrerk I. The situation, problems and care needs for chronically ill elderly with bedridden in community during the COVID-19 Outbreak, Udonthani Province. Journal of Nursing and Health Care, 2022; 40(1): 17–25.(in Thai)
17. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological Review, 1943; 50(40): 370–96.
18. Choi NG, Snow AL, Kunik ME. Pain severity, interference, and prescription analgesic use among depressed, low-income homebound older adults. Aging Ment Health, 2016; (8); 20: 804–13. doi: 10.1080/13607863.2015.1037244
19. Fukfon K, Chaimai A, Techavises S. Factors Associated with pain level among community-dwelling dependency older adults. Journal of Research in Nursing–Midwifery and Health Sciences, 2022; 42(1): 49–60.
20. Laosan C, Chaiyasat K, Witthayakhaow W. Caring for the dependent elderly at the center for elderly care at Waeng Sub-District Health Promotion Hospital, Kradian Subdistrict, Trakan Phueth Phon District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Health Science, 2020; 29(5):813–21.

การศึกษาประสบการณ์ความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹Hopelessness Experience of Family Caregivers of Patients with Stroke¹ภาวณิ แพงสุข² ชลดา กิ่งมาลา² ณวริษฐ์ พิระถาวรวิทย²Pavinee Pangsuk² Chonlada Kingmala² Nawarit Peerathawornwit²¹สนับสนุนทุนการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข¹Research granted by The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pavinee Pangsuk; Email: pavinee@bcnsurin.ac.th

Received: May 12, 2023 Revised: January 5, 2024 Accepted: February 16, 2024

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวนับเป็นภาระที่หนักซึ่งอาจสร้างความเหนื่อยล้าและความเครียดให้กับผู้ดูแลอย่างมาก งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เพื่ออธิบายประสบการณ์ความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2565 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) รับรู้ถึงความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือความรู้สึกเหนื่อย ท้อใจ โทษตนเองและผิดหวังจากการที่ดูแลผู้ป่วยแล้วอาการไม่ดีขึ้น จนเกิดความรู้สึกไม่อยากดูแลผู้ป่วยต่อไป 2) ญาติผู้ดูแลทุกคนมีประสบการณ์ในการเกิดความสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยในช่วงปีแรก มีอาการแยลง ต้องกลับเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาล และญาติผู้ดูแลมีความเครียดส่วนตัว 3) สาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งจากญาติ ผู้ดูแลเอง จากผู้ป่วยและครอบครัว 4) ความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยตรง และ 5) วิธีการสร้างความหวังให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกครั้งคือการมองหาผู้ช่วยในการดูแล การสร้างแรงจูงใจและพลังในตนเอง และเข้าใจการดำเนินของโรค ผลการศึกษาในครั้งนี้ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน สาเหตุ ผลกระทบและวิธีการลดความสิ้นหวังได้ ซึ่งอาจเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการทำความเข้าใจ และให้ความช่วยเหลือได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

คำสำคัญ: ความสิ้นหวัง; ญาติผู้ดูแล; โรคหลอดเลือดสมอง



Hopelessness Experience of Family Caregivers of Patients with Stroke¹

Pavinee Pangsuk² Chonlada Kingmala² Nawarit Peerathawornwit²

¹Research granted by The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

²Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pavinee Pangsuk; Email: pavinee@bensurin.ac.th

Received: May 12, 2023 **Revised:** January 5, 2024 **Accepted:** February 16, 2024

Abstract

Caring for a stroke patient for a long time is burdensome, which can cause caregivers fatigue and stress. The aim of this descriptive qualitative study was to describe hopelessness experiences of family caregivers of the stroke patients in community. The participants were 10 family caregivers providing direct care for the stroke patients in community. Data were collected by in-depth interviews between September 2021 and April 2022. Data were analyzed by content analysis method. Five themes emerged from data analysis were as follows: 1) Perceptions of hopelessness for caring the stroke patients were tried, discouraged, self-blaming, and disappointed when the patients were not recovered, resulting in desperateness to continue caring for the patients. 2) All of caregivers had experiences to encounter hopelessness for caring the stroke patients at first year when the patients had worsen a symptom and readmission to a hospital, which caused more stress for caregivers. 3) Causes of hopelessness for caring the stroke patients were from the caregiver themselves, patients and family. 4) Hopelessness for caring the stroke patients had direct effects on the patients and caregivers. 5) Reconstruction of hope and ability to care for the patients rebounded by looking for assistance, motivation, empowerment, and learning disease progression. The results of this study disclose the hopelessness phenomenon, causes, effects, and how to deal with hopelessness of the family caregivers of the stroke patients. These findings may be useful for health personnel to understand and provide relevant support to the family caregivers of the stroke patients in community.

Keywords: hopelessness; family caregiver; cerebrovascular disease

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นโรคที่ส่งผลให้ประชาชนเสียชีวิตและมีภาวะทุพพลภาพได้ โดยพบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 50 ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้¹ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนต้องกลับมารับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เพราะมีความพิการหลงเหลืออยู่โดยความพิการนั้น มีความจำเป็นต้องกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน การเจ็บป่วยที่เรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยตรง² โดยครอบครัวจะมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คนเป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยรอบด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ ส่งผลให้มีภาระงานและกิจกรรมการดูแลที่มากและต้องดูแลอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลในหลายๆ ด้าน ได้แก่ พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับค่อนข้างบ่อย อ่อนล้าและรู้สึกร่างกายทรุดโทรม³ เกิดความเครียด⁴ ซึ่งเกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยปริมาณงานที่มากและยุ่งยากซับซ้อน ที่วันเวียนให้ญาติผู้ดูแลต้องได้รับผลกระทบเป็นวงจรทุก ๆ วัน จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวัง (hopelessness) ในการดูแลผู้ป่วยขึ้น⁵⁻⁷

ความสิ้นหวัง (hopelessness) คือการที่บุคคลต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมและ หลีกเลี่ยงได้ จนเกิดความรู้สึกหมดหนทางในสถานการณ์นั้น⁸ ส่งผลให้เกิดการรบกวนความคิดในด้านบวก หากเกิดขึ้นนานจะส่งผลให้บุคคลมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย⁹⁻¹⁰ ความสิ้นหวังจึงเป็นผลกระทบสำคัญของญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เนื่องด้วยญาติผู้ดูแล ต้องพบเจอกับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในสถานการณ์แต่ละวัน ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมและหลีกเลี่ยงได้ จนเกิดความรู้สึกหมดหนทางในสถานการณ์ต่างๆ เกิดการรับรู้สถานการณ์ที่พบในด้านลบ ทำให้เกิดการรับรู้เชิงลบในตนเอง จนเกิดเป็นความสิ้นหวังขึ้น ซึ่งอาจแสดงอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ใน ¹¹ อาการนี้ ได้แก่ โศกเศร้า การตอบสนองต่อบางอย่างล่าช้า มีความคิดหรือพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับ เหนื่อยเพลีย ต่าหนดตนเอง มีปัญหาด้านสมาธิ ปัญญาอ่อน กังวล ความนับถือตนเองลดลง การพึ่งพาผู้อื่น และอาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้¹² สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 26.83¹¹ ดังนั้นการลดความสิ้นหวังโดยการเพิ่มความหวัง จึงเป็นวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งวิธีการลดความสิ้นหวังที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการปรับความคิดให้ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นและใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง ยังไม่พบรูปแบบการลดความสิ้นหวังที่เป็นรูปธรรม¹²

จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นอีกจังหวัดหนึ่ง ที่พบว่ามีประชาชนในจังหวัดมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้น ซึ่งพบถึง 48.05 ต่อประชากรแสนคน¹³ และพบว่า มีญาติผู้ดูแลมีความเครียดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน⁶ ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลได้⁶⁻⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ขึ้น เพื่อให้ทราบถึงความหมายของความสิ้นหวังที่เกิดกับญาติผู้ดูแล ประสบการณ์ที่เกิดความสิ้นหวัง สาเหตุต่างๆที่ทำให้เกิดความสิ้นหวัง และผลกระทบต่างๆที่เกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลมีความสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วย รวมถึงวิธีการต่างๆที่จะช่วยในการสร้างความหวังให้กับญาติผู้ดูแลได้ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาออกแบบพัฒนารูปแบบที่ช่วยลดความสิ้นหวังให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview)

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออกที่กำหนด ได้แก่ 1) เป็นญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 สัปดาห์ 3) เคยมีหรือมีประสบการณ์สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) ยินดีให้ข้อมูลและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และ 5) ต้องไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีทั้งหมด 10 คน โดยเป็นเพศหญิง 9 คนและเพศชาย 1 คน มีอายุอยู่ในช่วง 25-67 ปี มีระดับศึกษาชั้นประถมศึกษาทุกคน มีรายได้อยู่ในช่วง 1,500-10,000 บาทต่อเดือน มีสถานภาพสมรสคู่และโสด ประกอบอาชีพเกษตรกรทั้งหมดและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1-4 ปี

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามหลักจริยธรรมวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร รัชต์ P-EC 01-05-63 วันที่ 14 ตุลาคม 2563 และได้ดำเนินการกับผู้ให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงหลักผลประโยชน์ หลักการเคารพความเป็นบุคคล และหลักความยุติธรรม ได้แก่ การขอคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนดำเนินงานวิจัยและสามารถยุติการสัมภาษณ์ทันทีที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจจากการสัมภาษณ์ การดำเนินการสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมตน การไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย ให้เกียรติผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างการสัมภาษณ์หากพบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสับสนเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะหยุดสัมภาษณ์และดูแลด้านจิตใจผู้ให้ข้อมูลก่อน หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ และดำเนินการสัมภาษณ์ต่อหากผู้ให้ข้อมูลพร้อมและรู้สึกดีขึ้น การแจ้งความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย การปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล การใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล และการเก็บรักษาข้อมูลทุกอย่างอย่างเป็นความลับ

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการทำวิจัยเชิงคุณภาพและ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ สถานภาพสมรส และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2.2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตัวอย่างคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ ได้แก่ “ท่านคิดว่า ความสิ้นหวังในการดูแล นั้นเป็นอย่างไร” “ท่านให้ความหมายของ ความสิ้นหวังในการดูแล อย่างไร” “ท่านเคยรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร” “อะไรบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพราะเหตุใด” “ท่านคิดว่า การสิ้นหวังในการดูแล



ทำให้ท่านดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นหรือแย่ลง เพราะเหตุใด” “ท่านคิดว่า ผลกระทบจากการสั่นไหวในการดูแลผู้ป่วยมีอะไรบ้าง” “ท่านมีความหวังในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร” และ “ท่านมีวิธีการในการสร้างความหวังให้กับตนเองอย่างไรบ้าง” 2.3) เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูลขณะสัมภาษณ์ และ 2.4) แบบบันทึกช่วยจำในภาคสนาม (field note)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียง ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ สร้างโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พูดแสดงความคิดเห็นต่อปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ได้อย่างเต็มที่ ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สังเกตอาการปฏิกิริยา อารมณ์ สีหน้าท่าทาง และจดบันทึกในสิ่งที่สังเกตเห็นด้วย ผู้วิจัยกล่าวทบทวนข้อมูลสำคัญหรือประเด็นสำคัญเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาสนทนากลุ่ม ประมาณ 40 – 60 นาที และกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดข้อมูลจากบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค และงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Van Manen¹⁴ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ ทำความเข้าใจธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิตที่ต้องการศึกษา อ่านและทำความเข้าใจข้อมูล และดึงคำหลักสำคัญของประสบการณ์ที่ศึกษา ตีความและจัดหมวดหมู่ของข้อความหรือคำหลัก จัดลำดับเชื่อมโยงของหมวดหมู่ วิเคราะห์เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ แล้วนำมาจัดเป็นข้อสรุปของข้อมูลที่อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมวิจัย เขียนพรรณนาปรากฏการณ์ที่ศึกษา ตรวจสอบความสอดคล้องของปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยนำข้อมูลให้ทีมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลบางส่วนร่วมตรวจสอบ และตรวจสอบความสมดุลของประเด็นหลักและรองที่นำเสนอ เพื่อให้สะท้อนปรากฏการณ์ที่กำหนด

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการได้มาของข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์การศึกษาว่า มีความเป็นจริงและมีความถูกต้องมากที่สุด โดยดำเนินการดังนี้¹⁵ 1) ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการสร้างความรู้ความไว้วางใจในการพร้อมแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตจริงแก่ผู้วิจัยก่อนการสัมภาษณ์ อย่างน้อย 2 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที และก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและยินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ และการให้ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้วิเคราะห์ข้อมูล 2) ผู้วิจัยอธิบายบริบทที่ศึกษา รายละเอียดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบริบทที่มีความเหมาะสมและคล้ายคลึงกับบริบทที่ศึกษา 3) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปตรวจสอบกับผู้ร่วมวิจัยอีก จำนวน 2 ท่าน มีการตรวจสอบกระบวนการของการทำวิจัย โดยที่ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 ท่านสามารถติดตามการตัดสินใจต่าง ๆ และเห็นด้วยกับผลการศึกษาโดยไม่มีข้อโต้แย้ง และ 4) ทุกขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่สำคัญเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบโดยผู้วิจัยจัดเก็บบทสัมภาษณ์ แยกเป็นแฟ้มข้อมูลแต่ละคนอย่างเป็นระเบียบ



ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี และ 41-50 ปี (ร้อยละ 30) (Min = 25, Max = 67, Mean = 42.70, SD = 12.21) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 50) มีรายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท (ร้อยละ 60) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ปี (ร้อยละ 40) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	9	90.00
ชาย	1	10.00
อายุ (ปี)		
20-30	1	10.00
31-40	3	30.00
41-50	3	30.00
51-60	2	20.00
61-70	1	10.00
(Min = 25, Max = 67, Mean = 42.70, SD=12.21)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	50.00
มัธยมศึกษา	2	20.00
ปริญญาตรี	3	30.00
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
$\leq 5,000$	6	60.00
5,001 -10,000	4	40.00
สถานภาพสมรส		
โสด	3	30.00
สมรส/คู่	7	70.00
อาชีพ		
เกษตรกร	10	100.00
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปี)		
1	2	20.00
2	4	40.00
3	3	30.00
4	1	10.00
(Min = 1, Max = 4, Mean = 2.30, SD = .94)		



ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลพบว่า ประสบการณ์ความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความหมายของความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ประสบการณ์การเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล 3) สาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) ผลกระทบจากการสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ 5) วิธีการสร้างความหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายของความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ถึงความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือความรู้สึกเหนื่อย ท้อใจ โทษตนเองและผิดหวังจากการที่ดูแลผู้ป่วยแล้วอาการไม่ดีขึ้น จนเกิดความรู้สึกไม่อยากดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังคำพูดของภรรยารายหนึ่งว่า “สิ้นหวังในการดูแลเขา มันเหนื่อย ทำไปแล้วแทนที่จะดี มีแต่แย่เยอะขึ้น ไปโรงพยาบาลบ่อย มันก็ไม่อยากดูแลต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) เช่นเดียวกับภรรยาอีก 2 รายว่า “ตามที่เคยเป็นกับตัวเองนะ มันคืออารมณ์ที่ไม่ดีเลย รู้สึกไม่ดี ท้อใจมาก คิดว่าทำไมเราทำอะไรผิดอาการถึงไม่ดีขึ้น เงินไม่ได้ คิดไปคิดมากก็ท้อใจตัวเอง ทำไปทำไม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) และ “เคยสิ้นหวังนะ ตอนนั้นมันมาจากที่เราคิดเอง ว่าต้องหาย ต้องดีขึ้นนะ แต่พอนาน ๆ ไป มันไม่ดีขึ้น มันเลยสิ้นหวัง ไม่อยากดูแลต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) รวมถึงคำพูดของลูก 2 รายว่า “มันเป็นเหมือนอารมณ์ที่เราเหนื่อยบ่อย ๆ ท้อแท้บ่อย ๆ มันสะสมตอนที่เรารู้ว่าเขามานานค่ะ เราก็ต้องคิดว่าอยากให้โรคมันหาย แต่เราทำไปทุก ๆ วัน มันก็ไม่เห็นมีอะไรดีขึ้น มันเลยสิ้นหวังแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) และ “คิดว่ามันคือความผิดหวังซ้ำ ๆ ที่ต้องดูแลแล้วอาการไม่ดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

2. ประสบการณ์การเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคน มีประสบการณ์การเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยความรู้สึกสิ้นหวังนี้ อาจเกิดขึ้นใน 4 ช่วงของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

2.1) ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคที่แย่ลงหรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงช่วงเวลาที่ทำให้ญาติผู้ดูแลสิ้นหวังทุกคน คือช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการที่แย่ลง เช่น มีแผลกดทับที่ใหญ่ขึ้น มีข้อติดเพิ่มขึ้น และรวมถึงมีภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ผู้ป่วยร่างกายผอมลง ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ใจในการดูแล ที่สวนทางกับความคาดหวังว่าผู้ป่วยควรมีอาการที่ดีขึ้นและหายจากโรคได้ ดังคำพูดของลูก 2 รายว่า “ตอนที่เขาแย่ลง แผลเขามันมีหนอง ใหญ่ขึ้น ตอนนั้นคือเราก็อ่แย่เลย คิดสิ้นหวัง ทำอะไรหนอ ถึงเป็นเยอะขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และ “ช่วงที่เราดูแลเขาดีมาก แต่ยิ่งดูแลยิ่งผอมเหลือแต่กระดูก เราก็อ่ทนนะ ทำอะไรไม่ดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2.2) ช่วงที่ผู้ป่วยต้องกลับไปนอนโรงพยาบาล โดยญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงความสิ้นหวังจะมีมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องพบเจอกับเหตุการณ์วิกฤตอีกครั้ง ปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อีกทั้งต้องดูแลเฝ้าไข้ผู้ป่วยเพียงคนเดียว จนเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลอีกครั้ง ดังคำพูดของภรรยา 3 รายว่า “ช่วงนอนโรงพยาบาล ความคิดมันเยอะแยะไปหมด สิ้นหวังไปหมด ไม่อยากดูแลต่อเลย ทำอะไรยิ่งดูแลยิ่งแย่ต้องไปนอนโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) “นอนโรงพยาบาลก็ต้องไปเฝ้าอีก เฝ้าคนเดียว ได้แต่คิดนะ อะไรหนักหนา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8) และ “ยิ่งตอนนอนโรงพยาบาลนะ ยิ่งสิ้นหวัง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2.3) ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมารักษาในช่วง 1 ปีแรก โดยญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงความสิ้นหวังเกิดได้บ่อยครั้งในช่วง 1 ปีแรกที่ผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ โดยต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบไม่มีบุคลากรทางการแพทย์คอยให้การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมการดูแลด้วยตนเองทั้งหมด อีกทั้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้และทักษะร่วมด้วย และต้องทำกิจกรรมการดูแลเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดความกังวลใจ ความเครียดสะสม ความผิดหวัง



และสิ้นหวังในการดูแล ดังคำพูดของภรรยา 2 รายว่า “ช่วงแรกๆนะ กลับมาบ้านใหม่ๆ ...ก็ยังไม่ทำอะไร ไม่คิดอะไร แต่พอเริ่มเป็นปี ช่วงนั้นสุด ๆ ก็เริ่มไม่ไหว ทำตลอดเลย ทำเยอะ...ทำทุกวัน เครียดนะ ถามตัวเองว่าทำไปทำไม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) และ “ช่วงปีแรก ทำคนเดียวตลอดเลย ทำทุกอย่าง เครียด ไม่มีคนช่วย...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) และคำพูดของสามีท่านหนึ่งว่า “ช่วงที่สิ้นหวังที่สุดนะ คือตอนกลับมาจากโรงพยาบาลได้ชักพักแล้ว น่าจะเกือบปี มันเริ่มเบื่อ ทำเท่าไรก็ไม่ดีขึ้นเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10) และ

2.4) ช่วงที่ญาติผู้ดูแลมีความเครียดส่วนตัว โดยญาติผู้ดูแลรับรู้ว่า ในช่วงการดูแลผู้ป่วย หากญาติผู้ดูแลมีความเครียดส่วนตัวจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ จะส่งผลให้เกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ดังคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “ตอนที่เรายุ่งเรื่องของเราด้วยนะ ...ช่วงนั้นนะ สิ้นหวังมาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และคำพูดของลูกท่านหนึ่งว่า “จะสิ้นหวังเยอะขึ้น ช่วงเราต้องคิดเรื่องของเรา...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเกิดขึ้นในด้านลบ ได้แก่ รู้สึกเครียด เบื่อ ไม่อยากดูแลผู้ป่วยต่อไป บางครั้งเครียดจนเกิดผลกระทบต่อตนเอง เช่น นอนไม่หลับ ทำให้ร่างกายเหนื่อย เพลียจนต้องขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนตน

3. สาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่า สาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 3 สาเหตุดังนี้

3.1) สาเหตุจากญาติผู้ดูแล ได้แก่ 3.1.1) ญาติผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ไม่รู้วิธีการในการดูแลผู้ป่วยและขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามกิจกรรมการดูแล เกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมและแบบคาดเดา จนอาการของผู้ป่วยแย่ลง เกิดความรู้สึกท้อแท้ในการดูแล จนเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้น ดังคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “ทำไม่เป็น แล้วก็เกิดปัญหา ซ้ำติด เข้าติด แขนติด ทำไปแบบไม่ถูก แต่อยากให้หาย พอไม่หายก็มาคิดสิ้นหวังเอง...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) **3.1.2) ญาติผู้ดูแลเหนื่อยล้าสะสมจากการดูแลผู้ป่วย** ไม่มีแรงในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ มีความคิดไม่อยากดูแลผู้ป่วยต่อ เกิดความรู้สึกด้านลบต่อการดูแล และรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลเกิดขึ้น ดังคำพูดของภรรยา 2 ท่านว่า “....เหนื่อยทุกวัน มันก็ต้องเก็บสะสม ไม่อยากดูแล สิ้นหวัง คิดวนเวียนในหัว...ถอนหายใจและพูดว่า เฮ้อ...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8) และ “ถ้าเราเหนื่อยบ่อย ๆ จะไม่อยากป้อนข้าว ป้อนน้ำ ไม่อยากจับข้อป้อน...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) **3.1.3) ญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้** จากการขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกหมกมุ่นแต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เมื่อเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย จะไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ จนเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้น ดังคำพูดของลูก 2 ท่านว่า “สิ้นหวังหรือไม่สิ้นหวัง เราเองที่เป็นคนคิด ...ถ้าเรามีปัญหาแก้ปัญหาก็ไม่ได้ เราก็อ่อนไหว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) และ “...อีกอย่าง สิ้นหวังเพราะความคิดตัวเอง เราคิดดี เราคิดบวก เราดูแลความคิดเราได้ เราจะไม่สิ้นหวัง ถ้าเราคิดไม่ดี ยังไงเราก็อ่อนไหว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) **3.1.4) ญาติผู้ดูแลขาดแรงจูงใจและพลังใจในการดูแล** จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างยาวนานและต่อเนื่องในทุกวัน ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและพลังใจด้านบวกในการดูแลผู้ป่วย จนเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้น ดังคำพูดของลูกท่านหนึ่งว่า “จะมีการขาดแรงจูงใจในการดูแล เลยสิ้นหวัง.....” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) และคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “ไม่ไหว ไม่มีแรง ไม่มีแรงใจ....พลังใจนะสำคัญ ถ้าไม่มีก็ไม่มีแรงดูแลในแต่ละวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) **3.1.5) ญาติผู้ดูแลถูกตำหนิจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง** เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จนเกิดการตำหนิตนเอง นับถือตนเองลดลงและเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้น ดังคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “จริง ๆนะ ถ้าเราทำดี แล้วโดนว่า มันหนักมากนะ โดนบ่อย ๆ เครียด ไม่อยากดูแล สิ้นหวัง ...ทำไมต้องโดนว่า...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) และคำพูดของลูกท่านหนึ่งว่า “สิ้นหวัง



เพราะคำพูดคน ที่มาว่าเรา ต่อให้เราทำดี แต่ก็หาคำมาว่าเรา...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และ 3.1.6) ญาติผู้ดูแลต้องการอิสรภาพส่วนตัว จากที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ สามารถออกจากบ้านเพื่อไปสถานที่ต่างๆ ในการทำภารกิจส่วนตัวได้ แต่เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทุกวัน ทำให้รู้สึกอึดอัด หงุดหงิดและโมโห จนเกิดความรู้สึกในแง่ลบต่อการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้น จนเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลเกิดขึ้น ดังคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “แต่ก่อนอยากไปไหนก็ได้ไป ได้ทำในสิ่งที่อยากทำ ตอนนี้อยู่ไหนก็ได้ไม่ได้ อยู่แต่บ้านดูแลคนป่วย ไม่อิสระ ...ก็โมโหะบางครั้ง มันมีธุระจำเป็น ต้องเป็นแบบนี้นานไหม...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) สาเหตุที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่เกิดจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเป็นหลัก จึงเป็นสาเหตุของการเกิดความสิ้นหวังจากการดูแล ที่ญาติผู้ดูแลต้องพบเจออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

3.2) สาเหตุจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 3.2.1) ผู้ป่วยมีกิจกรรมการดูแลที่มากและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เช้าถึงเข้านอน และต้องทำอย่างต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดความเหนื่อยล้าและเครียดสะสม นำไปสู่ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากความทุ่มเทในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อพบว่ากิจกรรมการดูแลที่ทุ่มเทดูแล ทำให้อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจึงเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย ดังคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “สิ้นหวังเพราะพยายามทำดูแลแล้ว ทุ่มเททำทุกอย่างให้ดีขึ้น อดหลับอดนอน...แต่ละวันทำเยาะเย้ยไปหมด ไม่ได้พักผ่อน ทำแล้วมันไม่หาย มันก็สิ้นหวัง สงสัยทำไม...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) และลูกท่านหนึ่งว่า “อาการไม่ดีขึ้น เลยสิ้นหวัง ยิ่งเป็นมากขึ้น ยิ่งสิ้นหวังเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และ 3.2.2) ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคที่แย่งลง ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของญาติผู้ดูแล จนเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้น ดังคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “เราไม่รู้ว่าจะต้องดีขึ้นแบบไหน แบบไหนที่ดีขึ้น พอเราคาดหวังสูงให้หาย แต่ไม่หาย มันแย่ ต้องนอนโรงพยาบาล มันไม่ได้ตั้งใจ ก็สิ้นหวัง...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

3.3) สาเหตุจากครอบครัว ได้แก่ 3.3.1) การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีพลังและแรงกายในการดูแลผู้ป่วยต่อ เกิดความรู้สึกมีที่พึ่งพาพึ่งพิงได้ แต่หากไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว จะเกิดความรู้สึกน้อยใจจนเกิดความคิดไม่อยากดูแลผู้ป่วยต่อ หหมดแรงใจในการดูแลและสิ้นหวังเกิดขึ้น ดังคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “ช่วงปีแรก ทำคนเดียวตลอดเลย ทำทุกอย่าง เครียด ไม่มีคนช่วย...ตัวคนเดียว ทำทั้งวันเลย ยิ่งคิดยิ่งน้อยใจ เหนื่อยด้วย... มีลูกนะ แต่ไม่มีใครมาช่วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) และคำพูดของลูกท่านหนึ่งว่า “พอไม่มีคนช่วย หหมดแรงใจ สิ้นหวังที่ต้องดูแล เป็นหลักในการดูแล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) และ 3.3.2) การขาดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียดสะสม จนเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้น ดังคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “มีเงิน ก็มีแรงทำ มีแรงใจทำ ทำได้ อยากได้อะไรมาดูแลก็หาซื้อได้...ถ้าไม่มีเงินซื้อแพมเพิสบ่อยๆ มันจะคิดลบบ่อยๆ ไม่อยากดูแล อยากทิ้งให้ตายๆ ไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

4. ผลกระทบจากการสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนรับรู้ว่าการเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและต่อตนเอง ได้แก่ 4.1) ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมหรือไม่ได้รับการดูแลจากการที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้จากความรู้สึกสิ้นหวังที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคแย่ลง มีภาวะแทรกซ้อนของโรค และเสียชีวิตได้ ดังคำพูดของลูก 3 ท่านว่า “ถ้าเราสิ้นหวัง เขาก็แย่ลง เพราะไม่มีคนดู” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) “ไม่ได้หรอก ถ้าเราสิ้นหวัง เราจะมัวคิดแต่เรื่องของเรานะ จนไม่ได้ดูแล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) และ “เราสิ้นหวัง จะทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่จะไม่ได้รับการดูแล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) 4.2) ผลกระทบที่เกิดกับตนเอง คือการเจ็บป่วยทางใจซึ่งจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้ จากการที่ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง มีความคิดและความรู้สึกในแง่ลบจากการดูแล และนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ ดังคำพูดของภรรยาท่านหนึ่งว่า “เราคงต้องเป็น



คนซึมเศร้า...ทำอะไรไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) คำพูดของลูกท่านหนึ่งว่า “ผลกระทบอีกอีกทางคือเราเอง เราจะเป็นซึมเศร้าได้นะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) และสามีท่านหนึ่งว่า “คงทำให้เราไปต่อไม่ได้ คงฆ่าตัวตายได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10) ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีส่วนให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้อาการของผู้ป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น และญาติผู้ดูแลจะต้องพบกับการรวนเวียนมาพบกับเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความสิ้นหวังอีกครั้ง

5. วิธีการสร้างความหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่ามีพลังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความหวังในการดูแลใหม่ หากญาติผู้ดูแลมีความหวังใหม่เกิดขึ้น ซึ่งต้องสร้างความหวังด้วยตนเองรวมถึงการมองหาความหวังจากผู้อื่นรอบกาย โดยญาติผู้ดูแลเสนอแนะมีวิธีการสร้างความหวังเพื่อลดความสิ้นหวังให้กับตนเองหรือรวมถึงการสร้างความหวังให้กับตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 5.1) การมองหาผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสในการพักกายและใจ มีเวลาส่วนตัวในการจัดการกับภารกิจส่วนตัว ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้ผ่อนคลายและมีความรู้สึกที่ดีขึ้น ดังคำพูดของลูก 3 ท่านนี้ว่า “ถ้ามีคนช่วยนะ จะมีเวลาพักผ่อน ได้ไปทำอะไรบ้าง จะดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) “เราต้องมีหวังเราต้องรู้สึกดีขึ้น... ไม่มีสิ้นหวัง มันไม่ดีหรอกอย่างแรกต้องหาคนมาช่วยก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) และ “ต้องหาคนมาช่วย แบ่งเบาเวลาดูแลกัน ไม่ใช่ให้เราทำเองคนเดียวทั้งหมด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) 5.2) การสร้างแรงจูงใจให้ตนเองและสร้างพลังให้ตนเอง เพื่อเป็นการปรับวิธีคิดของญาติผู้ดูแลให้สามารถแก้ไขปัญหามาจากการดูแลผู้ป่วยได้ ผ่านการคิดสร้างแรงจูงใจด้วยตนเอง การคิดบวกเพื่อสร้างพลังให้ตนเอง และการมองเห็นข้อดีมากกว่าข้อเสียจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย ดังคำพูดของลูกท่านหนึ่งว่า “...ทำได้นะ ต้องรู้สึกดีกับตัวเอง... หว่ะไรให้ตัวเองคิดดี มีพลัง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) และคำพูดของภรรยา 2 ท่านว่า “คิดบวก คิดดี ทำดี คิดว่ามันเป็นหน้าที่...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8) และ “ถือว่าทำให้ในฐานะภรรยา หว่ะไรทำให้เราสบายใจอย่างน้อยเขาก็เคยทำให้เราตอนเขายังไม่เป็นแบบนี้...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) และ 5.3) การทำความเข้าใจถึงการดำเนินของโรค เพื่อให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต และเพื่อให้สร้างความคาดหวังถึงการฟื้นหายของผู้ป่วยได้ตามความเป็นจริง ดังคำพูดของลูกท่านหนึ่งว่า “ถ้าเรารู้ว่าโรคเป็นอย่างไร เราจะเข้าใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และคำพูดของภรรยา 2 ท่านว่า “อย่าไปคาดหวังอะไรมา โรคมันเป็นอย่างนี้ก็ต้องรู้...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) และ “พอดูแลมาซักรกแล้วจะชินแล้วดูอากว่าถ้าผลเป็นแบบนี้มันจะดีขึ้นหรือไม่ก็ชินและดูแลกันไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) โดยวิธีการดังกล่าว ญาติผู้ดูแลเสนอแนะว่าเป็นวิธีที่จะช่วยป้องกันการเกิดความสิ้นหวังในการดูแลได้ และรวมถึงหากเกิดความสิ้นหวังแล้ว วิธีการดังกล่าวจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ในระหว่างที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต่อไป

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความหมายของความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ประสบการณ์การเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล 3) สาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) ผลกระทบจากการสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ 5) วิธีการสร้างความหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความหมายของความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่า ความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือความรู้สึกเหนื่อย ท้อใจ โทษตนเองและผิดหวังจากการที่ดูแลผู้ป่วยแล้วอาการไม่ดีขึ้น จนเกิดความรู้สึกไม่อยากดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งการที่ญาติผู้ดูแลรับรู้เช่นนั้น เนื่องจากความสิ้นหวัง (Hopelessness) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์เชิงลบที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้⁶

ทำให้เกิดความรู้สึกในแง่ลบ เช่น นอนไม่หลับ เหนื่อยเพลีย ต่ำหนืดตนเอง โศกเศร้า วิตกกังวลได้⁵ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่มาจากการมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามที่ญาติผู้ดูแลคาดหวังไว้จนเกิดเป็นความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังขึ้น^{5,7-8,12}

2. ประสพการณ์การเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคน มีประสพการณ์การเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากญาติผู้ดูแลทุกคนมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน มีภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มากและต่อเนื่องทุกวัน จนทำให้พบกับประสพการณ์เชิงลบที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้และเกิดความสิ้นหวังขึ้น¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยปริมาณมากและต่อเนื่องจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยได้⁷ และพบว่า ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเกิดขึ้นได้ใน 4 ช่วงเวลา ได้แก่ 1) ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมารักษาที่บ้านในช่วง 1 ปีแรก 2) ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคที่แย่ลงหรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรค 3) ช่วงที่ผู้ป่วยต้องกลับไปนอนโรงพยาบาล และ 4) ช่วงที่ญาติผู้ดูแลมีความเครียดส่วนตัว โดย 4 ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่สำคัญต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล โดยในช่วง 1 ปีแรก ญาติผู้ดูแลจะต้องพบกับภาระงานในการดูแลที่มากภาระงานที่ยิ่งมากจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังได้⁷ ส่วนในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงหรือต้องนอนโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับรูปแบบการรักษา อาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยรวมถึงการมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความสิ้นหวังได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การมีอาการที่แย่ลงของผู้ป่วยและการมีค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการเกิดความสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลได้⁵ และการที่ญาติผู้ดูแลมีความเครียดส่วนตัวในช่วงการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดความกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นด้วย การมีความกังวลใจในหลายๆ ทางทั้งจากตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเองจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังขึ้น⁷⁻⁸

3. สาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่ามี 3 สาเหตุ ได้แก่ 3.1) สาเหตุจากญาติผู้ดูแล ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การมีความเหนื่อยล้าสะสมจากการดูแลผู้ป่วย การไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ การขาดแรงจูงใจและพลังใจในการดูแลผู้ป่วย การรู้สึกไม่ดีจากการถูกตำหนิจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง และการต้องการอิสรภาพส่วนตัวในบางเวลา เป็นสาเหตุหลักที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลที่ทำให้ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญภายในตัวบุคคลของญาติผู้ดูแลเอง ที่ส่งผลกระทบให้เกิดความสิ้นหวังขึ้น กลายเป็น “ผู้ป่วยมือสอง” ที่มีความคิดเชิงเหตุผลในอนาคทด้านลบ มีมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสามารถในการแก้ปัญหาที่ไม่ดีและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จนเกิดความสิ้นหวังเกิดขึ้น^{10,18-19} 3.2) สาเหตุจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมการดูแลที่มากและต่อเนื่อง และมีการดำเนินของโรคที่แย่ลง เนื่องจากญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลหลักในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ที่ต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถมีกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ จึงทำให้มีภาระงานและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มากและต้องทำอย่างต่อเนื่องในทุกวัน และยิ่งมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคที่แย่ลง ก็จะมีกิจกรรมการดูแลที่เพิ่มขึ้นด้วย จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสิ้นหวังขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานและผู้ป่วยมีอาการของโรคที่แย่ลงสัมพันธ์กับการเกิดความสิ้นหวังได้^{5,7-8,17,20} 3.3) สาเหตุจากครอบครัว ได้แก่ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และการขาดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หรือด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) และลดความสิ้นหวัง (hopelessness) ได้²¹ การที่ญาติผู้ดูแลขาดการสนับสนุน



จากครอบครัวจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความสิ้นหวังจากการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดความสิ้นหวังโดยตรง^{5,10} และการที่ญาติผู้ดูแลขาดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยพบปัญหาขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลถึงภาระค่าใช้จ่าย นำไปสู่ความสิ้นหวังในการดูแลได้อีกเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dang, Zhang & Nunez²² ที่พบว่า การมีรายได้น้อยจะส่งผลให้เกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยได้

4. ผลกระทบจากการสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนรับรู้ว่าการเกิดความสิ้นหวังในระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้ป่วย เนื่องจากญาติผู้ดูแลที่มีความสิ้นหวัง จะมีอาการทางกายและใจเกิดขึ้น ที่ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคแย่ลง เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ เช่น มีอาการนอนไม่หลับ เหนื่อยเพลียจนไม่มีแรงในการดูแลผู้ป่วย มีความจำลดลงจนไม่สามารถจดจำสิ่งที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยได้ มีความวิตกกังวลง่ายจนเกิดความเครียดและหมกมุ่นในความคิดตนเองจนหลงลืมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและคิดโทษตนเองอยู่เสมอ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้เมื่อพบปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอาการเหล่านี้ที่เกิดจากญาติผู้ดูแลมีความสิ้นหวังเกิดขึ้น มีโอกาสทำให้อาการของผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า⁸ และมีความคิดหรือพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตายได้^{8-10,23} ซึ่งเป็นผลกระทบที่มีความรุนแรงอย่างมาก

5. วิธีการสร้างความหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ว่ามีเมื่อมีความสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น จะต้องหาวิธีเพื่อลดความความสิ้นหวังที่เกิดขึ้น และสร้างความหวังใหม่ขึ้นมา โดยมีวิธีการสร้างความหวังให้กับตนเอง ได้แก่ 1) การมองหาผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย 2) การสร้างแรงจูงใจให้ตนเองและสร้างพลังให้ตนเอง และ 3) การทำความเข้าใจถึงการดำเนินของโรค ซึ่งทั้ง 3 วิธีเป็นวิธีการสร้างความหวังของญาติผู้ดูแล โดยใช้การปรับความคิดให้ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น¹² ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดในแง่ลบ ทดแทนด้วยความคิดทางเลือกที่สมเหตุผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถปรับตัวต่อความสิ้นหวังได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปรับความคิดและพฤติกรรมช่วยเพิ่มความหวังให้บุคคลได้²⁴

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสุขภาพควรวางแผนออกแบบพัฒนาแนวทางในการลดความสิ้นหวังให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
2. บุคลากรทางสุขภาพควรเน้นกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดความสิ้นหวังที่จะเกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบพระคุณทางสมาคมเป็นอย่างยิ่งที่ได้มอบโอกาสให้กับนักวิจัยในการดำเนินการวิจัยเพื่อประโยชน์ต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน



References

1. Hirunkhro B. Care management model for elderly stroke patient at home. *EAU Heritage Journal Science and Technology* 2017;11(3):112-21.(in Thai)
2. Paksee N, Srivisai T, Khunkaew S. Preparation of family caregivers of patient with stroke on transitional care from hospital to home. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2021;13(1):47-61. (in Thai)
3. Tong AU, Samartkit N. Influences of caregivers' preparedness, caregivers' burden and caregiver' reward on adaptation of caregivers caring for patients with stroke. *Journal of Nursing Division* 2017;46(3):88-102.(in Thai)
4. Prombut P, Piaseu N, Sakulhongsopon S. Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. *Ramathibodi Nursing Journal* 2014;20(1):82-96.(in Thai).
5. Pinar G, Pinar T, Ayhan A. The strain and hopelessness in family caregivers of patients with gynecologic cancer receiving chemotherapy. *International Journal of Hematology and Oncology* 2012;22(3):170-80.
6. Pongsuwan C, Ruangroengkulrit P, Balhip K. The long-term management process of caregivers caring for stroke survivors in Muang district, Yala province. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. 2019. (in Thai)
7. Aloba O, Ajao O, Alimi T, Esan O. Psychometric properties and correlates of the beck hopelessness scale in family caregivers of Nigerian patients with psychiatric disorders in Southwestern Nigeria. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 2016;7(1):18-25.
8. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA, Cheek SM. The hopelessness theory of depression: a quarter century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2015;22(4):345-365.
9. Lalitananpong D. Emergency psychiatry. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. 2018. (in Thai)
10. Yotthongdi N, Sunthornchaiya R. Factors related to hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(1): 29-39.(in Thai)
11. Chayawatto C. Depression in the caregivers of stroke patients. *Region 4-5 Medical Journal* 2016;35(1): 14-27.(in Thai).
12. Bannaasan B, Pothiban L. Hopelessness of cancer survivors. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2018;32(2):1-12.(in Thai)
13. Department of Disease Control. Mortality rate of patients with ischemic stroke [internet]. 2020 [cited 20 May 2022]. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/>. (in Thai)
14. Van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. London: Routledge. 1997.



15. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. United States of America: Sage. 1985.
16. Yotthongdi N. Factors related to hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2015.(in Thai)
17. Karayagiz M, Gonca, Coskun C, Sibel. The family burdens and hopelessness of Turkish parents of adolescents with Intellectual disabilities. *Rehabilitation Nursing* 2018;43(6):351–62.
18. Melendez JC, Delhom I, Satorres E, Abella M, Real E. Hopelessness as a predictor of loneliness in older adults. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia* 2022;57(2):85–9.
19. Serafini G, Lamis DA, Aguglia A, Amerio A, Nebbia J, Geoffroy PA, et al. Hopelessness and its correlates with clinical outcomes in an outpatient setting. *Journal of affective disorders* 2020;263(–): 472–9.
20. Kasemkitwattana S, Prison P. Chronic patients' family caregivers: a risk group that must not be overlooked. *Thai Journal of Nursing Council* 2014;29(4):22–31.(in Thai)
21. Phimpunchaiyaboon L, Phasuk S, Angsirirak N, Boonlorn N, Prakhinkit S. The relationship between social support and stress of caregivers caring for patients with schizophrenia. *Journal of Health and Nursing Research* 2021;37(2):263–73.(in Thai)
22. Dang Q, Zhang B, Nunez A. Factors associated with hopelessness and the role of social networks among Chinese older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2021;92 (–):104261.
23. Dwyer ST, Moyle W, Zimmer GM, De LD. Suicidal ideation in family careers of people with dementia. *Aging & mental health* 2016;20(2):222–30.
24. Suksawat B, Hengudomsub P, Nabkasorn C. The effects of group cognitive behavioral modification program on hope and depression among community-dwelling older adults. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017;25(1):95–107. (in Thai)



ปัจจัยทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

Factors Predicting Demand for Medical Cannabis Use among Head and Neck Cancer Patients Undergoing Palliative Care

จินตนา พันธุ์งาม¹ รังสรรค์ ไชยคำ¹ ธาณี ขามชัย¹ ลัดดาวัล พงศ์¹

Jintana Phanpoowong¹ Rangsan Chaikham¹ Thanee Khamchai¹ Laddawan Vonk¹

¹ภาควิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

¹Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding author, Jintana Phanpoowong; Email: Jphanpoo@gmail.com

Received: April 26, 2023 Revised: January 15, 2024 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

สารสกัดกัญชาได้รับการนำมาใช้กับผู้ป่วยระยะประคับประคองเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่รุนแรง แต่อย่างไรก็ตาม การใช้สารสกัดกัญชาอาจยังไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชนอย่างกว้างขวาง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์และปัจจัยทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 87 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ 3) การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ 4) การสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และ 5) ความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2-5 เท่ากับ .78, .78, .82, และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สามารถร่วมทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{adj}=.41, p<.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้ บ่งชี้ว่าควรมีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ให้กับสังคมและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพอาจเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง; ความต้องการ; มะเร็งศีรษะและลำคอ; สารสกัดกัญชาทางการแพทย์



Factors Predicting Demand for Medical Cannabis Use among Head and Neck Cancer Patients Undergoing Palliative Care

Jintana Phanpoowong¹ Rangsan Chaikham¹ Thanee Khamchai¹ Laddawan Vonk¹

¹Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding author, Jintana Phanpoowong; Email: Jphanpoo@gmail.com

Received: April 26, 2023 Revised: January 15, 2024 Accepted: February 29, 2024

Abstract

Cannabis extracts have been used among patients in palliative care to promote their quality of life, while severe side effects has not been reported. However, it may not be widely accepted by the public. The purpose of this research was to examine the demand for medical cannabis use and the factors predicting the demand for medicinal cannabis use in head and neck cancer patients receiving palliative care at Chonburi Cancer Hospital. Eighty-seven participants were randomly selected from head and neck cancer patients received palliative care. Data were collected between January 2022 and May 2022. The research instruments included 5 parts of questionnaires to assess data were as follows: 1) personal data, 2) perceived benefits of medicinal cannabis use, 3) perceived barriers of medicinal cannabis use, 4) social support for medicinal cannabis use, and 5) demand for medicinal cannabis use. The reliability values of the questionnaires part 2–5 were .78, .78, .82, and .76, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results showed that the participants appraised of the demand for medicinal cannabis use at a moderate level, while the perceived benefits of medicinal cannabis use and social support for medicinal cannabis use were significant predictors of the demand for medical cannabis use ($R^2_{adj}=.41$, $p<.001$). According to this study, information about the benefits of medical cannabis extracts use in terminal patients should be promoted publicly. In addition, health personnel may disseminate new knowledge regarding the medical cannabis extracts use for an alternative to enhance a good quality of life for patients in palliative care.

Keywords: palliative care; demand; head and neck cancer; medical cannabis use

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคที่คุกคามชีวิตมนุษย์ ตามรายงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ.2561–2565) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวนกว่า 19.3 ล้านคนทั่วโลก โดยคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 ภายในปี 2040 โดยมะเร็งศีรษะและลำคอพบมากเป็นอันดับ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด² สำหรับในประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 139,206 คนต่อปี และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 84,073 คนต่อปี³ ส่วนของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พบมะเร็งศีรษะและลำคอบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งและค่อนข้างคงที่จำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–2563 เท่ากับ 351, 387, 437 และ 495 คน ตามลำดับ โดยเฉลี่ย 417 คนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 14.52 ต่อผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด⁴

มะเร็งศีรษะและลำคอเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในเยื่อบุผิวทางเดินหายใจและทางเดินอาหารส่วนต้น โดยตำแหน่งที่สำคัญในทางเดินอาหารและหายใจส่วนบนที่อาจเกิดเป็นมะเร็ง ได้แก่ ช่องปาก ช่องคอโพรงจมูก กล่องเสียง ต่อมไทรอยด์ และต่อมน้ำลาย⁵ การรักษาหลัก ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้าหรือยาภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้ขึ้นกับระยะโรค การรักษาอาจใช้เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง หรือใช้หลายอย่างประกอบกัน ซึ่งการผ่าตัดมักเป็นการรักษาหลักในมะเร็งระยะต้นบริเวณช่องปาก ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2564 พบในระยะที่ 3 และ 4 มากที่สุด⁴ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาหลัก ที่เน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การรักษาแบบประคับประคองจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค เข้าใจการพยากรณ์ของโรค เข้าใจการรักษา เข้าใจถึงผลประโยชน์ รวมถึงความเสี่ยงจากการรักษา ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาได้ดียิ่งขึ้น โดยจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ⁶ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 40–60 มีความต้องการการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด ร้อยละ 34 และประมาณ ร้อยละ 80 มีความเจ็บปวดในระดับรุนแรง⁷ จากที่กล่าวมาความปวดส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทรมานจากอาการที่เป็นอยู่ นอกจากนี้การรักษาและพยาธิสภาพของโรคส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง 5 อันดับแรกคือ ปวด อ่อนเพลีย ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหารและวิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินของโรคมะเร็งมากขึ้นยิ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการมากขึ้น⁸ ปัจจุบันสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ถูกนำมาใช้รักษาโรคและบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ของโรคมะเร็งมากขึ้น และมีการสนับสนุนให้นำสารสกัดกัญชาทางการแพทย์มาใช้ประโยชน์ในผู้ป่วยมะเร็ง⁹ ตามนโยบายเร่งรัดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ประเด็นการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ที่ต้องมีในระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประโยชน์ทางการแพทย์และผลข้างเคียงต่อผู้รับบริการน้อยที่สุด เพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมานจากกลุ่มโรคร้ายและไม่ตอบสนองต่อการรักษา¹⁰ ให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย¹¹ จากการศึกษาการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็งประเทศแคนาดา พบว่า ร้อยละ 43 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเคยใช้หรือใช้สารสกัดกัญชา เพื่อบรรเทาอาการปวด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า คลื่นไส้อาเจียน และเบื่ออาหาร เป็นต้น^{12, 13} สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เพื่อลดความทุกข์ทรมานหรือลดผลข้างเคียงจากการรักษาแผนปัจจุบัน รวมถึงการ



ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น ลดอาการปวด ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยให้อาหารรับประทานได้มากขึ้น และช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล นอกจากนั้นความต้องการใช้สารสกัดกัญชาขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงแหล่งข้อมูล เช่น ข่าวสาร สื่อออนไลน์ และได้รับการบอกเล่าจากบุคคลใกล้ชิด/ญาติ/เพื่อน/สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ¹⁴ กัญชามีสารที่ออกฤทธิ์สำคัญคือ Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) ออกฤทธิ์ที่ตัวรับ CB1 พบมากที่ระบบประสาทส่วนกลาง มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เคลิบเคลิ้ม นอนหลับง่าย ลดอาการตึงเครียดได้ และ CB2 พบมากในเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน สามารถช่วยบรรเทาอาการอักเสบของแผล ลดความเจ็บปวด ลดอาการคลื่นไส้ ลดอาการชักเกร็ง และต่อต้านยั้งเซลล์มะเร็ง โดยสารสกัดกัญชาที่ได้รับการรับรองเป็นยา คือ dronabinol, nabilone, nabiximols และ epidyolex เป็นต้น¹⁵ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เริ่มเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2562 มีการนำสารสกัดกัญชาทางการแพทย์มาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองที่มีอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร แต่ยังพบว่าขั้นตอนการเข้ารับบริการมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยในกลุ่มเปราะบางสูงอายุมีปัญหาในการรับรู้สื่อสาร ผู้ป่วยที่ไม่อยากเปิดเผยตัวและมีความกังวล ไม่มั่นใจในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เพราะยังไม่แน่ชัดว่ากัญชาผิดกฎหมายหรือไม่ ไม่เชื่อในประสิทธิผลของกัญชา กลัวได้รับอันตรายจากกัญชา¹⁰ เป็นต้น

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ รายได้ อายุ การศึกษา) ลักษณะการใช้กัญชา และการรับรู้ข้อดี ข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ และ การใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับกัญชา รายได้ ชนิดและความรุนแรงของโรคมะเร็ง) ปัจจัยด้านผู้ตัดสินใจรักษา ผู้ดูแลหลัก รวมถึงการได้รับคำแนะนำในการใช้จากผู้อื่น ซึ่งมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งเช่นกัน¹¹ แต่อย่างไรก็ตามการพิจารณาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยแบบประคับประคองแต่ละรายอาจให้ผลลัพธ์แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับโรค ระยะการดำเนินโรค การรักษาที่ได้รับ และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ด้วย¹⁶ โดยสรุปแล้ว ความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่กล่าวมา หากผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์รับรู้อุปสรรคการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์อย่างเพียงพอ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

เพนเดอร์กล่าวถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมของบุคคลจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านชีวภาพ ด้านจิตวิทยา และด้านวัฒนธรรมสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ ความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจในตนเอง เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น และปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล รวมถึงอิทธิพลด้านสถานการณ์ส่วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้¹⁷ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรบางปัจจัยเพื่อทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชา ซึ่งได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมมารวมกันทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเกิดความต้องการใช้กัญชาอย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพนำไปดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

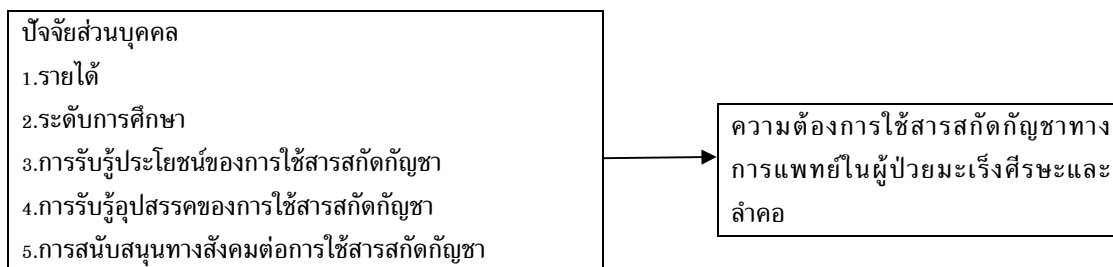
สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์
2. รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และการสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สามารถร่วมกันทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์¹⁷ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 87 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณ คือ $N = (L/Y) + K + 1$ แทนค่า $N = (11.94/.149) + 5 + 1$ โดย L คือ ค่าที่ได้ในตารางสำหรับระดับอัลฟา = .05, อำนาจทดสอบ (Power) = .80, ค่าขนาดอิทธิพล (Y) = .149, และจำนวนตัวแปรที่ทำนาย (K) = 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน¹⁸

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการแก่อาสาสมัครที่สนใจตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่รอรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากแบบไม่คืนที่ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยแต่ละวันเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 87 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ช่วยเหลือตัวเองได้ 3) ไม่มีอาการปวดหรือระดับความปวด ≤ 3 คะแนน



- 4) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก 1) ถอนตัวออกจากการวิจัย 2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะของโรค ตำแหน่ง ประเภทการรักษา รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์¹⁷ ใช้วัดความรู้สึกรู้สึกดีและความเข้าใจถึงผลดีต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เนื้อหาเกี่ยวกับลดอาการปวด การรักษามะเร็ง ช่วยให้นอนหลับ ช่วยลดความเครียด ช่วยให้เจริญอาหาร เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยมากเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยเท่ากับ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁹ มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง (คะแนน 36.01–48.00) มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับปานกลาง (คะแนน 24.01–36.00) มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ (คะแนน 12.00–24.00)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์¹⁷ ใช้วัดความรู้สึกรู้สึกดีและความเข้าใจถึงสิ่งที่ขัดขวางการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เนื้อหาเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลยาก การเข้าถึงบริการยาก ไม่เชื่อในประสิทธิผลของกัญชาแล้วได้รับอันตรายจากกัญชา มีความยุ่งยากจากการใช้ เป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยมากเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยเท่ากับ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁹ มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง (คะแนน 36.01–48.00) มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง (คะแนน 24.01–36.00) มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ (คะแนน 12.00–24.00)

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ เฮาส์²⁰ ใช้วัดการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลอื่น ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุดเท่ากับ 4 คะแนน เป็นจริงส่วนมากเท่ากับ 3 คะแนน เป็นจริงน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และไม่จริงเท่ากับ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁹ มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (คะแนน 30.01–40.00) มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (คะแนน 20.01–30.00) มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (คะแนน 10.00–20.00)

ส่วนที่ 5 แบบวัดความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้วัดความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หากต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์จะตัดสินใจใช้ทันที จะใช้กัญชาเพียงอย่างเดียวหรือใช้ควบคู่กับวิธีการรักษาแผนปัจจุบัน ความคาดหวังถึงผลดีจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ การขอรับกัญชาทางการแพทย์จากหน่วยงานต่าง ๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ รวมถึงหากไม่ต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพราะภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นต้น เป็นคำถามด้านบวกและด้านลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยมากเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านลบให้ทำการกลับค่าคะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁹ มีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในระดับสูง

(คะแนน 30.01–40.00) มีความต้องการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง (คะแนน 20.01–30.00) มีความต้องการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ในระดับต่ำ (คะแนน 10.00–20.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ 2 ท่าน ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ดังนี้ 1) แบบวัดการรับรู้ประโยชน์การใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ เท่ากับ 0.95 2) แบบวัดการรับรู้อุปสรรคการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ เท่ากับ .92 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ เท่ากับ .97 4) แบบวัดความต้องการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ เท่ากับ 0.93 หลังจากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .78, .78, .82, และ .76 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีภายหลังได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยประเมินตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบวัดประกอบด้วย 5 ส่วน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามตามลำดับใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน โดยการสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วนมิดชิดที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลทุกวัน ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ในเวลาราชการ เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับคืนจนครบจำนวน 87 คน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติและแปลผลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีรหัสโครงการ 006/65 หลังจากได้รับการอนุมัติ ก่อนการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา แบบวัดใช้รหัสแทนชื่อ -นามสกุล และจะถูกเก็บอย่างมิดชิด ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนผู้วิจัยสัมภาษณ์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ และความต้องการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ พิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัย รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสนเทศกัญชา



ทางการแพทย์ การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสนเทศกัญชาทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมต่อความต้องการใช้ สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้การวิเคราะห์หัดดอยพหุคูณ แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 87)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	77.01
หญิง	20	2.99
ประเภทการรักษา		
เคมีบำบัด	54	62.07
รังสีรักษา	19	21.84
ประคับประคอง	14	16.09
อายุ		
20-40 ปี	8	9.19
41-60 ปี	40	45.98
61-80 ปี	38	43.68
81 ปีขึ้นไป	1	1.15
(M = 57.98 ปี, SD = 11.61 ปี)		
ระยะของโรค		
ระยะที่ 3	69	79.31
ระยะที่ 4	18	20.69
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพแห่งชาติ	69	79.31
ประกันสังคม	16	18.39
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	2.30
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	66	75.86
ปริญญาตรี	21	24.14
สถานภาพสมรส		
สมรส	53	60.92
หม้าย	18	20.69
หย่าร้าง	8	9.19
แยกกันอยู่	5	5.75
โสด	3	3.45
รายได้		
1,000 – 10,000 บาท/เดือน	49	56.32
10,001 – 20,000 บาท/เดือน	17	19.54
20,001 – 30,000 บาท/เดือน	15	17.24
30,001 – 40,000 บาท/เดือน	5	5.75
40,001 – 50,000 บาท/เดือน	1	1.15
(M = 12,873.56 บาท/เดือน, Median 8,000 บาท/เดือน)		

2. การรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ (n = 87)

ตัวแปร	ค่าพิสัย	M	SD	การแปลผล
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	12 – 48	33.01	3.30	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	12 – 48	32.80	3.36	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	10 – 40	26.78	2.94	ปานกลาง
ความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	10 – 40	27.68	2.48	ปานกลาง

3. ปัจจัยทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

วิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โดยใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 87 คน โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ข้อมูลไม่มี Outliers ไม่เกิด Autocorrelation เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทั้งหมด พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ($r = .21, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ($r = .51, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ($r = .41, p < .01$) ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ($r = -.13, p < .12$) และการรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ($r = -.09, p < .21$) และพบว่าไม่มีตัวแปรใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า .80 แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ (X1) การศึกษา (X2) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ (X3) การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ (X4) การสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ (X5) กับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ (Y) (N = 87)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5
Y	1.00					
X1	.206*	1.00				
X2	.128	.712**	1.00			
X3	.508**	-.214*	-.108	1.00		
X4	-.088	-.514**	-.360**	.272**	1.00	
X5	.410**	.649**	.428**	.013 -	.332**	1.00

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

เมื่อนำปัจจัยทำนายเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่ทำนายได้สูงสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ($\beta = .50$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ($\beta = .40$) ตามลำดับ และสามารถรวมทำนายการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ได้ร้อยละ 42.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .421$, $p = < .001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (N = 87)

ปัจจัยทำนาย	b	Beta	SE	t	p-value
การรับรู้ประโยชน์ (X3)	.38	.50	.06	6.051	<.001
การสนับสนุนทางสังคม (X5)	.34	.40	.07	4.856	<.001

Constant = 6.069, R^2 adj. = .407, $R^2 = .421$, $F_{(2,84)} = 30.501$, $p = < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างพอใจและมีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ หากได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง เหมาะสม ส่วนใหญ่ตัดสินใจใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพราะเป็นการรักษาทางเลือกควบคู่กับวิธีการรักษาแผนปัจจุบัน โดยหวังว่าจะเกิดผลดีต่อโรคที่เป็นอยู่ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในขณะนี้จะตัดสินใจใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในอนาคต และจะใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว จากที่กล่าวมาส่งผลให้ความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการใช้กัญชาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเอง⁹

2. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สามารถทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้สูงสุด แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์มีประโยชน์และส่งผลดีต่อตนเองจึงเกิดความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง

มีการรับรู้ประโยชน์ว่าการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต้องอยู่ในความควบคุมของผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ช่วยลดอาการปวด ช่วยให้เจริญอาหาร ช่วยให้นอนหลับ ลดความเครียด ลดอาการ ชีเมสตรา ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ไม่ใช้การรักษาหลักของโรคมะเร็ง และมีโอกาส เกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อยกว่าการได้รับยาเคมีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ถึงข้อดีและ ข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชน¹⁰ และผู้ป่วย ที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ในการรักษาโรค อาการปวด และมะเร็ง²¹ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากัญชาคือข้อบ่งใช้หลักในการรักษาอาการปวดเรื้อรัง โดยเฉพาะอาการปวด จากปลายประสาท หรือปวดจากโรคมะเร็ง ช่วยให้เจริญอาหาร ช่วยให้นอนหลับ²² และพบว่าการรับรู้ประโยชน์สามารถ ทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้⁵

3. การสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการ ใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สามารถทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อ ความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ในด้านอารมณ์ การประเมินเปรียบเทียบ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือ ที่เพียงพอ ส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ตามกรอบแนวคิดของเฮาส์²⁰ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น ปัจจัยหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล ตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁷ โดยเพนเดอร์ กล่าวถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลในระบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นเริ่มต้นที่ครอบครัว เพื่อน ผู้ให้บริการ รวมทั้งพฤติกรรม ทางสังคม เช่น ความคาดหวังต่อสิ่งสำคัญต่าง ๆ ในรูปแบบการสนับสนุนทางอารมณ์ สิ่งของ การเลียนแบบจากการสังเกต พฤติกรรมผู้อื่น และจากการศึกษา พบว่าสมาชิกในครอบครัวพร้อมช่วยเหลือและให้กำลังใจหากเกิดอาการผิดปกติ จากการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เอกสาร/แผ่นพับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการ ใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์จากบุคคลใกล้ชิด/ญาติ/เพื่อน/สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน และ ทีมสุขภาพ และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็ง หากให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ²³ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุน ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นตัวทำนายพฤติกรรม สุขภาพได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์อย่างเพียงพอจะส่งผล ให้มีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ได้แก่

รายได้ ไม่สามารถทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ ลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้ แม้ว่ารายได้ที่มากขึ้นจะส่งผลต่อความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ตามกำลังซื้อมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจุบันได้มีการเข้าถึงสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ได้ สะดวกมากขึ้น ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด (พระราช บัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562) จึงส่งผลให้รายได้ไม่มีผลต่อความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้

ระดับการศึกษา ไม่สามารถทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ได้ ถึงแม้ว่าระดับการศึกษาสูง จะส่งผลต่อการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจอย่างถูกต้อง และมีเหตุผลได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงก็ตาม จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 75.9) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการ



รักษาในโรงพยาบาลมะเร็งบ่อยครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ เป็นแบบแผนเดียวกันจึงส่งผลให้ระดับการศึกษา ไม่สามารถทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ได้

การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ไม่สามารถร่วมทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ได้ ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า หากรับรู้ว่ามีสิ่งใดที่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ก็จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยอุปสรรคเกิดจากความรู้สึกนึกคิดหรือคาดการณ์ไปเอง จากความยุ่งยาก ลำบาก ล้นเปลืองและความเข้าใจถึงสิ่งที่ขัดขวางการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การเข้าถึงข้อมูลยาก การเข้าถึงบริการยาก ไม่เชื่อในประสิทธิผลของกัญชา กลัวได้รับอันตรายจากกัญชา มีความยุ่งยากจากการใช้ เป็นต้น เพนเดอร์¹⁷ กล่าวถึง การรับรู้อุปสรรคเป็นแรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ หากมีอุปสรรคมากความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ก็เกิดขึ้นได้ยาก จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองเห็นอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต่ำ เช่น การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม ถ้าใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เป็นระยะเวลานานทำให้เกิดอาการติดยา กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ทำให้มีปัญหาในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีความยุ่งยากในการเข้าถึงบริการการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ มีความยุ่งยากในการเข้าถึงข้อมูลการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ กลัวได้รับอันตรายจากการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างไม่เชื่อในผลที่เกิดขึ้นจากการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น เมื่อมีการรับรู้อุปสรรคน้อยกว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อเจตจำนงในการต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ (Commitment to a plan of action) ได้มากกว่า ตามทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์¹⁷ ทำให้การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ไม่สามารถทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

1. พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โดยการแนะนำและส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวให้เข้าถึงข้อมูลประโยชน์ของสารสกัดกัญชาทางการแพทย์
2. ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพควรสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือหรือให้กำลังใจผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ
3. ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรักษาแผนปัจจุบันกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และศึกษาความต้องการของประชาชนในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในการรักษาโรคต่าง ๆ ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมเพิ่มการรับรู้ประโยชน์และส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอให้ได้รับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี ภารกิจการจัดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำ และแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องต่าง ๆ ของงานวิจัยฉบับนี้ให้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยเป็นอย่างดี

References

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Advice on medical cannabis use 2019. (cited 20 April 2023) Available from: <https://mdresearch.kku.ac.th/files/cannabis/Final%20Guidance%20on%20Cannabis.pdf>
2. World Health Organization. World cancer report 2020. (ePUB) World Health Organization Press; Lyon, France; 2020.
3. Public Health Statistics A.D.2020(Internet).(cited 20 April 2023). Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8900>
4. Digital Medical Division, Chonburi Cancer Hospital. Hospital –base cancer registry 2020.
5. Chaikham R, Raksanaves L, Pichaya N, Sooksrisawat C. Factors predicting nutritional behaviors among patients with head and neck cancer at ChonBuri Cancer Hospital. Journal of The Department of Medical Services 2018; 43(6):68–73.(in Thai)
6. Kantha K, Kadmek S, Jaiban N. The result of developing palliative care and medical cannabis clinic in Chun Hospital Phayao Province. Journal of Disease Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok 2021; 8(3):41–56.
7. Pleumjai T, Management model for nursing service quality developing of palliative care in Songkhla Hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing 2020; 3(1):73–94.
8. Yodying T, Namvongprom A, Pakdevong N. Educative–supportive care is needed in patients with advanced cancer undergoing chemotherapy. Journal of Nursing Science & Health 2019; 42(4):10–19.
9. Knewsee N, Satjapol C, Wilaipong P, Tumviriyakul H. Factor associated with cannabis use behavior of Cancer patient in outpatient department Phatthalung hospital. PCFM [Internet].2021 Dec.30 [cited 2023Apr.20];4(3):92–106.Available from: <https://so03.tcithaijo.org/index.php/PCFM/article/view/250108>
10. Phanwichian K, Yoga R. Factors associated with cannabis usage on behavioral level for medical benefits of the people. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi 2020; 3(1):31–42.



11. Chaisaeng S. Development of a counseling clinic model for medical cannabis extract use at Ban Non Du Tambon Health Promoting Hospital, Mueang District, Amnat Charoen Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022; 16(1):45–58.
12. Martell K, Fairchild A, LeGerrier B, Sinha R, Baker S, Liu H, et al. Rates of cannabis use in patients with cancer. *Curr Oncol* 2018; 25(3): 219–25.
13. Abrams DL. Integrating cannabis into clinical cancer care. *Curr Oncol* 2016; 23(2): S8–14.
14. Sukrueangkul A, Meesatiant N, Petsamian K, Poolthong N, Sirisuwan P, Khwanruen K. Factors association with demand for medical cannabis use among cancer patients in chemotherapy unit, Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan Province. *Thai Journal of Health Education* 2022; 45(1): 146–61.(in Thai)
15. Sripanidkulchai B. Medical Uses of Cannabis. *Isan Journal of Pharmaceutical Science* 2019; 15(4):1–26.
16. Prommarat C. Experience of medical cannabis use in palliative patients. *PCFM [Internet]*. 2020 Sep.19 [cited 20 April 2023]; 3(1):29–35. Available from: [https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/244776,2563;3\(1\):29–35](https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/244776,2563;3(1):29-35).
17. Pender, NJ. Health promotion in nursing practice. (6th ed.). New Jersey: Pearson Education; 2011.
18. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods* 2004.
19. Khattiya S, Suwajittanon W. *Research patterns and statistics*. 2nd eds. Prayurawong;2011.(in Thai)
20. House JS. *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
21. Abuhasiraa R, Schleidera LBL, Mechoulamc R, Novack V. Epidemiological characteristics, safety, and efficacy of medical cannabis in the elderly. *EJINME* 2018; 49: 44–50. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29398248>.
22. Taupachit W, Kessonboon N. Medicinal Use of Cannabis. *IJPS* 2017; 13: 228–40.
23. Palang C, Nunuan P. social support and adaptation of cancer patients receiving services at the National Cancer Institute: Case Study Research *Thai Cancer Journal* 2020; 40(2):62–75.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี¹

Factors Relating to Frailty among community-dwelling Elderly in Ubon Ratchathani Province¹

ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์² สุนันทา ครองยุทธ² สุदारักษ์ ประสาร² อรทัย บุญชูวงศ์²

Nattanun Kumpiriyapong² Sunanta Krongyuth² Sudarat Prasan² Orathai boonchuwong²

¹ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Corresponding author, Nattanun Kumpiriyapong; Email: nattanun.k@ubu.ac.th

Received: March 27, 2023 Revised: November 23, 2023 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เจ็บป่วยรุนแรง และพึ่งตัวลำช้า แต่หากตรวจพบได้ในช่วงแรกเริ่ม และได้รับการดูแลที่เหมาะสม ก็อาจช่วยป้องกันหรือชะลอภาวะเปราะบางได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 148 คน สุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะเปราะบาง แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary Logistic Regression) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.60 มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 31.80 เริ่มมีภาวะเปราะบาง และร้อยละ 21.60 ไม่มีภาวะเปราะบาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ และ เพศ ดังนั้น กิจกรรมการป้องกันและลดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุซึ่งสามารถทำได้หลากหลายวิธีจึงควรนำมาใช้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน สามารถพึ่งพาและช่วยเหลือตัวเองได้

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; ภาวะเปราะบาง; ผู้สูงอายุในชุมชน



Factors Relating to Frailty among community-dwelling Elderly in Ubon Ratchathani Province¹

Nattanun Kumpiriyapong² Sunanta Krongyuth² Sudarat Prasan² Orathai boonchuwong²

²Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Corresponding author: Nattanun Kumpiriyapong; Email: nattanun.k@ubu.ac.th

Received: March 27, 2023 **Revised:** November 23, 2023 **Accepted:** February 29, 2024

Abstract

Frail older people have a high risk of premature death, serious illness, and delayed recovery. However, if frailty is detected in the beginning and managed appropriately, it can be preventable and slowly progress. The purposes of this descriptive correlation study were to examine the prevalence of frailty and factors relating to frailty in community-dwelling elderly. One hundred and forty-eight participants were recruited from the community-dwelling elderly in the Ubon Ratchathani Province by multi-stage sampling. Data were collected by questionnaires to assess personal information, frailty, and health literacy. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression analysis. The results revealed that 46.60% of the participants had frailty syndrome, while 31.80% of them was pre-frail, and 21.60% was non-frail. Regarding the factors relating to frailty among the elderly in this study, it was found that age and gender were statistically significant factors. Therefore, interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults should be implemented for each group of them in order to improve a good quality of life and promote their independence.

Keywords: relating factor; frailty; community-dwelling elderly

ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โดยพบว่าในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society)” เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในอีก 1-2 ปีข้างหน้า จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุ มากเป็นอันดับ 4 ของประเทศไทย และมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.96 ของประชากรทั้งหมด¹ ซึ่งถือได้ว่าจังหวัดอุบลราชธานี เป็นสังคมสูงอายุ (aged society) ภาวะเปราะบาง (erailty) เป็นปัญหาที่สำคัญในสังคมผู้สูงอายุ โดยภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่เกี่ยวกับการลดลงของพลังงานสำรอง (body reserve) และความสามารถในการตอบสนองของสิ่งกระตุ้นในร่างกาย (stressors) ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งภาวะเปราะบางสามารถประเมินได้จากลักษณะอาการ 3 ใน 5 อย่างขึ้นไป ได้แก่ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 4.5 กิโลกรัมหรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (unintentional weight loss) 2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) 3) ความรู้สึกหมดแรง (exhaustion) 4) เดินช้าลง (low walking speed) และ 5) การทำกิจกรรมทางกายลดลง (low physical activity)³

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย จากการศึกษาพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นภาวะเปราะบางจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น⁴ และภาวะเปราะบางจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 เมื่ออายุ 80 ปี³ เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง⁵ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะสัมพันธ์กับความเสื่อมทางด้านร่างกาย การรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิต⁷ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงจะชะลอการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้⁸ ซึ่งการที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้มีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน⁹

ภาวะเปราะบางส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้มีภาวะเปราะบาง มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การหกล้ม (falls) ภาวะพึ่งพา (disability) การรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต⁶ ผลกระทบด้านจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง แยกตัว เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจพบว่า ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้นจากการเกิดภาวะพึ่งพา จากภาวะเปราะบาง ส่งผลให้ต้องการการดูแลในระยะยาว⁵ ดังนั้นผู้สูงอายุควรต้องมีการประเมินความเสี่ยงภาวะเปราะบาง และให้การดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเปราะบางขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์⁶ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบด้านต่าง ๆ ได้

อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ทางสุขภาพกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค¹⁰ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะเปราะบาง ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่สำคัญในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาที่สำคัญในสังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะเปราะบางว่าเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ โรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้จากแนวคิดของ Fried et al.³ กล่าวว่า ภาวะเปราะบางไม่ใช่โรคแต่เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างกลางของความสามารถในการทำงานได้กับภาวะไร้ความสามารถและอยู่ระหว่างความมีสุขภาพดีกับความเป็นโรค มีการลดลงของพลังงานสำรองในหลาย ๆ ระบบของร่างกายอย่างต่อเนื่อง พบมากตามอายุที่มากขึ้น ประเมินได้จากการมีอาการหรืออาการแสดงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปจาก 5 อย่าง คือ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 4.5 กิโลกรัม หรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (unintentional weight loss) 2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) 3) ความรู้สึกหมดแรง (exhaustion) 4) เดินช้าลง (low walking speed) และ 5) การทำกิจกรรมลดลง (low physical activity)³ ซึ่งอาการทางคลินิกเหล่านี้สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้

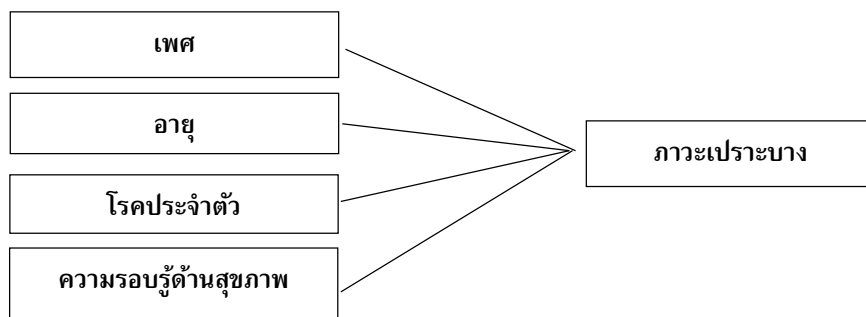
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง จากการศึกษพบว่า จากการศึกษพบว่าภาวะเปราะบางจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 7 และเมื่อมีอายุ 80 ปี ขึ้นไป คาดว่าจะมีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นร้อยละ 30³

เพศ จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง⁵

โรคประจำตัว การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลต่อความเสี่ยงในการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายซึ่งทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้ โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว⁵

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health Literacy) ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูลและการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ⁶



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria)

1. สามารถอ่านออก สือสารได้ หรือมีผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลได้
2. สามารถเดินได้เองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้
3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากการใช้แบบสอบถามสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai

2002)

4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์หรือเสียชีวิต
2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น โกรธ ก้าวร้าว โวยวาย ที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายแก่บุคคลอื่น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ด้วยการกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) มีความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป ($r=0.25$) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% (power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 123 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20^{11} รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 148 คน

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี 25 อำเภอ มาจำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอตระการพืชผล อำเภอเดชอุดม อำเภอนาจะหลวย และอำเภอนาตาล ขั้นตอนที่ 2 เมื่อได้อำเภอตัวอย่างแล้ว สุ่มเลือกตำบลในอำเภอที่สุ่มได้มาอำเภอละ 1 ตำบล ได้แก่ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง ตำบลนาพัน อำเภอตระการพืชผล ตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม ตำบลโสภณ อำเภอนาจะหลวย และตำบลพะลาน อำเภอนาตาล ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกหมู่บ้านในตำบลที่สุ่มได้มาตำบลละ 1 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านหนองมะนาว ตำบลขามใหญ่ จำนวน 34 คน บ้านนาพัน ตำบลนาพัน จำนวน 44 คน บ้านนากระแซง ตำบลนากระแซง จำนวน 42 คน บ้านทุ่งเพียง ตำบลโสภณ จำนวน 15 คน และบ้านปากแซง ตำบลพะลาน จำนวน 13 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย (subject selection and allocation) ตามเกณฑ์คัดเข้า จนครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (mini-mental state examination-Thai version: MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข¹² ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่มีภาวะสูญเสียการทรงตัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหา สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในทุกระดับการศึกษา แปลผลจากคะแนนรวมจากข้อคำถามทั้งหมด 11 คำถามแบ่งจุดตัดคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมตามระดับของการศึกษา เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ≤ 14 คะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำ ข้อ 4, 9, 10) ระดับประถมศึกษา ≤ 17 คะแนนเต็ม 30 คะแนน ระดับสูงกว่าประถมศึกษา ≤ 22 คะแนนเต็ม 30 คะแนน



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการใช้ยา การมีโรคประจำตัว และการรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา

2.2 แบบสอบถามภาวะเปราะบาง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ สุพรรณิ ใจดี⁵ ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Fried และคณะ โดยภาวะเปราะบางสามารถประเมินได้จาก 3 ใน 5 อาการดังต่อไปนี้ 1. น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 4.5 กิโลกรัมหรือมากกว่า ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (weight loss) 2. ภาวะหมดแรง (exhaustion) 3. ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) 4. การเดินช้าลง (low walking speed) และ 5. การทำกิจกรรมทางกายลดลง (low physical activity) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การประเมินน้ำหนักตัวลดลง (weight loss) เป็นการประเมินโดยการถามคำถามใน 1 ปีที่ผ่านมา น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 4.5 กิโลกรัม (10 ปอนด์) โดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่หรือน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนไม่มีการลงบันทึกในส่วนของน้ำหนักตัวในปีที่ผ่านมา จึงใช้คำถามจากแบบประเมิน CES-D Depression Scale (โดยถามคำถามผู้สูงอายุ บ่อยแค่ไหนใน 1 สัปดาห์ที่ท่านรู้สึก “ไม่ชอบรับประทานอาหารหรือความอยากอาหารลดลง”

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่รู้สึกเลยใน 1 สัปดาห์ 1 คะแนน รู้สึกเล็กน้อยหรือบางครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน รู้สึกแบบนี้ปานกลาง (3-4 วัน/สัปดาห์) และ 3 คะแนน รู้สึกแบบนี้เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลจากคะแนนรวมของข้อคำถามการแปลผล ให้ 1 คะแนน ซึ่งถือว่าภาวะเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ได้คะแนนรวม 2-3 คะแนน ให้ 1 คะแนน ได้คะแนนรวม 0-1 คะแนน ให้ 0 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 การประเมินภาวะหมดแรง (exhaustion) เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองใช้คำถามจากแบบประเมิน CES-D depression Scale ใน 2 ข้อ โดยถามคำถามผู้สูงอายุ บ่อยแค่ไหนใน 1 สัปดาห์ที่ “คุณรู้สึกว่ากิจกรรมทุกอย่างที่ท่านทำไปด้วยความยากลำบาก” และ “คุณรู้สึกว่าไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้”

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่รู้สึกเลยใน 1 สัปดาห์ 1 คะแนน รู้สึกเล็กน้อยหรือบางครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน รู้สึกแบบนี้ปานกลาง (3-4 วัน/สัปดาห์) และ 3 คะแนน รู้สึกแบบนี้เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) โดยคะแนนได้จากเมื่อผู้สูงอายุตอบข้อใดข้อหนึ่งใน 2 ข้อย่อย แล้วได้คะแนน 2 หรือ 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลจากคะแนนรวมของข้อคำถามการแปลผล ให้ 1 คะแนน ซึ่งถือว่าภาวะเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ได้คะแนนรวม 2-3 คะแนน ให้ 1 คะแนน ได้คะแนนรวม 0-1 คะแนน ให้ 0 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 ประเมินภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) โดยประเมินจากการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ (hand grip strength) เป็นการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยเครื่องทดสอบ Hand grip dynamometer

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน**

ค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้ชาย		ค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้หญิง	
BMI	Hand grip strength	BMI	Hand grip strength
$\leq 24 \text{ kg/m}^2$	$\leq 29 \text{ kg.}$	$\leq 23 \text{ kg/m}^2$	$\leq 17 \text{ kg}$
$24.1 - 26 \text{ kg/m}^2$	$\leq 30 \text{ kg.}$	$23.1 - 26 \text{ kg/m}^2$	$\leq 17.3 \text{ kg.}$
$26.1 - 28 \text{ kg/m}^2$	$\leq 31 \text{ kg.}$	$26.1 - 29 \text{ kg/m}^2$	$\leq 18 \text{ kg.}$
$> 28 \text{ kg/m}^2$	$\leq 32 \text{ kg.}$	$> 29 \text{ kg/m}^2$	$\leq 21 \text{ kg}$

เกณฑ์การให้คะแนน จากการแปลผลคะแนนของค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กรณีค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ให้ 1 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ได้คะแนน 0 คะแนน ค่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้คะแนน 1 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 การเดินช้าลง (low walking speed) เป็นแบบทดสอบการทรงตัวจากการเคลื่อนไหวและการเดิน (time up and Go Test: TUGT) โดยผู้วิจัยจะเดินไปข้างๆ ขณะผู้ร่วมวิจัยทำการทดสอบการเดิน และนำระยะเวลาที่มีหน่วยเป็นวินาทีโดยทำการทดสอบทั้งหมด 2 ครั้ง เลือกระยะเวลาที่ทดสอบที่ได้ค่าดีที่สุด นำระยะเวลาที่ได้มาเปรียบเทียบกับเพศและส่วนสูงของผู้ทดสอบ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน**ค่าปกติในผู้ชาย**

- ส่วนสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 173 เซนติเมตร เวลาที่ใช้ในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วินาที
- ส่วนสูงมากกว่า 173 เซนติเมตร เวลาที่ใช้ในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 6 วินาที

ค่าปกติในผู้หญิง

- ส่วนสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 159 เซนติเมตร เวลาที่ใช้ในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วินาที
- ส่วนสูงมากกว่า 159 เซนติเมตร เวลาที่ใช้ในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 6 วินาที

เกณฑ์การให้คะแนน จากการแปลผลคะแนนของค่าระยะเวลาของการทรงตัวจากการเคลื่อนไหวและการเดิน ระยะเวลาที่ได้เมื่อเทียบกับเพศและอายุผิดปกติ ให้ 1 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ค่าปกติ	ได้คะแนน 0 คะแนน	ค่าผิดปกติ	ได้คะแนน 1 คะแนน
---------	------------------	------------	------------------

องค์ประกอบที่ 5 การทำกิจกรรมทางกายลดลง (Low physical activity) มีคำถามที่ครอบคลุมทุกกิจกรรมทางกาย คำถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน การออกกำลังกายในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำมาหาค่ากิจกรรมทางกาย ซึ่งคำนวณจากสูตร MET-minute week ค่าพลังงานที่ใช้ใน 1 สัปดาห์ แบ่งตามเพศ

เกณฑ์การให้คะแนน ในเพศชายน้อยกว่า 383 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน ส่วนเพศหญิงน้อยกว่า 270 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน จากการให้คะแนนกรณีได้ 1 คะแนน ถือว่ามีความเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ได้คะแนน 1 คะแนน การทำกิจกรรมทางกายลดลง

ได้คะแนน 0 คะแนน การทำกิจกรรมทางกายไม่ลดลง



เกณฑ์การแปลผลภาวะเปราะบาง จากการประเมินครบทั้ง 5 องค์ประกอบ แปลผลภาวะเปราะบาง ดังนี้

ระดับภาวะเปราะบาง	คะแนน
ไม่มีภาวะเปราะบาง (Non - Frailty)	0 คะแนน
เริ่มมีภาวะเปราะบาง (Pre - Frailty)	1-2 คะแนน
มีภาวะเปราะบาง (Frailty)	3 คะแนนขึ้นไป

2.3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thailand Health Literacy Scales) ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับทั่วไป (General health literacy scales) ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง¹³ ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป มีกลุ่มข้อคำถาม จำนวน 5 องค์ประกอบ จำนวน 47 ข้อ ได้แก่ 1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4. การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ 5. การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลความรู้ด้านสุขภาพ จากการประเมินครบทั้ง 5 องค์ประกอบ นำคะแนนทั้ง 5 องค์ประกอบที่ได้มาแปลผล ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอ	น้อยกว่า 141 คะแนน
ความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้	141-187.99 คะแนน
ความรู้ด้านสุขภาพดีมาก	มากกว่า 188 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทย และแบบสอบถามภาวะเปราะบาง ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความเที่ยงก่อนไปใช้จริง โดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ เท่ากับ 0.95 ส่วนแบบสอบถามภาวะเปราะบางคำนวณหาความเที่ยง เนื่องจากข้อลักษณะเครื่องมือและการให้คะแนนที่แบ่งการให้คะแนนเป็นช่วง จึงประเมินความเที่ยงโดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วม (Inter-rater method) โดยใช้ผู้ประเมิน 2 คน ทำการประเมินไปพร้อมกัน โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกันจากนั้นนำค่าที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรคำนวณความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-19/2563 รับรองเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2563 การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่บังคับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์เข้าร่วมและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ชุมชนตำบลขามใหญ่ ชุมชนตำบลนาพัน ชุมชนตำบลนากระแซง ชุมชนตำบลโสกแสง และชุมชนตำบลพะลาน โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการลงพื้นที่หมู่บ้าน



เพื่อพบกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดโครงการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับความยินยอม

4. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

ดำเนินการตามขั้นตอน ระหว่าง เดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2563 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด จำนวน 148 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการทกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการใช้ยา การมีโรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพักรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา ใช้จ่ายเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความชุกของภาวะเปราะบาง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ 1. ไม่มีภาวะเปราะบาง 2. เริ่มมีภาวะเปราะบาง 3. มีภาวะเปราะบาง โดยใช้ ร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การมีโรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 70 ปี ($SD=7.08$) เป็นผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 40.5 และเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 59.5 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 84.5 ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.9 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 45.9 รองลงมาคือระดับยังไม่ดีพอ ร้อยละ 29.1 และระดับดีมาก จำนวน 37 คน ร้อยละ 25 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความชุกของของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ความชุกของของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ไม่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 21.6 เริ่มมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 31.8 มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 46.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของความชุกของของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ($n = 148$)

ภาวะเปราะบาง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะเปราะบาง	32	21.6
เริ่มมีภาวะเปราะบาง	47	31.8
มีภาวะเปราะบาง	69	46.6



จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ช่วงอายุ 90 ปี ขึ้นไป มีภาวะเปราะบางสูงที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 80-89 ปี ร้อยละ 73.7 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 64.9 และช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 38.6 ตามลำดับ

เพศ พบว่า เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงพบภาวะเปราะบางร้อยละ 57.9 และเพศชายพบภาวะเปราะบางร้อยละ 30

โรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 51 และ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 37 ตามลำดับ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพยังไม่ดีพอ เกิดภาวะเปราะบางมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้ เกิดภาวะเปราะบาง ร้อยละ 50 และผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีมาก เกิดภาวะเปราะบาง ร้อยละ 35.1 ตามลำดับ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของภาวะเปราะบางจำแนกตามอายุ เพศ โรคประจำตัว และความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 148)

ปัจจัย	ไม่เปราะบาง (n = 32)	ก่อนเปราะบาง (n = 47)	เปราะบาง (n = 69)	รวม (n = 148)
อายุ				
60-69 ปี	12 (17.1%)	31 (44.3%)	27 (38.6%)	70 (100%)
70-79 ปี	4 (7%)	16 (28.1%)	37 (64.9%)	57 (100%)
80-89 ปี	1 (5.3%)	4 (21%)	14 (73.7%)	19 (100%)
90 ปี ขึ้นไป	0	0	2 (100%)	2 (100%)
เพศ				
ชาย	21 (35%)	21 (35%)	18 (30%)	60 (100%)
หญิง	11 (12.5%)	26 (29.6%)	51 (57.9%)	88 (100%)
โรคประจำตัว				
มีโรคประจำตัว	20 (19.6%)	30 (29.4%)	52 (51%)	102 (100%)
ไม่มีโรคประจำตัว	12 (26%)	17 (37%)	17 (37%)	46 (100%)
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ				
ความรู้ด้านสุขภาพยังไม่ดีพอ	5 (11.6%)	16 (37.2%)	22 (51.2%)	43 (100%)
ความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้	19 (27.9%)	15 (22.1%)	34 (50%)	68 (100%)
ความรู้ด้านสุขภาพดีมาก	8 (21.6%)	16 (43.3%)	13 (35.1%)	37 (100%)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การมีโรคประจำตัว ความรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression เนื่องจากผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ 1. ไม่มีภาวะเปราะบาง 2. มีภาวะเปราะบาง โดยก่อนการวิเคราะห์มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Proportional odds assumption) โดยใช้การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองด้วย Hosmer and Lemeshow Test พบว่า แบบจำลองมีค่า sig = .722 ซึ่งมากกว่า .05 จึงสามารถใช้สถิติ Binary Logistic Regression เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้ ค่าความแปรปรวนของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

เท่ากับ 32% (Nagelkerke R Square = .32)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($B = .174$ S.E. = .045 Wald = 15.286 $p < .05$ EXP(B) = 1.190) เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($B = 1.667$ S.E. = .475 Wald = 12.473 $p < .05$ EXP(B) = 5.351) ส่วนการมีโรคประจำตัวและความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การมีโรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	Wald	p-value	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
เพศ (หญิง*)	1.677	.475	12.473	.000	5.351	2.110	13.573
อายุ	.174	.045	15.286	.000	1.190	1.091	1.299
การมีโรคประจำตัว	.174	.199	.763	.383	1.190	.806	1.757
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-.301	.327	.847	.357	.740	.390	1.405
Constant	-13.313	3.284	16.432	.000	.000		

Nagelkerke R Square = .32 ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาความชุกภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 46.6 และเริ่มมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 31.8 และไม่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 21.6 จากผลการศึกษาที่มีความแตกต่างจากการศึกษาของ สุพรรณิ ใจดี⁵ ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 32.14 กลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 26.49¹⁴ ผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าภาวะเปราะบางมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย และยังพบว่าในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันของความชุกภาวะเปราะบางเช่นเดียวกัน โดยการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน ประเทศญี่ปุ่น พบภาวะเปราะบางร้อยละ 74.5⁸ ผู้สูงอายุในชุมชน ประเทศไต้หวัน พบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 2.99⁶ ประเทศเปรู พบความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 27.8¹⁵ ผลการศึกษาแต่ละพื้นที่ที่มีความชุกของภาวะเปราะบางแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง รวมถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม ลักษณะของพื้นที่ที่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ โรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($B = 1.667$ S.E. = .475 Wald = 12.473 $p < .05$ EXP(B) = 5.351) โดยเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง



พบภาวะเปราะบางร้อยละ 57.9 และเพศชายพบภาวะเปราะบางร้อยละ 30 ซึ่งเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านสรีรวิทยา มีบุคลิกภาพ บทบาทที่ถูกสร้างจากสังคม กิจกรรมและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกัน โดยเพศชายจะมีความแข็งแรงทางโครงสร้างร่างกายที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงจะมีความอ่อนแอ มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย¹⁶ โดยกลุ่มตัวอย่างพบว่าเพศหญิงมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.8 เพศชายมีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.6 สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศโดยพบว่าเพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย 3 และประเทศญี่ปุ่น พบภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงพบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 75.37 และเพศชาย ร้อยละ 71.03⁵ ซึ่งจะแตกต่างจากการศึกษาของ สุพรรณิ ใจดี⁵ ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 33.91 และในเพศหญิง ร้อยละ 31.48 ในผู้สูงอายุอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 30.4 เพศหญิง ร้อยละ 23.3¹⁴ และจากการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน ประเทศไต้หวัน พบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 4.05 เพศหญิง ร้อยละ 1.95⁶

อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($B = .174$ S.E. = .045 Wald = 15.286 $p < .05$ EXP(B) = 1.190) เนื่องมาจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะมีความเสื่อมของโครงสร้างร่างกาย การสะสมความบกพร่องของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจากการทำงานในอดีตที่ผ่านมา และระบบทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุเสื่อมสภาพลงตามอายุรวมทั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางตามมา¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องภาวะเปราะบางในประเทศไทย ที่พบว่า โอกาสในการเกิดภาวะเปราะบางจะเพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{5,16} และจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ภาวะเปราะบางจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น⁴ โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จะมีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น¹⁸ และภาวะเปราะบางจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 เมื่ออายุ 80 ปี³

โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 68.9 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 27.7 และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมาเพียง ร้อยละ 25.5 หมายถึงผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวพบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 51 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว พบภาวะเปราะบางเพียง ร้อยละ 37 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Runzer-Colmenares และคณะ ที่พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัว¹⁵ ทั้งนี้เนื่องจากโรคประจำตัวจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางได้

ความรู้ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพยังไม่ดีพอ เกิดภาวะเปราะบางมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้ มีภาวะเปราะบางร้อยละ 50 และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีมาก ร้อยละ 35.1 ตามลำดับ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิบัติสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ¹³ ซึ่งกลุ่มวัยสูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ สิ่งใหม่ลดลง



และยังอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่อาจยอมรับหรือหลงเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลที่ใกล้ชิดได้ง่าย ทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองอันนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด¹⁹ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang และคณะ⁶ ที่พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (OR 2.51, 95%CI=1.32–4.77) โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงจะชะลอการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้⁸

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ ดังต่อไปนี้

1. นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมสำหรับส่งเสริมสุขภาพและลดการเกิดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น การหกล้ม ภาวะพึ่งพา และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ
2. นำความรู้เรื่องภาวะเปราะบางและผลการวิจัยไปใช้ในการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะเปราะบาง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563

References

1. National Statistical Office. The 2021 survey of The older persons in Thailand. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society;2022.(in Thai)
2. Institute of Geriatrics Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for geriatric syndromes care. Nonthaburi: IS AUGUST;2015.(in Thai)
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences. 2001;56(3):146–57.
4. Chen LJ, Chen CY, Lue BH, Tseng MY, Wu SC. Prevalence and associated factors of frailty among elderly people in Taiwan. International Journal of Gerontology 2014;8(3):114–9.
5. Jaidee S, Sasat S. A study of frailty in older people resided in community, Bangkok. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(3):117–35.(in Thai)
6. Huang CH, Lai YC, Lee YC, Teong XT, Kuzuya M, Kuo KM. Impact of health literacy on frailty among community-dwelling seniors. Journal of Clinical Medicine 2018;7(12):418–28.
7. Smith SG, O’Conor R, Curtis LM, Waite K, Deary IJ, Paasche-Orlow M, et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. Journal Epidemiology and Community Health 2015;69(5):474–80.
8. Shirooka H, Nishiguchi S, Fukutani N, Adachi D, Tashiro Y, Hotta T, et al. Association between comprehensive health literacy and frailty level in community-dwelling older adults: A cross-sectional



- study in Japan. *Geriatrics and Gerontology International* 2017;17(5):804–9.
9. Roojanavech S, Chatdokmaiprai K. The effects of health literacy development program with family participation of overweight primary school students in Nakhon Pathom Province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2020;48(3):591–610.(in Thai)
 10. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016;25(3):43–54. (in Thai)
 11. Polit GF, Hungler BP. *Nursing research principles and medthod*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott;1999.
 12. Institute of Geriatric medicine. Mini-mental state examination–Thai version 2002 (MMSE–Thai 2002). Bangkok: Ministry of Public Health;1999.(in Thai)
 13. Intarakamhang U. Creating and developing of Thailand health literacy scales. Bangkok: Behavioral Science Research Institute (BSRI), Srinakharinwirot University;2017.(in Thai)
 14. Boribun N, Lerttrakarnnon P, Siviroy P. Prevalence and associated factors of the frailty among community-dwelling elders in Sermngam district, Lampang province. *Journal Medicine and Health Sciences* 2017;24(1):45–54.(in Thai)
 15. Runzer-Colmenares FM, Samper-Ternent R, Al Snih S, Ottenbacher KJ, Parodi JF, Wong R. Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2014;58(1):69–73.
 16. Netchan P, Thato R, Sasat S. Selected factors related to frailty older persons in public residential home. *Journal of The Police Nurses* 2019;11(1):61–72.(in Thai)
 17. Suwanpasu S. Aging, deficit accumulation and frailty. In: Praditpornsilpa K, editor. *Textbook of geriatric medicine*. Bangkok: Rungsilp Printing (1977);2018.35–51.(in Thai)
 18. Ng TP, Feng L, Nyunt MSZ, Larbi A, Yap KB. Frailty in older persons: multisystem risk factors and the frailty risk index (FRI). *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15(9):635–42.
 19. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of health science research* 2015;9(2):1–8.(in Thai)



ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6

The Relationships between Cognitive Abilities, Health Literacy Related to Dementia, and Quality of
Life among Older Adults Living in Health Region 6

ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม¹ มนัสวี จำปาเทศ¹ ลัดดา เหลืองรัตนมาศ¹

จันทนา วงศ์จอม² พัทธินันท์ สันตยากร¹

Yupawan Thongtanunam¹ Manatsawee Jampated¹ Ladda Leungwatanamart¹,

Juntana Wangkaom² Pattanin Santayakom¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Chonburi Provincial Public Health Office

Corresponding author: Yupawan Thongtanunam; Email: yupawant@hotmail.com

Received: December 3, 2023 Revised: February 25, 2024 Accepted: March 7, 2024

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัยและอาจแตกต่างกันไปตามบริบทภูมิภาคที่อาศัยอยู่ วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การรู้คิดบกพร่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 375 คน ได้รับการเลือกแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .99 .92 และ.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.9 มีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น และร้อยละ 11.7 มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง โดยการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าในภาพรวมผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 หรือภูมิภาคตะวันออกของประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุมีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น และประมาณหนึ่งในสิบมีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บุคลากรด้านสุขภาพจึงควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว เพื่อการออกแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรู้คิดบกพร่องขั้นต้น; คุณภาพชีวิต; ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ; สมองเสื่อม



The Relationships between Cognitive Abilities, Health Literacy Related to Dementia, and Quality of Life among Older Adults Living in Health Region 6

Yupawan Thongtanunam¹ Manatsawee Jampated¹ Ladda Leungwatanamat¹,

Juntana Wangkaom² Pattanin Santayakom¹

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi Faculty of Nursing, Prabormarajanok Institute

²Chonburi Provincial Public Health Office

Corresponding author: Yupawan Thongtanunam; Email: yupawant@hotmail.com

Received: December 3, 2023 Revised: February 25, 2024 Accepted: March 7, 2024

Abstract

The quality of life of the elderly is related to various factors and may be different according to the region they live. The purposes of this research were 1) to explore the cognitive impairment situations, health literacy related to dementia, and quality of life among older adults living in health region 6, and 2) to examine the relationships between cognitive abilities, health literacy related to dementia, and quality of life. The participants were composed of 375 older adults purposively selected from those who received health care services at the health-promoting hospitals. The research instruments included the Risk of Dementia Assessment Form, Dementia Health Literacy Questionnaire, and Elderly Quality of Life Questionnaire. Cronbach's alpha coefficients of them were .99, .92, and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics as well as Pearson's correlation coefficients were used to test the correlations among the factors. The results of this study showed that 26.9% of the participants had mild cognitive impairment and 11.7% had dementia. Their health literacy related to dementia mean score was at a moderate level, while their mean score of quality of life score was at a high level. Concerning the correlations, it was found that cognitive abilities had a low positive relationship with health literacy related to dementia as well as with quality of life. Additionally, health literacy related to dementia also had a low positive relationship with elderly quality of life. According to this study, it indicates that in overall, the elderly in Health Region 6 or the Eastern Region of the country have a good quality of life. Nevertheless, approximately one in four elderly people has mild cognitive impairment, and one in 10 has dementia. Such mental impairments may impact on quality of life of the elderly in the future. Thus, for developing effective interventions to promote quality of life of the elderly, health personnel should consider such related factors.

Keywords: mild cognitive impairment; quality of life; dementia health literacy; elderly; dementia



ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 12,519,926 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.94 ของประชากร¹ และมีการคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2581² จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปัญหาระบบประสาทสมองที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ ภาวะสมองเสื่อม โดยพบมากถึงร้อยละ 20 ของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งอาจพบได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรกของโรค (preclinical stage) ระยะผู้สูงอายุมีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น (mild cognitive impairment) ระยะความจำบกพร่องระยะกลาง (moderate cognitive impairment) จนถึงระยะรุนแรงถึงรุนแรงมาก (severe or very severe cognitive stage)³

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกายตามวัยที่มากขึ้น ความถดถอยของระบบประสาทในผู้สูงอายุเป็นอีกความบกพร่องหนึ่งที่สำคัญที่พบสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุตั้งแต่ทำให้เกิดความรำคาญ ไม่สุขสบายใจ วิตกกังวล เครียด เศร้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง จากอาการหลงลืม จนถึงมีความลำบากในการดำเนินชีวิตจากความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับสังคมลดลง จนถึงสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคมและเกิดภาวะพึ่งพิง เกือบตัว หรือปลื้งตัวออกจากสังคมเนื่องจากไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทำให้ไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัว และสังคม เพราะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภาระการดูแลที่เรื้อรัง ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มักได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาระของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁴ จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและระบบบริการทางสังคมและสุขภาพในการคัดกรองในระยะเริ่มแรก การส่งเสริมและป้องกันการเกิดสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการสนับสนุนและดูแลครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำ เป็นอาการเด่น มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพและอารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลง จนรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เช่น การประกอบอาชีพ การใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีปัญหาในการสื่อสาร ปัญหาด้านความจำ ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในการสื่อสารหรือพบปะผู้คน หรือรู้สึกด้อยค่าเมื่อติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น หรือมีความหวาดระแวงเกิดขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป บางคนมีอาการซึมเศร้าไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จากการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้น เพศหญิง ไม่มีคู่สมรส การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยม และการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมน้อยเป็นตัวทำนายทางสังคม ที่บ่งบอกว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความบกพร่องของการรู้คิด ซึ่งเป็นความผิดปกติเบื้องต้นที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม⁵ โดยจากผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องขั้นต้นโดยการสัมภาษณ์งานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า อาการเด่นของภาวะการรู้คิดบกพร่องขั้นต้นตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความจำลดลง แต่ไม่ถึงขั้นสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันเพียงแต่ลดลง และพบว่าผู้สูงอายุจะมีรูปแบบกิจกรรมเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกคลุมเครือไม่เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงก้าวร้าว ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องต้องการการดูแลใกล้ชิดจากผู้ดูแล และหากได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับการกระตุ้นการรู้คิดและการพัฒนาศักยภาพสมอง การตระหนักรู้



แห่งตน การได้รับกำลังใจที่ดีและการสนับสนุนจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมในการกระตุ้นเตือนการทำกิจกรรม การฝึกการรู้คิด การสร้างสัมพันธภาพที่ดี รวมถึงการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือและบริการ ก็ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องชะลอการเกิดสมองเสื่อมและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ⁶ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเป็นผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ หลายคนมีความหวาดกลัวต่อโรคและพยายามที่จะออกห่างจากการกล่าวถึงหรือให้ความสนใจ⁷ โดยพบว่าผู้สูงอายุจะไม่ถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมจากบุคลากรด้านสุขภาพ และยังพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจะได้รับการวางแผนการดูแลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพได้น้อยกว่าและมีสัมพันธภาพกับทีมบุคลากรสุขภาพได้น้อย การจัดการสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับต่ำ⁸

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพไว้ว่าเป็นทักษะต่างๆ ทางกรรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ⁹ โดยนัทปัม¹¹ ได้เสนอกรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถจำแนกออกเป็น 6 องค์ประกอบได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) การสื่อสาร (communication) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) การตัดสินใจ (decision making) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (accessibility) การควบคุมตนเอง (self-management)¹⁰⁻¹²

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของตนเองตั้งแต่เริ่มต้นของการเกิดความบกพร่องของการรู้คิด เพื่อสามารถชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างทันทั่วทั้งที่แต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลในประเทศไทยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดของผู้สูงอายุที่จำแนกได้เป็นกรรู้คิดปกติ การรู้คิดบกพร่องขั้นต้น และมีภาวะสมองเสื่อมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับสมองเสื่อมโดยเฉพาะ และยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการออกแบบการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดสมองเสื่อม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการเกิดสมองเสื่อม และสนับสนุนระบบการค้นหาและส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนให้ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ในระยะแรกหรือระยะที่มีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น

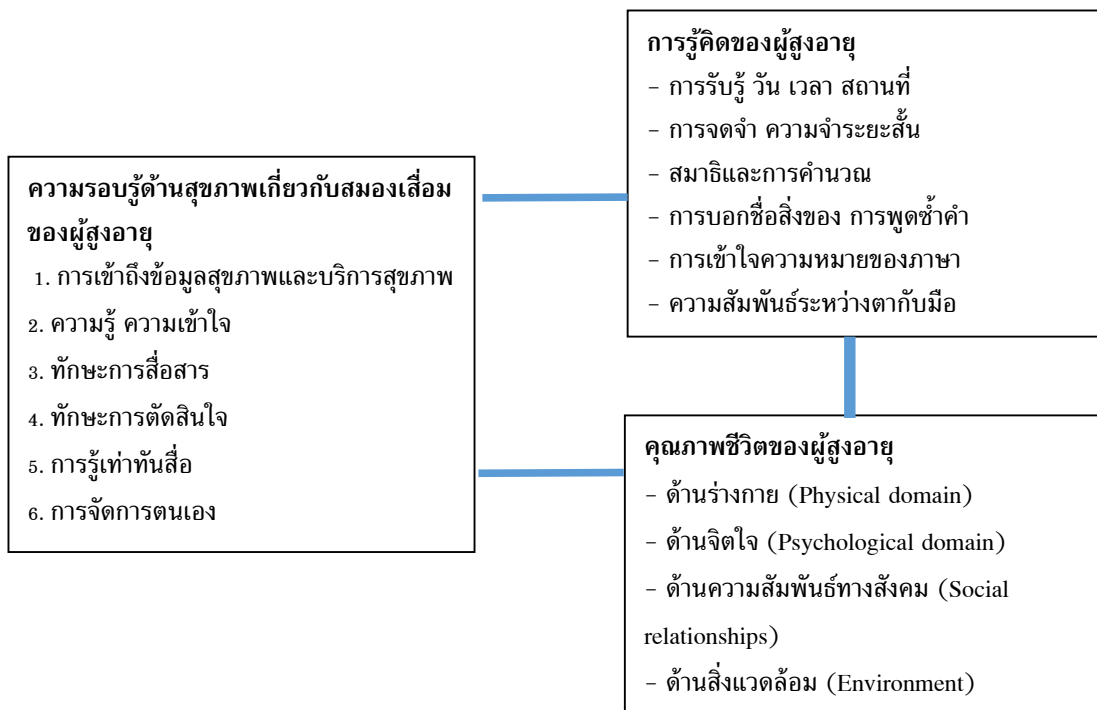
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การรู้คิดบกพร่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพที่ 6

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพที่ 6

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดและคุณภาพชีวิต



กรอบแนวคิดการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่อง^{5,13-14} ความรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบความรู้ทางสุขภาพของนักบีม (Nutbeam)^{10,12} วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ¹⁵ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนำมาจากกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relations) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถค้นหาข้อมูลและจัดการตนเองให้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดสมองเสื่อมได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถพึ่งพาตนเองได้จะรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยพัฒนาโปรแกรมสำหรับใช้บนโทรศัพท์เคลื่อนที่เพื่อชะลอการเสื่อมของสมองและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่อง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปพักอาศัยในเขตสุขภาพที่ 6 ในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 – กันยายน 2566 จำนวนทั้งสิ้น 785,276 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพักอาศัยในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 384 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ประมาณ



ค่า effect size ตาม Cohen และ Hopkins ที่กำหนดขนาดของผลที่ขนาดเล็กน้อย ($d = .20^{16}$) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ 320 คนเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 384 คน สุ่มเลือกอย่างง่ายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 มา 4 จังหวัด จากทั้งหมด 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดละ 1 แห่ง แห่งละ 96 คน มีแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 375 ฉบับ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถด้านการพูดการได้ยิน และสามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ มีความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่สามารถให้ข้อมูลวิจัยได้ครบถ้วน **เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (termination criteria)** เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย โดยแจ้งต่อผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเรื่องนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC.REC. No.07/2566 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่จะพึงได้รับต่อไป ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นข้อมูลส่วนรวม โดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว

แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (SLUMS – St Louis University Mental Status Test Form) ฉบับภาษาไทย ใช้สำหรับประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ แปลมาจาก Saint Louis University Mental Status Examination (SLUMS Examination) พัฒนา โดย ยุพาวรรณ ทองตะนูนามและคณะ¹⁷ โดยการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ตามเทคนิคของ Brislin¹⁸ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทย นำแบบประเมินภาษาไทยที่ผู้เชี่ยวชาญท่านแรกแปลนำมาแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญท่านที่สอง และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมเปรียบเทียบแบบประเมินทั้งสองครั้ง แบบประเมินมีทั้งหมด 11 ข้อ ประเมินการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ (orientation) การจดจำ (registration) สมาธิและการคำนวณ (attention, & calculation) ความจำระยะสั้น (recall) การบอกชื่อสิ่งของ (naming) การพูดซ้ำคำ (repetition) การเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (verbal command) การอ่าน เข้าใจความหมาย และทำตามได้ (written command) การเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (writing) และ ความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (visuoconstruction) คะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลค่าโดยผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายที่มีคะแนน 25–30 คะแนนถือว่าปกติ 20–24 คะแนนมีความบกพร่องของการรู้คิดขั้นต้น และ 1–19 คะแนนมีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุระดับการศึกษามัธยมศึกษา

ตอนปลายขึ้นไปที่มีคะแนน 27 – 30 คะแนน ถือว่าปกติ 21–26 คะแนนมีความบกพร่องของการรู้คิดขั้นต้น 1–20 คะแนนมีภาวะสมองเสื่อม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยการคำนวณ ค่า CVI (content validity index) เท่ากับ .93 และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ค่า Cronbach's alpha correlation เท่ากับ .99

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ของยุพาวรรณ ทองตะนูนาม และคณะ¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ ความรู้ ความเข้าใจ และการจัดการตนเอง ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้งสม่ำเสมอ มีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นบ่อยครั้ง มีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง มีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นไม่สม่ำเสมอ และมีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อยหรือไม่ได้ปฏิบัติ มีคะแนนตั้งแต่ 20 – 100 คะแนน แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 20 – 46.65 คะแนน แสดงถึงการมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 46.66 – 73.31 คะแนน แสดงถึงการมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับกลาง คะแนน 73.32 – 100.00 คะแนน แสดงถึงการมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี คำนวณความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยการคำนวณ IOC ได้ค่าระหว่าง .77–1.00 และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่อง เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตินัย (subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ประกอบไปด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยกับข้อความเลย เห็นด้วยเล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน แบ่งเกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 26.00–60.65 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 60.66 – 95.31 คะแนน แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 95.32–130.00 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้เกี่ยวข้องและผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 ราย ผู้สูงอายุใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนาน 30 นาที และปรับปรุงแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง



2. เมื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคัดเลือกผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการท้าววิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตบริการสุขภาพที่ 6

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน คืนข้อมูลผลการประเมินสมรรถนะสมองให้กับผู้สูงอายุ จากนั้นจึงนำมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่(frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลแบบโค้งปกติ และหาความสัมพันธ์ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตและการรู้คิดของผู้สูงอายุจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 75.9 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย ร้อยละ 32.3 และรองลงมาเป็นสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 10.4 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 9, ร้อยละ 8.5, และร้อยละ 8 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 53.7 รองลงมาคืออ้วน ร้อยละ 33.5 และอ้วนมาก ร้อยละ 6.9 และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 34.13 มีโรคเรื้อรังประจำตัว 1 โรค รองลงมาร้อยละ 29.60 มีโรคเรื้อรังประจำตัว 2 โรค และไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัวร้อยละ 27.47 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัวสูงสุด 4 โรค คิดเป็นร้อยละ 3.73

2. การรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61 การรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีความบกพร่องของการรู้คิดและภาวะสมองเสื่อม รองลงมาร้อยละ 26.9 มีความบกพร่องของการรู้คิดขั้นต้น (mild cognitive impairment) และร้อยละ 11.70 มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) และพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($M=71.62$, $SD=14.80$) โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดในด้านการจัดการตนเอง รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการสื่อสาร ตามลำดับ ($M=15.02$, $SD=3.46$; $M=13.24$, $SD=3.68$; $M=11.25$, $SD=3.05$; $M=10.56$, $SD=2.88$; $M=10.03$, $SD=2.94$; $M=9.74$, $SD=2.90$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 3



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 จำแนกตามรายได้ (n= 375)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	ค่าพิสัย	M	SD	การแปลผล
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	3-15	10.56	2.88	สูง
2. ความรู้ ความเข้าใจ	4-20	13.24	3.68	ปานกลาง
3. ทักษะการสื่อสาร	3-15	9.74	2.90	ปานกลาง
4. ทักษะการตัดสินใจ	3-15	11.25	3.05	สูง
5. การรู้เท่าทันสื่อ	3-15	10.03	2.94	สูง
6.การจัดการตนเอง	4-20	15.02	3.46	สูง
รวม	22-100	71.62	14.80	ปานกลาง

ผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=97.11, SD=14.30) โดยมีคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงที่สุด รองลงมาคือด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ตามลำดับ (M=25.02, 23.46, 10.68; SD=4.01, 3.85, 2.48) ดังตารางที่ 2 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิดบกพร่องขั้นต้นจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม (M=64.23, 69.64, 73.94; SD=17.14, 13.90, 14.17) และคุณภาพชีวิต (M =94.59, 97.14, 97.61; SD=12.54, 13.94, 14.78) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่การรู้คิดปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 จำแนกตามรายด้าน (n= 375)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ค่าพิสัย	M	SD	การแปลผล
1. ด้านร่างกาย	12-35	25.02	4.01	สูง
2. ด้านจิตใจ	12-30	23.46	3.85	สูง
3. ด้านสังคม	3-15	10.68	2.48	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	17-40	30.44	5.02	สูง
รวม	63-127	97.11	14.30	สูง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 จำแนกตามระดับการรู้คิด (n= 375)

การรู้คิด	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				คุณภาพชีวิต			
	ค่าพิสัย	M	SD	แปลผล	ค่าพิสัย	M	SD	แปลผล
ปกติ (n=44,61%)	28-100	73.94	14.17	ดี	63-127	97.61	14.78	ดี
บกพร่องขั้นต้น (n=101,26.90%)	22-96	69.64	13.90	ปานกลาง	71-127	97.14	13.94	ดี
สมองเสื่อม (n=230,11.70%)	30-100	64.23	17.14	ปานกลาง	73-120	94.59	12.54	ปานกลาง



3. ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .265$, $p < .01$) การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .091$, $p < .01$) และความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .478$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ($n = 375$)

ตัวแปร	การรู้คิด	คุณภาพชีวิต	ระดับความสัมพันธ์
การรู้คิด	.	.091**	ต่ำ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม	.265**	.478**	ต่ำ

** $p < .01$

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การรู้คิดบกพร่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61 อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม รองลงมาร้อยละ 26.90 มีความบกพร่องของการรู้คิดขั้นต้น (mild cognitive impairment) และร้อยละ 11.70 มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 53.7 และพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 34.13 มีโรคเรื้อรังประจำตัว 1 โรค รองลงมาร้อยละ 29.60 มีโรคเรื้อรังประจำตัว 2 โรค และไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัวร้อยละ 27.47 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคเรื้อรังและการมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความบกพร่องในการรู้คิดและภาวะสมองเสื่อม และยังพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดในด้านการจัดการตนเอง รองลงมาคือ ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการสื่อสาร ตามลำดับ สัมพันธ์กับการศึกษาของ วัลลา อันตรา อุลรัตน์ สิงห์เสนี และ ปัทมา วงศ์นิธิกุล ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.67 และมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.67 และมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 100¹⁹ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล และธนิดา พุ่มท่าอิฐ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 89.90⁸ เนื่องจากผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอาจมีโอกาสด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 ที่ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตเมืองและในเขตชนบท นอกจากนั้นการสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตบางพลัดเป็นการสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพโดยทั่วไป ขณะที่ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพที่เกี่ยวกับสมองเสื่อมโดยเฉพาะ ซึ่งผู้สูงอายุยังมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้น้อย และยังไม่ทราบข้อมูลและความจำเป็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพในการป้องกันและการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่พักอยู่ในเขตเมืองของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความรอบรู้

ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมด้านความรู้ ความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพมีคะแนนต่ำที่สุด²⁰

2. ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติจะมีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องและมีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธ์กับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุญี่ปุ่นที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .091, p < .01$)²¹ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้นทำให้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกต่อคุณค่าไม่มีความมั่นใจในการเข้าสังคม แต่จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 53.4 ทำให้มีบุคคลในครอบครัวให้การดูแลสนับสนุนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจึงยังคงรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ สายพิน เม่งเอียด โสภิต สุวรรณเวลา และเบญจวรรณ ช่วยแก้ว ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ดีที่สุดคือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม²² เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระดับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนั้นในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สัมพันธ์กับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = .305, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ2ส ของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารและด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ²³ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในทักษะด้านการสื่อสารของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำที่สุด ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมสูงจะมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ดี และสามารถสืบค้นข้อมูลในการป้องกันการเกิดสมองเสื่อมและดูแลตนเองเมื่อมีการรับรู้บกพร่องระยะแรกหรือเมื่อเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ สัมพันธ์กับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูงมีความต้องการที่จะเข้ารับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในระดับต่ำ^{20,21} ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้สูงอายุทำให้สามารถค้นพบความบกพร่องทางการรู้คิดตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกและสามารถชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมให้มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงในพื้นที่ และควรมีการคัดกรองเป็นระยะเพื่อให้สามารถค้นพบผู้สูงอายุที่ยังมีความบกพร่องการรู้คิดในระยะแรกโดยเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีความไวในการตรวจพบอาการที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองเพื่อชะลอการเกิดสมองเสื่อมได้



2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุและบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมและชะลอความรุนแรงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการวิจัยศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน เพื่อนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมเพื่อชะลอการเกิดสมองเสื่อมและควรมีการวิจัยพัฒนาโปรแกรมสำหรับส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของตนเองได้ ทำให้ลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความหนาแน่นและการรอคอยในสถานบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

References

1. Department of Older Persons. Statistics of older adults [internet]. 2022 [cited 1 October 2023]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2387>.(in Thai)
2. World Health Organization. [internet]. 2023 [cited 15 March 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
3. Tiparat W, Meng-aied S, Suwanweala S, Chuaykaed B. Factors predicting dementia preventive behavior among older adults-at-risk. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2019;27(1): 100-8.(in Thai)
4. Pinijsuwan N, Sucamvang K, Nanasilp P. Factor predicting quality of life among caregivers of older persons with dementia. Nursing Journal 2018;45(2):1-13. (in Thai).
5. Jetwarapong O, Laosee O, Mongkolchati A Determinants of cognitive impairment among adults 50 years and older in Thailand. Interdisciplinary Research Review 2019;14(5):18-24.(in Thai)
6. Wongarsa P, Chaiyasit Y, Kotta, P, Chanbunlawat, K. Life experiences of older persons with mild cognitive impairment: a qualitative Meta-synthesis. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022;37(2): 30-45.(in Thai)
7. Page KS, Hayslip B Jr, Wadsworth D, Allen PA Development of a multidimensional measure to examine fear of dementia. Int J Aging Hum Dev. 2019;89(2):187-205. doi: 10.1177/0091415018784737.
8. Tummakul D, Pumtha-it T. Relationship between health literacy and health behavior of the elderly in Bang Phlat district, Bangkok. Journal of Health Science Research 2021;15(1):106-18.(in Thai)
9. Paasche-Orlow MK, Wolf MS The causal pathways linking health literacy to health outcomes. Am J Health Behav. 2007 Sep-Oct;31Suppl 1:S19-26. doi: 10.5555/ajhb.2007.31. supp.S19. PMID: 17931132.
10. World Health Organization. Health Promotion Glossary of Terms [internet]. 2021 [cited 31 July 2022]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>.(in Thai)



11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67: 2072-8.
12. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health* 2009;54(10):303-5.
13. Duangjina, T. Nursing Care for older persons with mild cognitive impairment: Application of the self-determination theory. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2022; 37(1): 5-18. (in Thai)
14. Siddiqui M, Nyahoda T, Traber C, Elliott S, Wang V, Toledo-Franco L, Rodin MB. Screening for cognitive impairment in primary care: rationale and tools. *Missouri Medicine*. 2023; 120(6):431-9.
15. Grace S, Horstmannshof L. A realist evaluation of a regional dementia health project. *Health Expectations* 2019;22:426-434. doi: 10.1111/hex.12862
16. Sukamolsun S. Effect size: Practical significance in research. *Pasaa Paritat Journal* 2010; 25:26-38.
17. Thongtanunam Y, Rungsawang Y, Chaiarsa P, Rodpipat S, Wanwaisart P, Nusawat J, Jittawisuttiwong R. The development model of case management for disable seniors in community: A case study of urban communities in Nonthaburi municipality. *Journal of Health Science Research* 2018;12 (Supplement):61-73.(in Thai)
18. Phongphanngam S, Helen WL. Cross-cultural instrument translation and adaptation: challenges and Strategies. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 2019;23(2):170-9.
19. Undara W, Singkasene U, Wongnitikul P. The study of dementia, knowledge and prevention of dementia and the demographic data in the Elderly Association of Royal Thai Air Force Nursing College. *JOPN* 2016;3(1):23-35.(in Thai)
20. Zhang H, Loi SM, Zhou S, Zhao M, Lv X, Wang J, Wang X, Lautenschlager N, Yu X and Wang H. Dementia literacy among community-dwelling older adults in urban China: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2017; 5:124. doi: 10.3389/fpubh.2017.00124.
21. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling* 2015;98: 660-8.
22. Aihara Y, Maeda K. Dementia literacy and willingness to dementia screening. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17: 8134. doi:10.3390/ijerph17218134.
23. Srithanee K. Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2017;11(1):26-36. (in Thai)



คำแนะนำผู้พิมพ์

ในการจัดทำนิตยสารฉบับผลงานวิชาการเพื่อการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข กองบรรณาธิการวารสารฯ ได้กำหนดคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ในการจัดเตรียมนิตยสารฉบับที่มีคุณภาพ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดข้อตกลงในภาพรวมของนิตยสารฉบับที่จะเผยแพร่ในวารสารฯ ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้พิมพ์จะต้องไม่ส่งผลงานวิชาการชิ้นเดียวกันนี้ หรือเป็นผลงานที่เนื้อหาส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

1.3 ผลงานวิชาการที่มีลักษณะเป็นงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง โดยต้องแนบหลักฐานการรับรองมาพร้อมนิตยสารฉบับ

1.4 วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์เผยแพร่ หากตรวจพบว่านิตยสารฉบับได้เข้าข่ายละเมิด หรือคัดลอกผลงานวิชาการ (academic plagiarism) หรือมีการคัดลอกเนื้อหาจากปัญญาประดิษฐ์ เช่น ChatGPT หรือระบบอื่นที่มีการใช้งานในลักษณะเดียวกัน

1.5 วารสารฯ มีระบบการประเมินคุณภาพรายงานวิจัยแบบ double-blind peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 3 คน

2. วารสารฯ กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการบทความเพื่อเผยแพร่ในอัตราบทความละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) (วารสารฯ จะประสานให้ผู้พิมพ์ชำระค่าธรรมเนียมก่อนที่จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ และเมื่อได้ชำระเงินแล้ว ทางวารสารฯจะไม่คืนเงินในทุกกรณี)

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucrosiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18-20
ข้อมูลผู้พิมพ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ และ Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16



รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ขีดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ขีดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกซ้ายข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับ ตัวเลข	ขีดซ้าย	18

3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้า ให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นผลงานวิจัย กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ต้องมีความชัดเจน กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ข้อมูลผู้นิพนธ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแสดงเฉพาะชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลล์ที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อ บทคัดย่อภาษาไทย ให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ โดยประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วนย่อย ได้แก่ 1) ส่วนนำ เป็นการกล่าวถึงความสำคัญของการทำวิจัยสั้นๆ ไม่เกิน 2 บรรทัด 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3) วิธีการวิจัย ซึ่งระบุรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 4) ผลการวิจัย และ 5) สรุปผลและข้อเสนอแนะ ในการเขียนบทคัดย่อ ไม่ต้องมีการอ้างอิงในเนื้อหา (สำหรับบทความวิชาการให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน โดยบทคัดย่อบทความวิชาการจะประกอบด้วยความเป็นมา วัตถุประสงค์ของบทความ เนื้อหาของบทความและข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: self-management; health promotion; hypertension; elderly

4.4 ความเป็นมาและความสำคัญ เป็นการนำเสนอเหตุผล ความจำเป็น และบริบท ที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือผลงานวิจัย โดยมีเนื้อหาที่กระชับ ตรงประเด็น และมีการเรียงร้อยข้อความอย่าง



เชื่อมโยง ต่อเนื่องกันในแต่ละย่อหน้า และมีการสรุปความสำคัญหรือความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาในย่อหน้าสุดท้ายของหัวข้อนี้ ที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สำหรับการเขียนเนื้อหาภาษาไทย ให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถาน โดยหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่สากล นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

ในการอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในบทความ ขอให้ผู้นิพนธ์ใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้นิพนธ์และปีพิมพ์ ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มา และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html>²

4.5 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี) เป็นการเขียนอธิบายแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้เป็นฐานของการศึกษาวิจัย อาจจะเป็นพื้นฐานของตัวแปร พื้นฐานของการสร้างเครื่องมือ/นวัตกรรม หรือกรอบแนวคิดพื้นฐานของการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้นิพนธ์อาจอธิบายกรอบแนวคิดแบบพรรณนา หรือแบบการพรรณนาประกอบแผนภูมิ ก็ได้

4.6 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ซึ่งประกอบด้วยระเบียบวิธีวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย (สำหรับการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ)

4.7 ผลการวิจัย เป็นส่วนของการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็นๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนในแต่ละประเด็น ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลแบบพรรณนาก่อนและตามด้วยตารางแสดงผลการวิจัย โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยไม่ต้องแสดงเส้นแนวตั้งในตาราง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อความที่สั้น กระชับ มีความยาวไม่เกินหนึ่งบรรทัด และวางไว้ด้านบนของตาราง ดังตัวอย่างต่อไปนี้



ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ขีดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 $r=.75$ $p<.01$ เป็นต้น

4.8 อภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย โดยไม่นำเสนอผลการวิจัยซ้ำอีก การอภิปรายผลการวิจัยแต่ละเรื่องเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยครั้งนั้น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของงานวิจัยอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ ในการอภิปรายผลการวิจัย ต้องมีการสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสมเหตุสมผล และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสมกับบริบท และถูกต้องตามหลักการ

4.9 ข้อเสนอแนะ เป็นการเขียนข้อเสนอแนะที่สืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป โดยอาจเป็นข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ หรือเพื่อการทบทวนวิจัยต่อยอดในอนาคต

4.10 การอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงระบบตัวเลขหรือแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ (ขอให้ผู้นิพนธ์พิจารณาเลือกอ้างอิงเท่าที่จำเป็นและตรงประเด็นจริงๆ) การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำ “ตัวเลขอารบิกแบบตัวยก” แสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ท้ายประโยคหรือท้ายข้อผู้แต่ง และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา^{1,7}) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดลบ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา^{1-3,6,9}) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง ต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง และให้พิมพ์



ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ เช่น

อริญญา นามวงศ์, กฤตพัทธ์ ฝักฝน, เฉลิมพล กำใจ, สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566;33(3):68-81.

กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว, มนัสวี จำปาเทศ, สุกัญญา สุรังสี, ชะเอม มหาภักดิ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566;33(2):85-96.

ให้เขียนเป็น

Namwong A, Fukfon K, Kajai C, Lertwacharasakul S. Access to essential health care services among older people in the community. Nursing Journal of Ministry of Public Health 2023;33(3);68-81. (in Thai)

Mokekhaow K, Jumpated M, Surangsri S, Mahagun C. The effect of a mental health literacy promotion program on mental health self-care ability of people. Nursing Journal of Ministry of Public Health 2023;33(2);85-96.(in Thai)

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้บ่อย ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้นิพนธ์เป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้นิพนธ์ เช่น ปราณอม ใจเก่งกล้า ให้เขียน Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้นิพนธ์มีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ 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.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (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.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้พิมพ์อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ ไม่ควรอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้พิมพ์หนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้พิมพ์วารสาร 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)

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต ให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสารโดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY]" ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำ



ว่า “Available from” ทั้งนี้ทางวารสารขอความร่วมมือจากผู้นิพนธ์ให้ใช้ข้อมูลจากเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือ หรือเว็บไซต์วารสารหรือฐานข้อมูลเท่านั้น อย่างไรก็ตามขอให้ผู้นิพนธ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบน อินเทอร์เน็ต 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, Wattanaveroj 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)

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้นิพนธ์ศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ ของคลีฟร 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 ให้ผู้นิพนธ์ส่งบทต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้นิพนธ์จะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJo ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้นิพนธ์เข้าหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการสืบค้นผ่านหน้าเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทาง ThaiJo ได้เตรียมไว้ที่เมนู “For Author” ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ให้ติดต่อกลับที่วารสารฯ

6. การจัดการนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

6.1 ผู้นิพนธ์ทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJo เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJo ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

6.2 บรรณาธิการวารสารฯ จะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไข จากนั้นให้ผู้นิพนธ์ส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับเข้ามาใหม่ผ่านอีเมลของระบบ ThaiJo (โดยใช้ระเบียบ submission เดิม)

6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด ทางวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านทำการพิจารณาและประเมินคุณภาพ

6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทางวารสารฯ จะส่งบทความกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้อาจใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจากกองบรรณาธิการวารสาร)

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) เป็นต้นมา วารสารฯ มีการเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจเล่มวารสารฯ สามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ

การติดต่อ

ผู้นิพนธ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.มณฑนา เหมชะญาติ โทรศัพท์/โทรสาร Email: monthana@pnc.ac.th
2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.เชษฐา แก้วพรม Email: chettha@bcnph.ac.th
3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
นางสาวใบศรี นวลอินทร์ โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834 Email: n.tnaph@gmail.com