



บทความวิชาการ

- ➔ การอภิปรายผลการเรียนรู้: องค์ประกอบที่สำคัญในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
- ➔ การประเมินความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก

บทความวิจัย

- ➔ ประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ➔ ผลของโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ➔ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- ➔ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลชายขอบจังหวัดกาญจนบุรี
- ➔ ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- ➔ การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2564: ศูนย์อนามัยที่ 5
- ➔ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในห้องผ่าตัด
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทอำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม
- ➔ การพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี
- ➔ ความรอบรู้ทางสุขภาพอาการและการจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

พิมพ์ที่ : บริษัท ยุทธินันท์การพิมพ์ จำกัด

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดาราพร คงจา

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร. อีรพร สติธอักษร

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. ศุภรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ดร. เชษฐา แก้วพรม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

ดร. นุสรุา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร. บุญเตือน วัฒนกุล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ผศ.ดร. จิราพร วัฒนศรีสิน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ผศ.ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร. นิภาพรรณ สามารถกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ดร. อุษณีย์ เทพวรชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

รศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร. สุภาภรณ์ อุตมลักษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

ดร. กীরติ กิจธีระวุฒิมังษ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ผศ.ดร.ภก. วินัย สยอวรรณ

โครงการจัดตั้งคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูฉนวน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ผศ. สมศักดิ์ วงศ์वास

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร. อัครวิณี ตันกูริมาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร. ชินกร สุจิตมงคล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ดร. โสภภาพันธุ์ สอาด

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

Dr. Paul Alexander TURNER

St.Francis Xavier School

ผู้จัดการ/เลขาธิการ

นางสาวไบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566 ISSN 2673-0693

- | | |
|---|---|
| 1. รศ.ดร. พิชญ์ประอร ยังเจริญ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รศ.ดร. ตริรัตน์ เดชะศักดิ์ศรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. รศ.ดร. ปรางทิพย์ ฉายพุทธ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ผศ.ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 5. รศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 6. ผศ.ดร. วิฑูติอากาศ ตั้งคำวานิชย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 7. ผศ.ดร. อัครวิณี ต้นกุริมาน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 8. ผศ. ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ |
| 9. ผศ.ดร. สมรภาพ บรรหารักษ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 10. ดร. ชลธิรา เรียงคำ | ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 11. ดร. ชินกร สุจิมงคล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย |
| 12. ดร. ทศนีย์ เชื้อมทอง | โรงพยาบาล ชลบุรี |
| 13. ดร. จริยา ชื่นศิริมงคล | คณะพยาบาลศาสตร์กึ่งการุญย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 14. ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 15. ดร. เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 16. ดร. นุสรุา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 17. ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 18. ดร. สุภาพร วรณสนันท์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 19. ดร. บุญสืบ โสโสม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ |
| 20. ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 21. ดร. อรัญญา นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 18. ดร. พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 22. ดร. อัญญา พลดเปลื้อง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 23. ดร. จุฬารัตน์ ท้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 24. ดร. ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 25. ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 26. ดร. กรรณิการ์ เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การอภิปรายผลการเรียนรู้: องค์ประกอบที่สำคัญในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง.....1
- การประเมินความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก.....14

บทความวิจัย

- ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษา.....23
ในหอทารกแรกเกิดป่วย
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....37
- ผลของโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะในอาสาสมัคร.....49
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์.....62
- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลชายขอจังหวัดกาญจนบุรี.....74
- ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.....90
ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2564: ศูนย์อนามัยที่ 5.....102
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก.....118
ที่ร่างกายในห้องพักฟื้น
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท.....131
อำเภอขามศรีราช จังหวัดมหาสารคาม
- การพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี.....147
- ความรอบรู้ทางสุขภาพ อาการและการจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา....161



บรรณาธิการกลบ

สวัสดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 33 มกราคม- เมษายน 2566 เป็นช่วงเวลาสงกรานต์ที่หลายคนได้เฉลิมฉลอง ขอให้ทุกคนเฉลิมฉลองปีใหม่ไทยด้วยความระมัดระวังตามแบบสังคมปกติวิถีใหม่ นะคะ วารสารฉบับนี้มีบทความวิชาการที่น่าสนใจ 2 เรื่องคือ “การอภิปรายผลการเรียนรู้: องค์ประกอบที่สำคัญในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง” ซึ่งเป็นการวิธีการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการศึกษาพยาบาลอย่างหนึ่ง และ”การประเมินความปวดผู้ป่วยสมองขาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก” ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สำหรับบทความวิจัยมีจำนวน 11 เรื่อง เป็นบทความเกี่ยวกับการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวาน 3 เรื่อง ได้แก่ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเรื้อรังโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์” และ “ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2” นอกจากนี้ยังมีบทความวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลเด็ก ได้แก่ “การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2564: ศูนย์อนามัยที่ 5” และ “ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย” ที่จะช่วยให้เข้าใจบทบาทของบิดาในการดูแลบุตรที่ป่วยหนักมากขึ้น และการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้แก่ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดมหาสารคาม” และ “การพัฒนากระบวนการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดุกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี” สำหรับบทความวิจัยที่น่าสนใจอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมากล่าวในที่นี้ ทุกเรื่องมีสาระที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์จึงขอเชิญชวนให้สมาชิกทุกท่านติดตามอ่านรายละเอียดด้านใน

ท้ายสุดนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการทุกท่านที่ได้ร่วมกันกลั่นกรองบทความที่มีคุณภาพลงตีพิมพ์ในวารสาร และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสาร ขอให้ศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้มีพันธะทาง website ของ Thaijo หรือ website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของวารสารได้ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าเช่นนี้ต่อไป

ดร. ศุภรใจ เจริญสุข

บรรณาธิการ



การอภิปรายผลการเรียนรู้: องค์ประกอบที่สำคัญในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

Debriefing: A Crucial Component in Simulation Based Learning

สมจิตต์ สินธุ์ชัย¹ สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์¹ บุศยรินทร์ อารยะธนิติกุล²

Somchit Sinthuchai¹ Suneerat Boonsin¹ Bussarin Arayathanikul²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

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

²The Royal Thai Army Nursing College

Corresponding author: Somchit Sinthuchai; somchit@bcns.ac.th

Received: January 10, 2022 Revised: February 28, 2023 Accepted: March 25, 2023

บทคัดย่อ

การอภิปรายผลการเรียนรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังผู้เรียนได้เข้าร่วมในสถานการณ์จำลอง ผู้สอนต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสถานการณ์การเรียนรู้ และใช้วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบมีโครงสร้าง ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้จาก ทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติ โดยการสะท้อนคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ สังเคราะห์เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกและ การปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง ผู้สอนควรฟังผู้เรียนอย่างตั้งใจ ให้ข้อมูลป้อนกลับ และใช้คำถามที่ทรงพลัง ใน บรรยากาศที่มีความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่น ซึ่งจะส่งเสริมความสามารถของผู้เรียนในการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ได้รับระหว่างการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพื่อนำไปใช้ในคลินิก การอภิปรายผลการเรียนรู้ ที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สำคัญคือ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การให้เหตุผลทางคลินิก และการตัดสินใจทางการพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สอนที่จัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์ จำลองเสมือนจริงนำหลักการของการอภิปรายผลการเรียนรู้ไปใช้เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ เนื้อหา บทความประกอบด้วย ความหมายของการอภิปรายผลการเรียนรู้ กรอบแนวคิด วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ การประเมิน และการพัฒนาการอภิปรายผลการเรียนรู้ องค์ประกอบที่สำคัญในการอภิปรายผลการเรียนรู้ และข้อเสนอแนะในการ อภิปรายผลการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้เขียน

คำสำคัญ: การอภิปรายผลการเรียนรู้; ผลลัพธ์การเรียนรู้; การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง



Debriefing: A Crucial Component in Simulation Based Learning

Somchit Sinthuchai¹ Suneerat Boonsin¹ Bussarin Arayathanitkul²

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

²The Royal Thai Army Nursing College

Corresponding author: Somchit Sinthuchai; somchit@bcns.ac.th

Received: January 10, 2022 Revised: February 28, 2023 Accepted: March 25, 2023

Abstract

Debriefing is a crucial component of simulation based learning. It is a process that takes place after learners participate in simulations. Instructors must be experts in learning situations and conduct a structured debriefing to discuss learning outcomes. This helps learners connect theory to practice by reflecting, understanding, analyzing, and synthesizing what they thought, felt, and did during the simulations. During debriefing, instructors should listen carefully to learners, provide feedback and ask meaningful debriefing questions in an atmosphere of trust and confidence. This will promote the ability of learners to apply the knowledge, skills and attitudes gained during simulations to clinical practice. Effective debriefing enables learners to achieve important outcomes, namely critical thinking skills, clinical reasoning, and clinical decision making. This article is intended to encourage instructors who use simulation based learning to apply the principles of debriefing to achieve student learning outcomes. This article provides a definition of debriefing, a theoretical framework, debriefing methods, debriefing evaluation and development, as well as advice on debriefing from the authors' experiences.

Keywords: debriefing; learning outcomes; simulation based learning

ความเป็นมาและความสำคัญ

การเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกเป็นส่วนสำคัญของการเรียนรู้ที่นักศึกษาพยาบาลนำความรู้จากทฤษฎีประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล แต่ปัจจุบันพบว่าความซับซ้อนที่เพิ่มขึ้นและความจำเป็นในการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้รับบริการ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย¹ รวมทั้งประสบการณ์ที่ไม่เพียงพอของนักศึกษาพยาบาลในการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในสถานการณ์ทางคลินิก ทำให้การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองถูกนำมาใช้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย²⁻³ เนื่องจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยโดยตรง เปิดโอกาสในการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤต และมีความเสี่ยงสูงที่ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้ง ในระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ในสภาพแวดล้อมทางคลินิกที่เหมือนจริง และฝึกฝนทักษะทั้งทางเทคนิคและที่ไม่ใช่ด้านเทคนิคซ้ำ ๆ การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองจึงเป็นกลยุทธ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ กว่าทศวรรษที่หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้นำการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมาใช้ในการเรียนการสอน⁴ สำหรับในประเทศไทยวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบประมาณและทุนจำลองเสมือนจริงสูง (high fidelity simulation) จากสถาบันพระบรมราชชนก โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี เริ่มจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงตั้งแต่ปีการศึกษา 2557 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเป็นวิธีการสอนที่เป็นนวัตกรรมใหม่ที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสมากขึ้นในการเรียนรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก⁵ ความเชี่ยวชาญของผู้สอนสามารถส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของผู้เรียน เช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล และทักษะการสื่อสาร⁶ ซึ่งการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การปฐมนิเทศ (pre-briefing) การปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง (scenario) และการอภิปรายผลการเรียนรู้ (debriefing)⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอภิปรายผลการเรียนรู้ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง

การอภิปรายผลการเรียนรู้หลังจากปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองด้วยกระบวนการสะท้อนคิดที่เรียกว่า debriefing เป็นองค์ประกอบหลักของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง⁷⁻⁹ ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb¹⁰ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนไตร่ตรองประสบการณ์และทำความเข้าใจกับประสบการณ์ ประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ หากไม่มีกระบวนการสะท้อนคิด ผู้เรียนอาจไม่ได้เรียนรู้อย่างลึกซึ้งซึ่งกับประสบการณ์ของตนเองและไม่บรรลุบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง¹⁰ ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลอาจแตกต่างกันไปตามวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน⁷ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงความรู้ของนักศึกษาและการประยุกต์ใช้ความรู้และประสบการณ์ในสถานการณ์จริง ส่วนการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลด้านลบ เช่น ทักษะการให้เหตุผลทางคลินิกไม่เพียงพอ การตัดสินใจทางคลินิกที่ไม่ดีของผู้เรียน ความเครียดทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น และความไม่พึงพอใจของผู้เรียน⁹ ซึ่งประสิทธิภาพในการอภิปรายผลการเรียนรู้ประกอบด้วย วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีโครงสร้าง บทบาทของผู้สอนที่เป็นเพียงผู้สนับสนุนการเรียนรู้ โดยใช้คำถามที่ทรงพลัง กระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ ให้ข้อมูลป้อนกลับ และทำให้ข้อมูลต่างๆ มีความชัดเจนขึ้น โดยผู้เรียนต้องเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ ไตร่ตรองประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองจากมุมมองที่หลากหลาย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทบทวนข้อผิดพลาดจากสถานการณ์ เชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติในการตัดสินใจทางการพยาบาล⁵ ซึ่งช่วยพัฒนาความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง¹¹ ในระหว่างการอภิปรายผลการเรียนรู้บรรยากาศที่มีความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่นจะส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสะท้อนคิด



การอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจะส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจรรณญาณ การให้เหตุผลทางคลินิก และการตัดสินใจทางการพยาบาล¹ ซึ่งเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สำคัญ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอหลักการของการอภิปรายผลการเรียนรู้เพื่อให้ผู้สอนที่จัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงนำไปใช้ให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ซึ่งเนื้อหาบทความประกอบด้วย ความหมายของการอภิปรายผลการเรียนรู้ กรอบแนวคิด วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ การประเมินและการพัฒนาการอภิปรายผลการเรียนรู้ องค์ประกอบที่สำคัญในการอภิปรายผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และข้อเสนอแนะในการอภิปรายผลการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้เขียน

ความหมาย

พจนานุกรมสถานการณ์จำลองของการดูแลสุขภาพ (healthcare simulation dictionary) อธิบายความหมายของ debrief หรือ debriefing เป็นทั้งคำนามและกริยาดังนี้¹²

คำนาม หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองที่มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน และสะท้อนความคิดภายในจากกิจกรรมการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง

คำกริยา หมายถึง การทบทวนประสบการณ์จากสถานการณ์จำลอง มีจุดประสงค์เพื่อมุ่งไปสู่การซึมซับประสบการณ์ (assimilation) และการปรับโครงสร้างทางปัญญา (accommodation) ของการเรียนรู้ ในสถานการณ์จำลองในอนาคต โดยการส่งเสริมการคิดไตร่ตรองของผู้เข้าร่วมสถานการณ์ และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้เรียน มีการซักถาม อภิปรายถึงมุมมองต่างๆ ของการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง เพื่อพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิก และทักษะการคิดอย่างมีวิจรรณญาณ

สรุปการอภิปรายผลการเรียนรู้หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นหลังได้รับประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองที่ผู้เรียนไตร่ตรองและอภิปรายเกี่ยวกับมุมมองต่างๆ ที่เรียนรู้จากการปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง โดยผู้สอนให้ข้อมูลป้อนกลับ และซักถาม เพื่อช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจรรณญาณ และการตัดสินใจทางการพยาบาล

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการอภิปรายผลการเรียนรู้ประกอบด้วยทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ Mezirow ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb และทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ดังนี้

1. ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ Mezirow ซึ่งอธิบายวิธีที่ผู้เรียนใช้การสะท้อนคิดระหว่างการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความเข้าใจแนวคิดที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ผู้เรียนจะไตร่ตรองประสบการณ์ของตนเองอย่างมีวิจรรณญาณ วิเคราะห์และตีความประสบการณ์ที่ได้รับ ส่งผลให้เกิดการพัฒนากรอบแนวคิดใหม่¹³

2. ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb¹⁰ เป็นหนึ่งในทฤษฎีเบื้องต้นสำหรับการอภิปรายผลการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง กระบวนการเรียนรู้ตามวัฏจักรของ Kolb ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้น ได้แก่ 1) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมให้ผู้เรียน (concrete experience: CE) 2) ผู้เรียนใคร่ครวญหรือสะท้อนความคิดต่อประสบการณ์นั้น (reflection observation: RO) 3) ผู้เรียนสร้างแนวคิดและหลักการจากประสบการณ์ที่ได้รับโดยเชื่อมโยงกับการปฏิบัติ (abstract conceptualization: AC) และ 4) ผู้เรียนนำแนวคิดและหลักการไปปฏิบัติจริงหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ (active experimentation: AE) โดยในขั้นที่ 2, 3, และ 4 จะตรงกับระยะการอภิปรายผลการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจึงเน้นการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างกระตือรือร้นในการเรียนรู้ที่มีความหมาย

3. ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (constructivist theory) ทฤษฎีอธิบายว่าผู้เรียนเป็นผู้สร้าง (construct) ความรู้จากประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม โดยใช้กระบวนการทางปัญญาในการซึมซับประสบการณ์



(assimilation) และปรับโครงสร้างทางปัญญา (accommodation)¹⁴ ทั้งนี้การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้อย่างดีเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเรียนรู้ที่มีความหมายจะต้องดำเนินการภายใต้การปฏิบัติในสภาพจริง ต้องให้ผู้เรียนเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างความเข้าใจด้วยตนเองจนค้นพบความรู้ โดยที่กิจกรรมการเรียนรู้ควรเชื่อมโยงประสบการณ์หรือพื้นฐานความรู้เดิมของผู้เรียน ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนสร้างความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

สรุปจากกรอบแนวคิดของการอภิปรายผลการเรียนรู้ ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ Mezirow อธิบายถึงการไตร่ตรองประสบการณ์ของผู้เรียนอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อพัฒนาความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb ที่ผู้เรียนใคร่ครวญหรือสะท้อนความคิดต่อประสบการณ์นั้น และสร้างแนวคิดและหลักการจากประสบการณ์ที่ได้รับ โดยเชื่อมโยงกับการปฏิบัติจากสถานการณ์ และนำแนวคิดและหลักการไปปฏิบัติจริงหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ สอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้เรียนจะเชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์เดิม โดยใช้กระบวนการทางปัญญาในการซึมซับประสบการณ์ และปรับโครงสร้างทางปัญญาจากการอภิปรายในกลุ่ม และเห็นแนวทางหรือวิธีการที่หลากหลายในการกำหนดความรู้ใหม่ โดยผู้สอนเป็นผู้ช่วยให้ผู้เรียนจัดการกับความรู้อ และสร้างความรู้ใหม่ดังกล่าว

วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้

การอภิปรายผลการเรียนรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง และผลลัพธ์ที่สำคัญของการเรียนรู้คือความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่ง Sulaima, Sabei และ Lasater⁵ วิเคราะห์ถึงผลที่ตามมาจากการตัดสินใจจะเกิดผลลัพธ์หลัก 3 ประการได้แก่ 1) การเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการตัดสินใจทางคลินิก 2) ความมั่นใจ ซึ่งมีความสำคัญในการพัฒนานักศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพ และความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก และ 3) ความสามารถของผู้เรียนในการถ่ายโอนการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองไปสู่การปฏิบัติที่พยาบาลในคลินิก หรือเชื่อมช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ อย่างไรก็ตามผลที่ตามมาเหล่านี้ขึ้นอยู่กับวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติผ่านการไตร่ตรองและสะท้อนคิด⁵ ซึ่งวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่นำมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมีหลายวิธี ประกอบด้วย ผู้ดำเนินการ กรอบแนวคิด เครื่องมือที่ใช้ และช่วงเวลาในการอภิปรายผลการเรียนรู้^{7,15-16} ดังนี้

1. ผู้ดำเนินการ (facilitator) การอภิปรายผลการเรียนรู้สามารถดำเนินการโดย 1) อาจารย์ผู้สอน (instructor-led debriefing) ที่มีทักษะและสามารถแนะนำการอภิปรายผลการเรียนรู้ให้ผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพ 2) เพื่อน (peer-led debriefing) ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่านักศึกษาพยาบาลที่ยังไม่มีทักษะการแก้ปัญหาเพียงพอ⁴ และ 3) ผู้เรียน (self-debriefing) เพื่อทบทวนจุดอ่อนด้วยตนเอง
2. กรอบแนวคิด (frameworks) ประกอบด้วย 1) แบบมีโครงสร้าง (structured debriefing) และ 2) แบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured debriefing) สำหรับแบบมีโครงสร้างแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ อภิปรายผลการเรียนรู้มีโครงสร้างที่เป็นมาตรฐาน เช่น การอภิปรายผลการเรียนรู้เพื่อการเรียนรู้ที่มีความหมาย (Debriefing for meaningful Learning: DML)¹⁷
3. เครื่องมือ (tools) เครื่องมือที่ใช้ประกอบการอภิปรายผลการเรียนรู้มีดังนี้
 - 3.1 การอภิปรายโดยไม่มีเครื่องมือช่วย (no tool/verbal debriefing) หมายถึง การอภิปรายระหว่างผู้สอนและผู้เรียน หรือระหว่างผู้เรียนหลังจากสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง
 - 3.2 วิดีโอช่วยอภิปรายผลการเรียนรู้ (video-assisted debriefing) หมายถึงการใช้การจับภาพ (video capture) และนำมาฉายซ้ำซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นประโยชน์

3.3 การเขียน (written debriefing) หมายถึงการใช้เครื่องมือที่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น บันทึกลง บล็อก หรือแผนผังความคิด เพื่อช่วยให้การอภิปรายผลการเรียนรู้มีคุณภาพสูงขึ้น ดังนี้

3.3.1 แผนผังมโนทัศน์ การใช้แผนผังมโนทัศน์ช่วยพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการให้เหตุผลทางคลินิก ผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนเขียนแผนผังมโนทัศน์ที่เชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ เช่น การระบุปัญหาและการพยาบาลหลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง การแสดงความรู้โดยใช้แผนภาพจะทำให้ผู้สอนมองเห็นกระบวนการคิดที่เชื่อมโยงและเป็นองค์รวมของผู้เรียน

3.3.2 บันทึกลงการสะท้อนคิด (reflective journal) ผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนสะท้อนคิดหลังปฏิบัติในสถานการณ์ด้วยการเขียนบันทึกลงการสะท้อนคิดตามโครงสร้างคำถามที่ออกแบบไว้ บันทึกลงการสะท้อนคิดช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้จากสถานการณ์ไปสู่ความรู้และทักษะการปฏิบัติพยาบาลในคลินิก ซึ่งเชื่อว่าเป็นความรู้ที่คงทนในระยะยาว

4. ช่วงเวลาการอภิปรายผลการเรียนรู้ (debriefing timing)

4.1 อภิปรายผลการเรียนรู้ในเหตุการณ์ (in simulation debriefing) ขณะที่ผู้เรียนอยู่ในสถานการณ์ อาจพบปัญหา คือ ผู้เรียนไม่รู้ว่าจะปฏิบัติกิจกรรมอะไร อย่างไร ผู้สอนสามารถหยุดเหตุการณ์ และชี้แนะให้ผู้เรียนค้นหาวิธีการหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องใช้เพิ่ม เพื่อที่จะดำเนินสถานการณ์ต่อไปได้ ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมความมั่นใจ และการประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ของผู้เรียน

4.2 อภิปรายผลการเรียนรู้ในกลุ่มย่อยเมื่อสิ้นสุดสถานการณ์ (post simulation debriefing) กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิด และเหตุผลจากประสบการณ์

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Niu และคณะ¹⁶ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการอภิปรายผลการเรียนรู้ ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การอภิปรายผลการเรียนรู้เพื่อการเรียนรู้ที่มีความหมาย (Debriefing for Meaningful Learning: DML) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากในเชิงคุณภาพในการอภิปรายผลการเรียนรู้ และการใช้วิดีโอช่วยมีประสิทธิผลต่อประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มากกว่าการอภิปรายผลการเรียนรู้ตามปกติ อย่างไรก็ตามการอภิปรายผลการเรียนรู้โดยใช้การเขียน (written debriefing) ไม่มีประสิทธิภาพต่อประสบการณ์ของนักศึกษา และการอภิปรายผลการเรียนรู้โดยเพื่อน (peer-led) ไม่ได้มีประสิทธิผลต่อคุณภาพการอภิปรายผลการเรียนรู้เมื่อเทียบกับการวิธีการตามปกติและการศึกษาของ Lee และคณะ⁷ ที่ทบทวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์การเรียนรู้หลังจากการอภิปรายผลการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า การอภิปรายผลการเรียนรู้แบบมีโครงสร้างช่วยพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน ได้แก่ ทักษะปฏิบัติการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การให้เหตุผลทางคลินิก การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา จะเห็นได้ว่าการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบมีโครงสร้างมีประสิทธิผลต่อการพัฒนาการเรียนรู้ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะขอลำถึงการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบมีโครงสร้างต่อไป

การอภิปรายผลการเรียนรู้แบบมีโครงสร้างมีรูปแบบหลากหลาย ส่วนใหญ่จะต้องมีขั้นตอนที่สำคัญคือ การบรรยายเหตุการณ์ การวิเคราะห์สถานการณ์ และการวางแผนการปฏิบัติสำหรับเหตุการณ์ในอนาคต ในบทความนี้ขอเสนอการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบมีโครงสร้าง 3 แบบ ได้แก่ Gather - Analyze - Summarize (GAS), Gibbs's Reflective cycle และ Debriefing for meaningful Learning (DML) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. Gather - Analyze - Summarize (GAS) ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Kim และ Kim¹ พบว่าวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบ GAS ของ Prampus และ O'donnel¹⁸ มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในเกาหลีใต้ และได้รับการแนะนำให้เป็นวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีโครงสร้างและอิงตามหลักฐานซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การอภิปรายผลการเรียนรู้ของ INACSL ซึ่งประกอบด้วยสามขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการสรุป¹⁸ ดังนี้



1) การรวบรวมข้อมูล (gathering) ผู้เรียนสะท้อนอารมณ์และความรู้สึกจากสถานการณ์ เช่นการใช้คำถามว่า “รู้สึกอย่างไรบ้าง” และ “จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนักศึกษาทำอะไรไปบ้าง”

2) การวิเคราะห์ (analysis) ผู้เรียนและผู้สังเกตการณ์สะท้อนสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ เช่น ทักษะ และ เหตุผลการตัดสินใจว่าจะอะไรที่ทำได้แล้วและไม่ได้ มีการใช้คำถามสะท้อนคิด และคำถามเจาะลึก เพื่อกระตุ้นความคิด ของผู้เรียน ตัวอย่างคำถามเช่น “ระหว่างที่ทำคิดอย่างไร” และ “มีเหตุผลอะไรที่ตัดสินใจทำแบบนั้น”

3) การสรุป (summarize) ผู้เรียนร่วมกันสรุปการเรียนรู้ว่าได้เรียนรู้อะไรและจะนำไปใช้อย่างไร รวมทั้ง การบอกประเด็นที่ควรพัฒนา เช่นคำถาม “บอกประเด็นความรู้ที่จะนำไปใช้ 2 ประเด็น” และ “บอกประเด็นที่ควรพัฒนา 2 ประเด็น”

2. Gibbs's Reflective cycle¹⁹ ประกอบด้วยการสะท้อนคิด 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ผู้สอนให้ผู้เรียนบรรยายเหตุการณ์ (description) ว่า “มีอะไรเกิดขึ้น”
- 2) ผู้สอนให้ผู้เรียนบอกความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้น (feelings) ว่า “รู้สึกอย่างไร” และมีปฏิกิริยาอย่างไร ต่อความรู้สึกนั้น”
- 3) ผู้สอนให้ผู้เรียนประเมินความคิดเห็นต่อสถานการณ์ (evaluation) ว่า “มีประสบการณ์อะไรที่ทำได้ดี และมีประสบการณ์อะไรที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น”
- 4) ผู้สอนให้ผู้เรียนวิเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์ (analysis) โดยเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีกับ ประสบการณ์ และระบุความรู้ หลักการที่ใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์
- 5) ผู้สอนให้ผู้เรียนสรุป (conclusion) หลักการแนวคิดที่นำไปปฏิบัติ หรือประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่
- 6) ผู้สอนให้ผู้เรียนวางแผนการกระทำสำหรับอนาคต (action plan) โดยถามผู้เรียนว่า “เราจะทำอย่างไร ถ้าเกิดเหตุการณ์เช่นนี้อีก?”

3. Debriefing for meaningful Learning (DML)

Debriefing for meaningful Learning (DML) พัฒนาโดย Dreifuerst¹⁷ เป็นรูปแบบการอภิปรายผลการเรียนรู้ เพื่อการเรียนรู้ที่มีความหมาย DML ส่งเสริมความสามารถของนักศึกษาพยาบาลที่จะทำความเข้าใจในความคิด ของตนเองทั้งในบริบทของสถานการณ์ในคลินิก และสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เน้นที่การพัฒนาทักษะการให้เหตุผล ทางคลินิก ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะที่การให้การดูแลสุขภาพมีความซับซ้อน Dreifuerst แนะนำผู้เรียนให้ไตร่ตรองในขณะที่ปฏิบัติ (reflection-in-action) ไตร่ตรองหลังการปฏิบัติ (reflection-on-action) และการไตร่ตรองในอนาคต (reflection beyond action) เพื่อส่งเสริมการซึมซับประสบการณ์ (assimilation) และการปรับโครงสร้างทางปัญญา (accommodation) ให้เกิดความสมดุลในความคิดความเข้าใจ (equilibration) ที่สามารถ นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ทางคลินิกในอนาคต¹⁷

กระบวนการ DML ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ

- 1) การมีส่วนร่วม (engage) ผู้เรียนสะท้อนคิดจากประสบการณ์ในแบบบันทึก เช่น สิ่งแรกที่อยู่ในใจขณะอยู่ใน สถานการณ์คืออะไร อะไรเป็นสิ่งที่ทำได้ดีและยังทำไม่ได้
- 2) การสำรวจ (explore) บันทึกปัญหาหลักของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสภาพ การตัดสินใจ การพยาบาล และผลลัพธ์ เชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งที่ทราบเกี่ยวกับผู้ป่วย สิ่งที่คาดหวัง และสิ่งที่คาดไม่ถึง
- 3) การอธิบาย (explain) วิเคราะห์การประเมินสมมติฐาน การตีความ การตัดสินใจ การพยาบาล ผลลัพธ์ และแก้ไขข้อผิดพลาด ซึ่งเป็นความคิดเหมือนพยาบาล
- 4) การอธิบายอย่างละเอียด (elaborate) อภิปรายความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะ ในประเด็นที่ทำได้ เชื่อมโยงความรู้และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล



5) การประเมิน (evaluate) สะท้อนสถานการณ์ทางคลินิก การประเมิน การตีความ การตัดสินใจ การกระทำ และผลลัพธ์ ระบุข้อผิดพลาดในการตัดสินใจ สิ่งที่ทำไม่ได้จะทำให้ได้อย่างไร

6) การขยาย (extend) สะท้อนสิ่งที่เรียนรู้จากประสบการณ์สำหรับการปฏิบัติในอนาคต และการตัดสินใจ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบมีโครงสร้างที่กล่าวมา พบการศึกษาของ Loomi, Dreifuerst และ Bradley²⁰ ที่ศึกษาผลการอภิปรายผลการเรียนรู้เพื่อการเรียนรู้ที่มีความหมายเมื่อเปรียบเทียบกับผลการอภิปรายผลการเรียนรู้ตามปกติในนักศึกษาพยาบาลก่อนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจำนวน 82 คน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและความคงทน ในความรู้ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ต่อมา ผลการศึกษาพบว่า การได้มาซึ่งความรู้ และความคงทนในความรู้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง DML เมื่อเทียบกับการอภิปรายผลการเรียนรู้ตามปกติ และ Yang และ Oh²¹ ศึกษาเปรียบเทียบการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบ DML และ GAS ระหว่างการฝึกสถานการณ์จำลองทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 60 คน กลุ่มทดลองได้แก่กลุ่มที่ได้รับการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบ DML 32 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบ GAS 28 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ กลยุทธ์อภิปรายปัญหา ทักษะการแก้ปัญหา และการใช้เหตุผลทางคลินิกของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า DML เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้สอนควรเป็นผู้ดำเนินการในการอภิปราย โดยมีกรอบแนวคิดและขั้นตอนของกระบวนการที่มีโครงสร้างตามรูปแบบ GAS และหรือ Gibbs's Reflective cycle ส่วน DML ผู้เขียนยังไม่มีประสบการณ์ในการนำมาใช้ แต่จากผลการวิจัยที่กล่าวมาแล้ว DML เป็นวิธีการที่ควรนำมาทดลองใช้ เพื่อพัฒนาทักษะการให้เหตุผลทางคลินิก และความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล นอกจากนี้การใช้วิดีโอช่วยอภิปรายผลการเรียนรู้ โดยการใช้การจับภาพและนำมาฉายซ้ำเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ควรนำมาใช้เพื่อช่วยให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นประโยชน์กับผู้เรียน

การประเมินและการพัฒนาการอภิปรายผลการเรียนรู้

การอภิปรายผลการเรียนรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทักษะการอภิปรายผลการเรียนรู้ของผู้สอนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เรียนจะบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์^{8,15} จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการอภิปรายผลการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพและแนวปฏิบัติที่ดี²² การอภิปรายผลการเรียนรู้ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่มีเครื่องมือในการประเมินผล ซึ่ง Alhaj Ali และ Musallam⁸ ให้ข้อคิดเห็นถึงความจำเป็นต้องมีการพัฒนาและวิเคราะห์เครื่องมือการประเมินการอภิปรายผลการเรียนรู้อย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยมุ่งเน้นที่การปรับปรุงผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของการอภิปรายผลการเรียนรู้ พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลที่แพร่หลายมากที่สุดคือ The Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH) และ Debriefing Experience Scale (DES) ดังรายละเอียดดังนี้

1. The Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH) ออกแบบมาเพื่อช่วยในการประเมินและพัฒนาทักษะการอภิปรายผลการเรียนรู้สำหรับสถานการณ์จำลองทางสุขภาพ⁸ เครื่องมือได้รับการพัฒนาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางและแนวปฏิบัติในการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่ดีที่สุดที่ได้มาจากคณะผู้เชี่ยวชาญ²³ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนการให้คะแนนตามพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการอภิปรายผลการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ DASH ประเมินการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเตรียมสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้เรียนจดจำ



กับการเรียนรู้ 2) การคงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีส่วนร่วม 3) การจัดโครงสร้างการอภิปรายผลการเรียนรู้
 อย่างเป็นระบบ 4) กระตุ้นการอภิปรายเชิงลึกที่ทำให้ผู้เรียนไตร่ตรองสมรรถนะของตนเอง 5) ระบุและสำรวจการ
 ปฏิบัติการพยาบาลที่ทำได้/ไม่ได้และเหตุผล และ 6) ช่วยให้ผู้เรียนเห็นว่า จะปรับปรุงหรือคงไว้ซึ่งสมรรถนะที่ดีได้
 อย่างไรในอนาคต การให้คะแนนขึ้นอยู่กับระดับประสิทธิภาพซึ่งเป็นเกณฑ์การให้คะแนน (rubric score) 7 คะแนน
 ตั้งแต่มีประสิทธิภาพสูงสุด/โดดเด่น (7) ไปจนถึงไม่มีประสิทธิภาพ/เป็นอันตรายอย่างยิ่ง (1) แต่ละส่วนมีรายการ
 ประเมินจำนวน 4, 5, 4, 5, 2 และ 3 ข้อตามลำดับ รวมจำนวนรายการประเมินทั้งหมด 23 ข้อ DASH มีคู่มือ
 ผู้ประเมินเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ 3 ฉบับ ประกอบด้วย 1) ผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมประเมินผู้สอน
 2) ผู้เรียนประเมินผู้สอนของตนเอง และ 3) ผู้สอนประเมินตนเอง²³

2. Debriefing Experience Scale (DES) ซึ่งพัฒนาโดย Reed²⁴ เป็นเครื่องมือสำหรับผู้เรียนในการประเมิน
 การอภิปรายผลการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง Reed พัฒนาเครื่องมือโดยทบทวนวรรณกรรมการเรียนรู้ด้วย
 สถานการณ์จำลองและความสำคัญของขั้นตอนการอภิปรายผลการเรียนรู้อย่างครอบคลุม และให้ผู้เชี่ยวชาญด้าน
 สถานการณ์จำลองการพยาบาลที่มีชื่อเสียงระดับประเทศ 3 คนเป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นอกจากนี้
 เครื่องมือยังได้รับการทบทวนโดยเพื่อน เพื่อวิเคราะห์และวิจารณ์เครื่องมือและรับรองความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ
 และความพร้อมที่จะใช้ในการประเมินประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียนในการอภิปรายผลการเรียนรู้²⁴ Reed
 ได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีจำนวน 130 คน พบว่าความสอดคล้อง
 ภายในของประสบการณ์เท่ากับ .93 และความสำคัญของประสบการณ์ในการอภิปรายผลการเรียนรู้เท่ากับ .91 DES
 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ และมีจุดมุ่งหมายในการประเมิน 2 ประเด็นคือ ประสิทธิภาพของผู้เรียนและ
 ความสำคัญของประสบการณ์ระหว่างอภิปรายผลการเรียนรู้²² แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับจาก
 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีองค์ประกอบ 4 ส่วนหลักที่กล่าวถึงคุณลักษณะที่สำคัญของ
 การอภิปรายผลการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิก ได้แก่ 1) เน้นที่การวิเคราะห์ความคิดและความรู้สึก
 เกี่ยวข้องกับอารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม 2) เน้นการเชื่อมโยงการเรียนรู้และการปฏิบัติ 3) ประเมิน
 ทักษะของผู้สอนในการอภิปรายผลการเรียนรู้ และ 4) คำแนะนำของผู้สอนในระหว่างการอภิปรายผลการเรียนรู้
 แต่ละองค์ประกอบประกอบด้วยคำถามจำนวน 4, 8, 5 และ 3 ข้อ ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าการประเมินการอภิปรายผลการเรียนรู้ ทั้ง 2 วิธีนั้น DASH มุ่งเน้นที่การประเมินผู้อภิปรายผล
 การเรียนรู้ ในขณะที่ DES เน้นการประเมินประสบการณ์การอภิปรายผลการเรียนรู้โดยผู้เรียน ซึ่งจากการทบทวน
 วรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบเครื่องมือการประเมินการอภิปรายผลการเรียนรู้ฉบับภาษาไทย ในอนาคตจึง
 จำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือดังกล่าว เครื่องมือที่เชื่อถือได้และครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของการอภิปรายผล
 การเรียนรู้ เช่น เนื้อหา โครงสร้าง สิ่งแวดล้อม ฯลฯ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพ
 ของการอภิปรายผลการเรียนรู้ การใช้เครื่องมือเหล่านี้ทำให้ผู้สอนสามารถปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการอภิปราย
 ผลการการเรียนรู้ในการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง

องค์ประกอบที่สำคัญในการอภิปรายผลการเรียนรู้

องค์ประกอบที่สำคัญในการอภิปรายผลการเรียนรู้ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การเรียนรู้ บทบาทผู้สอน บทบาท
 ผู้เรียน สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ วิธีและการประเมินผลเพื่อพัฒนาการอภิปรายผลการเรียนรู้ การใช้คำถาม และเวลา
 ดังนี้

1. วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ผู้สอนกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ก่อนการจำลองสถานการณ์และทบทวน
 ผลลัพธ์การเรียนรู้เหล่านี้ในระหว่างการอภิปรายผลการเรียนรู้ วัตถุประสงค์การเรียนรู้มีความจำเป็นเพื่อให้ผู้เรียน

สามารถสร้างฐานความรู้ของตนเองและให้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นซึ่งส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการใช้เหตุผลทางคลินิก²⁵

2. บทบาทผู้สอน ผู้สอนมีความสำคัญอย่างมากในการอภิปรายผลการเรียนรู้ ผู้สอนต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสถานการณ์การเรียนรู้ มีทักษะการอภิปรายผลการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิจารณ์และการสะท้อนคิดของผู้เรียน ซึ่งจะส่งเสริมความสามารถของผู้เรียนในการประยุกต์ใช้ ถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ได้รับระหว่างการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพื่อนำไปใช้ในคลินิก¹¹ ผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะแนวทาง กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดโดยการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ถามคำถามที่ทรงพลัง ให้ข้อมูลป้อนกลับ และทำให้ข้อมูลต่างๆ มีความชัดเจน นอกจากนี้ผู้สอนต้องมีทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ให้ความสนใจและพยายามทำความเข้าใจกับความคิดเห็นของผู้เรียนโดยไม่ตัดสิน รวมทั้งการให้ความเคารพ และไว้วางใจผู้เรียน สนับสนุนการสนทนาด้วยวาจาและอวัจนภาษา¹⁵

3. บทบาทผู้เรียน ผู้เรียนต้องเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ เชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติในการตัดสินใจทางคลินิก⁵ สะท้อนคิดตามโครงสร้างคำถามที่ออกแบบไว้ โดยการอภิปราย วิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุปประสบการณ์ที่ได้รับด้วยตนเอง

4. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสะท้อนคิดเป็นสิ่งที่สำคัญ สิ่งแวดล้อมควรจะมีบรรยากาศที่เป็นกันเองไม่กดดันผู้เรียน บรรยากาศที่มีความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่นจะส่งเสริมความรู้และความมั่นใจให้กับผู้เรียนซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้ผู้เรียนรู้สึกสบายที่จะมีส่วนร่วมในการสะท้อนคิด การเริ่มต้นด้วยมุมมองด้านบวกจากสถานการณ์สามารถช่วยให้การเริ่มการสนทนาเป็นไปได้ดีมากกว่า ผู้สอนควรถามผู้เรียนให้พิจารณาสิ่งซึ่งทำได้ระหว่างปฏิบัติในสถานการณ์ และสิ่งนั้นสามารถทำได้ดีกว่านี้จะทำอย่างไร^{11,25}

5. วิธีการและการประเมินผลเพื่อพัฒนาการอภิปรายผลการเรียนรู้ วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ มีหลากหลายซึ่งควรทำแบบมีโครงสร้าง ตามรูปแบบ GAS, Gibbs's Reflective cycle และหรือ DML ซึ่งประกอบด้วย การสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด การวิเคราะห์ การสรุป และการประยุกต์ใช้กับการเรียนรู้ในอนาคต วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่เหมาะสมช่วยให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์ที่สำคัญคือ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การให้เหตุผลและการตัดสินใจทางการพยาบาล ส่วนการประเมินผลและการพัฒนาการอภิปรายผลการเรียนรู้มีเครื่องมือประเมิน เช่น DASH และ DES ที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งช่วยพัฒนาคุณภาพและแนวปฏิบัติที่ดีในการอภิปรายผลการเรียนรู้^{11,25}

6. การใช้คำถาม คำถามที่ควรใช้ระหว่างการอภิปรายผลการเรียนรู้ ควรเป็นคำถามที่ทรงพลัง (powerful debriefing questions) ได้แก่ คำถามโสกราตีส (socratic questioning) และคำถามแบบสืบเสาะ (inquiry question) เพื่อเป็นแนวทางการอภิปรายภายในกลุ่มซึ่งส่งเสริมการทบทวน การตระหนักรู้ในตนเอง และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ¹¹ คำถามควรเป็นคำถามปลายเปิดและเน้นที่ทักษะการคิดวิเคราะห์ เช่น ผู้สอนใช้คำถามว่า “นักศึกษาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของผู้ป่วยอย่างไร” หรือ “เพราะเหตุใดนักศึกษาจึงให้การพยาบาลเรื่องนี้เป็นอันดับแรก” คำถามลักษณะนี้เป็นเครื่องมือที่จะให้ผู้สอนทราบเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และกระตุ้นให้ผู้เรียนพัฒนาประสบการณ์จากการเรียนรู้ในสถานการณ์ให้ดีขึ้น นอกจากนี้การใช้คำถามเจาะลึก (probing question) จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพทำให้การอภิปรายขยายกว้างขึ้น การตอบคำถามเหล่านี้ผู้เรียนจะมีโอกาสฝึกทักษะการคิดอย่างอุปนัย (inductive) และนิรนัย (deductive) ซึ่งเป็นพื้นฐานของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

7. เวลา ผู้สอนควรให้ความสำคัญกับการใช้เวลาในการอภิปรายผลการเรียนรู้ให้เพียงพอในการช่วยเหลือผู้เรียนให้บรรลุผลลัพธ์ที่กำหนด การอภิปรายผลการเรียนรู้ควรจะทำทันที หรือไม่เกิน 5 นาที หลังเสร็จสิ้นประสบการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถจดจำความคิด ความรู้สึก และกิจกรรมที่ได้กระทำไปได้ ระยะเวลาการอภิปรายผลการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง



เสมือนจริงของผู้เรียนที่ผ่านมา ระยะเวลาจะอยู่ระหว่าง 20-80 นาที เวลาที่เหมาะสมควรจะใช้เวลาประมาณ 21 ถึง 30 นาที หรือ 2-3 เท่าของระยะเวลาที่ใช้ในสถานการณ์⁵ เวลาส่วนใหญ่ควรใช้เพื่อการวิเคราะห์ และอภิปรายเหตุการณ์

ข้อเสนอแนะการอภิปรายผลการเรียนรู้

จากประสบการณ์การอภิปรายผลการเรียนรู้ของผู้เขียน ควรเริ่มต้นด้วย

1. การทบทวนวัตถุประสงค์ในการอภิปรายผลการเรียนรู้ ซึ่งต้องสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในสถานการณ์

2. การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ ประกอบด้วยโต๊ะที่ใช้ในการอภิปรายผลการเรียนรู้ ควรเป็นโต๊ะกลม หรือตัวยู กระดานไวท์บอร์ด รวมทั้งการใช้การจับภาพ (video capture) ในประเด็นที่ผู้เรียนควรที่จะพัฒนาให้ดีขึ้นและถูกต้อง

3. วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ ผู้เขียนใช้รูปแบบการสะท้อนคิดของ GAS และหรือ Gibbs's Reflective cycle ซึ่งทั้ง 2 วิธี เป็นวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีโครงสร้าง ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการอภิปรายผลการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจทางการพยาบาล กล่าวคือ ให้ผู้เรียนบรรยายความคิด ความรู้สึกกับสถานการณ์ วิเคราะห์ และสรุปแนวคิดหลักการในการนำไปใช้ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันในอนาคต ครอบคลุมการประเมินสภาพ การระบุปัญหา การตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล จนกระทั่งถึงการประเมินผล จากประสบการณ์การอภิปรายผลการเรียนรู้ วิธีนี้เป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสะท้อนสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่ายขึ้นในการเชื่อมโยงประสบการณ์ กับทฤษฎี และได้แนวคิดหลักการในการถ่ายโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในคลินิก ผู้สอนอาจให้ผู้เรียนอภิปรายและเปรียบเทียบว่าการประเมินสภาพและการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลจากสถานการณ์แตกต่างไปจากประสบการณ์เดิมอย่างไร ซึ่งผู้เรียนจะได้วิเคราะห์ พิจารณาการตัดสินใจทางคลินิกจากมุมมองที่แตกต่างและเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้การใช้กระบวนการพยาบาลที่ผู้เรียนคุ้นเคยเป็นแนวทางในการอภิปรายเป็นโครงสร้างของการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนถ่ายโยงการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์ในคลินิกได้ สำหรับการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีความหมาย (DML) ซึ่งเป็นวิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้เรียน ผู้สอนวางแผนในการนำมาทดลองใช้ในการอภิปรายผลการเรียนรู้ โดยอาจเปรียบเทียบกับรูปแบบการสะท้อนคิดของ GAS และหรือ Gibbs's Reflective cycle ที่เคยปฏิบัติมา

4. ผู้สอนต้องมีความเชี่ยวชาญในสถานการณ์และมีความสามารถในการอภิปรายผลการเรียนรู้ ยอมรับพื้นฐานที่หลากหลายของผู้เรียน ใช้ความเงียบเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนสะท้อนคิดในบรรยากาศที่มีความไว้วางใจ ให้ความเคารพ ไม่คุกคาม และตัดสินใจเรียน ทำให้ผู้เรียนรู้สึกสบายที่จะมีส่วนร่วมในการสะท้อนคิด ใช้การชี้แนะที่เป็นบวก ขณะที่ผู้เรียนสะท้อนคิดผู้สอนเป็นเพียงผู้สนับสนุนการเรียนรู้โดยการใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ และฝึกทักษะการให้เหตุผลทางคลินิก ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจทางคลินิก

5. ระยะเวลาที่ใช้ในการอภิปรายผลการเรียนรู้ ผู้เขียนใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อสถานการณ์ 1 เรื่อง ซึ่งขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของสถานการณ์

6. การประเมินผลการอภิปรายผลการเรียนรู้ ผู้เขียนเห็นความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือการประเมินผลการอภิปรายผลการเรียนรู้ฉบับภาษาไทย เพื่อช่วยให้ทีมผู้สอนพัฒนาทักษะการอภิปรายผลการเรียนรู้ให้มีคุณภาพมากขึ้น จึงวางแผนพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวให้ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของการอภิปรายผลการเรียนรู้ รวมทั้งการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการอภิปรายผลการเรียนรู้

บทสรุป

การอภิปรายผลการเรียนรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังผู้เรียนได้รับประสบการณ์ในสถานการณ์จำลอง ผู้สอนต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสถานการณ์การเรียนรู้ ใช้วิธีการอภิปรายผลการเรียนรู้แบบมีโครงสร้าง เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ สังเคราะห์เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกและการปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองโดยเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติ ผู้สอนควรฟังผู้เรียนอย่างตั้งใจ ให้ข้อมูลป้อนกลับ และใช้คำถามที่ทรงพลังในบรรยากาศที่มีความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่น จะส่งเสริมความสามารถของผู้เรียนในการประยุกต์ใช้ความรู้ทักษะ และทัศนคติที่ได้รับระหว่างการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพื่อนำไปใช้ในคลินิก สำหรับเวลาที่เหมาะสมในการอภิปรายผลการเรียนรู้ควรใช้เวลาประมาณ 2-3 เท่าของระยะเวลาที่ใช้ในสถานการณ์ และเวลาส่วนใหญ่ควรใช้เพื่อการวิเคราะห์ และอภิปรายเหตุการณ์ การอภิปรายผลการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สำคัญคือ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การให้เหตุผลทางคลินิก และการตัดสินใจทางการพยาบาล ซึ่งการฝึกฝนการอภิปรายผลการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเป็นสิ่งที่สำคัญของผู้สอนที่ต้องเอาใจใส่และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

References

1. Kim M, Kim S. Debriefing practices in simulation-based nursing education in South Korea. *Clinical Simulation in Nursing*.2017;13(5):201-9.
2. Aebersold M. Simulation-based learning: No longer a novelty in undergraduate education. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*.2018;23(2):1. doi:10.3912/OJIN.Vol23No02PPT39.pdf.
3. Beauvais AM, Phillips KE. Incorporating future of nursing competencies into a clinical and simulation assessment tool: Validating the clinical simulation competency assessment tool. *Nursing Education Perspectives*. 2020;41(5):280-4. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000709.
4. Kim YJ, Yoo JH. The utilization of debriefing doi: in healthcare: a literature review. *Nurse Education in Practice*. 2020;43102698 doi: .10.1016/j.nepr.2020.102698.
5. Sulaiman AL, Sabei SD, Lasater K. Simulation debriefing for clinical judgment development: a concept analysis. *Nurse Education Today*. 2016;45:42-7.
6. Pardue KT. A framework for the design, implementation, and evaluation of interprofessional education. *Nurse Educator*.2015;40(1):10-5. doi: 10.1097/NNE.0000000000000093.
7. Lee J, Lee H, Kim S, Choi M, Ko IS, Bae J, et al. Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*.2020; 87:104345. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104345.
8. Alhaj Ali A, Musallam E. Debriefing quality evaluation in nursing simulation-based education: an integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*.2018;16:15-24.doi: 10.1016/j.ecns.2017.09.009.
9. Zhang H, Goh S, Wu X, Wang W, M□relius E. Prelicensure nursing students' perspectives on video-assisted debriefing following high fidelity simulation: a qualitative study. *Nurse Education Today*. 2019; 79:1-7.
10. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *Academy of management learning & education*. 2005;4(2):193-212.



11. INACSL Standards Committee, Decker S, Alinier G, Crawford SB, Gordon RM, Jenkins D, Wilson C. Healthcare simulation standards of best practice TM the debriefing process. *Clinical Simulation in Nursing*. 2021;58:27–32. doi: 10.1016/j.ecns.2021.08.011.
12. Lopreiato JO, Downing D, Gammon W, Lioce L, Sittner B, Slot V, et al. (Eds.). *Healthcare Simulation Dictionary 2nded (2.1)*; 2020.
13. Mezirow J. Perspective transformation. *Adult education*. 1978;28(2):100–10.
14. Ross S. Simulation–based learning: from learning theory to pedagogical application. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2021 Oct 01;19(4), Article 15.
15. INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: Simulation SM simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*. 2016;12:S5–S12. doi: 10.1016/j.ecns.2016.09.008.
16. Niu Y, Liu T, Li K, Sun M, Sun Y, Wang X, et al. Effectiveness of simulation debriefing methods in nursing education: A systematic review and meta–analysis. *Nurse Education Today*. 2021;107:105113. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105113.
17. Dreifuerst KT. Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. *Journal of Nursing Education*. 2012;51(6):326–33.
18. Phrampus PE, O’donnell JM. Debriefing using a structured and supported approach. In Levine AI, DeMaria JrS, Schwartz AD, Sim AJ editors. *The comprehensive textbook of healthcare simulation*. New York, NY: Springer;2013.
19. Chong MC. Is reflective practice a useful task for student nurses? *Asian Nursing Research*. 2009;3(3):111–20.
20. Loomis A, Dreifuerst KT, Bradley CS. Acquiring, applying and retaining knowledge through debriefing for meaningful learning. *Clinical Simulation in Nursing*. 2022;68:28–33.
21. Yang S–Y, Oh Y–H. Effectiveness of Debriefing for Meaningful Learning–based simulation training on high–risk neonatal care: A randomized controlled simulation study. *Clinical Simulation in Nursing*. 2021; 61:42–53.
22. Xie YD, Li XY, Liu Q, Huang R, Li T, Fang YX, et al. Cross–cultural validation and psychometric testing of the Debriefing Experience Scale (DES): a cross–sectional study. *BMC medical education*. 2022;22(1):1–9.
23. Simon R, Raemer D, Rudolph J. Debriefing assessment for simulation in healthcare (DASH). In Rater’s handbook. Boston, MA: The Center for Medical Simulation; 2010.
24. Reed SJ. Debriefing experience scale: development of a tool to evaluate the student learning experience in debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*. 2012;8(6): e211–e7.
25. Hall K, Tori K. Best practice recommendations for debriefing in simulation–based education for Australian undergraduate nursing students: an integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*. 2017;13(1):39–50.



การประเมินความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก

Pain Assessment of Patients with Traumatic Brain Injury in the Intensive Care Unit

นุสรา ประเสริฐศรี¹ ยศพล เหลืองโสมนภา² สังข์วร เขตคำ³

Nusara Prasertsri¹ Yosapon Leungsomnapa² Sangworn Katekham³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

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

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

³Sanpasithiprasong Hospital

Corresponding author: Nusara Prasertsri; Email: nussara@bcnsp.ac.th

Received: January 17, 2023 Revised: March 20, 2023 Accepted: April 2, 2023

บทคัดย่อ

การประเมินความปวดของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนักมีความท้าทายกับพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่สามารถบอกความปวดด้วยตนเองได้ การประเมินความปวดส่วนใหญ่ประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวด การประเมินความปวดที่ได้ค่าถูกต้องทำให้การจัดการความปวดได้เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ การประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความปวดของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ the Critical-Care Pain Observation Tool-Neuro (CPOT-Neuro) ซึ่งถูกนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก ทั้งนี้เพื่อให้การจัดการความปวดผู้ป่วยได้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยหนัก; การประเมินความปวด; การจัดการกับความปวด; ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ



Pain Assessment of Patients with Traumatic Brain Injury in the Intensive Care Unit

Nusara Prasertsri¹ Yosapon Leungsomnapa² Sangworn Katekham³

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

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

³Sanpasithiprasong Hospital

Corresponding author: Nusara Prasertsri; Email: nussara@bcnsp.ac.th

Received: January 17, 2023 **Revised:** March 20, 2023 **Accepted:** April 2, 2023

Abstract

Pain assessment of patients with traumatic brain injury in the intensive care unit (ICU) is a challenge for nurses. With regard to the patient's state of consciousness, the inability to express self-reported pain has decreased. Pain assessment was based on pain behavior. Accurate pain assessment enables appropriate pain management in this group of patients. The purposes of this paper were to present pain in patients with traumatic brain injury and the Critical-Care Pain Observation Tool Neuro (CPOP-Neuro), which was used to assess patients with brain injury in the intensive care unit. This is to ensure appropriate pain management for the patient.

Keywords: critical care; pain assessment; pain management; traumatic brain injury

ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติการณ์ความปวดยังพบมากในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (traumatic brain injury) ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ใน 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล¹ ภาวะสมองบาดเจ็บอาจจะเกิดจากอุบัติเหตุต่อสมองโดยตรงหรือไม่ได้เกิดอุบัติเหตุต่อสมองโดยตรงเช่น การตีบหรือการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งรวมถึงการโป่งพองของหลอดเลือดสมอง (cerebral aneurysm) ก้อนในสมอง เป็นต้น ภาวะบาดเจ็บของสมองแบ่งเป็นบาดเจ็บเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงมักจะได้รับการรักษาเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนักไม่สามารถบอกความปวดได้ทั้งที่เป็นคำพูดหรือให้สัญญาณที่ระบุถึงความปวดได้² เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการให้ยาระงับประสาทในปริมาณสูง อีกทั้งพยาธิสภาพของสมองบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยมีความสับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้³ การประเมินความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างยาก ทั้งนี้การประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐาน (gold standard) คือผู้ป่วยบอกคะแนนความปวดด้วยตัวเอง (self-report) เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนตัว⁴ แต่ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวไม่สามารถแสดงความรู้สึกและประสบการณ์ความปวดที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยภาวะที่สมองได้รับความเสียหายอย่างรุนแรง และผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพียงบางส่วน⁵ ร้อยละ 70 พบว่าผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่ได้รับการประเมินความปวดเพื่อจัดการความปวด แต่จะถูกกระตุ้นด้วยความปวดเพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวหรือระดับคะแนน Glasgow coma score เป็นส่วนใหญ่⁶ ดังนั้นเมื่อไม่มีการประเมินความปวด ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมและเพียงพอ การจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ส่งผลต่อด้านร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงของการกำซาบเลือดไปเลี้ยงสมอง (cerebral perfusion) ทำให้มีการทำลายของสมองอย่างถาวร และอาการทางคลินิกแยลง และผลในระยะยาวเนื่องจากการจัดการความปวดเฉียบพลันไม่ดีพอจะทำให้พัฒนาเป็นปวดเรื้อรังได้⁵

การประเมินความปวดในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ นับว่ามีความสำคัญและทำหายนต่อพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ พยาบาลต้องเข้าใจกลไกความปวดและพฤติกรรมที่ระบุความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และที่สำคัญคือการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งมีเครื่องมือที่นำมาใช้ในคลินิกเพื่อประเมินความปวดสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความปวดในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ และการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ the Critical-Care Pain Observation Tool-Neuro (CPOP-Neuro)⁷ เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก คุณภาพของเครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงและสามารถประเมินผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้การจัดการความปวดผู้ป่วยได้เหมาะสมต่อไป

ความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ

ความปวดของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บพบได้ทั้งปวดเฉียบพลัน (acute pain) มีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด ปกติมักไม่เกิน 3 เดือน⁸ หรือปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นนานกว่าระยะเวลาสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ และบ่อยครั้งที่ไม่สามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุของความปวดได้ ปกติมักเป็นความปวดนานเกิน 3 เดือนเมื่อแบ่งตามพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดอาการปวดเป็นตัวจำแนก ผู้ป่วยอาจจะมึทั้ง nociceptive pain เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเนื่องจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและ neuropathic pain ซึ่งจะมีพยาธิสภาพการบาดเจ็บของเส้นประสาททั้งส่วนปลาย ส่วนกลาง⁵ ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ เกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่อ การแตกหักของกระดูกกะโหลกศีรษะ เนื้อสมองบาดเจ็บจากการขาดเลือด การอักเสบของเนื้อสมอง หรือผู้ป่วยอาจจะได้รับการผ่าตัดเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลก



ศีรษะสูงเช่น craniotomy หรือ craniectomy ความปวดอาจเกิดจากหัตถการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายให้อาหารทางจมูก ซึ่งระดับความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ใน 1-2 วันหลังผ่าตัด⁹ กลไกความปวดของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้เมื่อมีสิ่งกระตุ้นความปวด (noxious stimuli) เช่น การได้รับการผ่าตัด การอักเสบ จะไปกระตุ้นเซลล์ประสาทที่มีความไวต่อ การรับความรู้สึกปวดที่มีอยู่ตามเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย ก่อให้เกิดสัญญาณ ประสาท ส่งไปตามวิถีทางเดินประสาทความรู้สึกปวด (pain impulse pathway) เข้าสู่ไขสันหลัง และสมอง เพื่อที่แยกแยะสัญญาณประสาทของความปวดเหล่านั้น ว่าจะเป็นการปวดชนิดไหน และมีความรุนแรง มากน้อยเพียงใด การรับรู้ความปวด (perception) เป็นหน้าที่ของสมองในส่วน นิวโอคอร์เทกซ์ (neocortex) และสมองส่วนลิมบิก (limbic system) โดยสมองส่วนนิวโอคอร์เทกซ์ รับผิดชอบเกี่ยวกับสัญญาณประสาทที่รับเข้ามาเพื่อแปลผลว่าเป็นความปวด และสมองส่วนลิมบิก จะทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านจิตใจ และอารมณ์ที่เกี่ยวกับความปวด สมองทั้งสองส่วนจะมีการทำงานที่ผสมผสานกันก่อนที่จะมีพฤติกรรมตอบสนองความปวดออกมาในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งแต่ละคนจะมีการรับรู้ความปวดที่แตกต่างขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมา¹⁰ จากการศึกษาพบว่าวิถีทางเดินประสาทความรู้สึกปวดในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บมีความผิดปกติในหลายส่วน รวมถึงการรับรู้และพฤติกรรมแสดงถึงความปวด¹¹

การรับรู้ความปวดอาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาในระดับที่รู้ตัว (conscious experience) และไม่รู้ตัว (reflexive responses) พฤติกรรมแสดงความปวดระดับที่รู้ตัวแสดงออกมาในรูปแบบการพูดบอกความปวด การเปล่งเสียง หรือการตอบสนองทางพฤติกรรม เช่น การขมวดหน้าหรือคิ้ว ร้องไห้ ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง การรับรู้ความปวดอาจจะถูกแสดงออกมาในระดับที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว (reflexive responses) เช่น อาการเกร็งของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก รูม่านตาเปลี่ยนแปลง เป็นต้น¹²⁻¹³ การประเมินความปวดในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ปานกลางถึงรุนแรงซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยเหล่านี้จะนอกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักและมีข้อจำกัดในการสื่อสารที่จะบอกถึงระดับความปวดของตนเอง ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือและวิธีการเพื่อที่จะได้คะแนนความปวด เพื่อจัดการความปวดต่อไปนับว่ามีความสำคัญ

การประเมินความปวดในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ

การประเมินและติดตามความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วยผู้ป่วยที่สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้ การเลือกใช้เครื่องมือประเมินเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) แบบประเมินที่ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวดด้วยตัวเอง (self-reported form) และ 2) แบบประเมินที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกคะแนนความปวดด้วยตัวเองโดยการสังเกตพฤติกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในระดับปานกลางและรุนแรงไม่สามารถสื่อสารบอกความปวดด้วยตนเองได้เนื่องจากพยาธิสภาพของสมอง และระดับความรู้สึกตัวลดลง เครื่องมือประเมินความปวดผู้ป่วยบอกคะแนนความปวดด้วยตัวเอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถบอกความปวดด้วยตนเองได้ พยาบาลสามารถใช้เครื่องมือมาตรฐาน (gold standard) เป็นอันดับแรกในการประเมินความปวด ซึ่งจะมีเครื่องมือที่หลากหลายเช่น visual analogical scale (VAS) ใช้ตัวเลข 0-10 numeric rating scale (NRS) และ verbal description scale (VDS) และเป็นความท้าทายของพยาบาลในการใช้เครื่องมือดังกล่าวในหอผู้ป่วยหนัก ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะใส่ท่อช่วยหายใจจึงไม่สามารถเปล่งเสียงออกมาได้ แต่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว พยาบาลสามารถเขียนบอกหรือชี้ตัวเลขบอกระดับความรุนแรงของความปวดบนเครื่องมือบนกระดาษ A4 ตามผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยชี้ตัวเลขหรือข้อความแสดงระดับความปวดของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้พยาบาลควรใช้เครื่องมือเดียวกันเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงความปวด สิ่งสำคัญคือการใช้เครื่องมือที่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงความปวดโดย



ใช้เครื่องมือที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากความปวดเป็นสัญญาณเตือนภัยของร่างกาย การเพิ่มประสิทธิภาพความสามารถของผู้ป่วยในการสื่อสารและรายงานความปวดด้วยตนเองนับว่ามีความสำคัญในหอผู้ป่วยหนัก¹⁴⁻¹⁵

เครื่องมือประเมินความปวดผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการสื่อสาร: แบบสังเกตพฤติกรรม

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ การประเมินความปวด พยาบาลสามารถใช้แบบสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงระดับความปวด โดยเครื่องมือที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายในหอผู้ป่วยหนัก คือแบบสังเกตความปวดระยะวิกฤต (Critical-care pain observation tool: CPOT) พัฒนาโดย Cline Glinas และคณะ ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้า การแสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และประเมินจากการหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจหรือการเปล่งเสียงในกรณีไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ละด้านให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 สำหรับคะแนนรวมที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0 ถึง 8 คะแนน และคะแนนมากกว่า 2 บ่งชี้ว่ามีความปวด 16 แบบประเมิน CPOT ถูกนำมาอย่างกว้างขวางเพื่อประเมินในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่มีระดับความรู้สึกตัวและระดับความรู้สึกตัวที่มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการบาดเจ็บของสมอง มีข้ออภิปรายเกี่ยวกับการประเมินความทรงของเครื่องมือ CPOT เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินมีความแตกต่างกัน งานวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบและการวิเคราะห์แบบเมตา (meta-analysis) ประเมินความถูกต้องของความปวดที่ได้จากการประเมินด้วยเครื่องมือ CPOT จากงานวิจัยทั้งหมด 25 เรื่องโดย Zhai และคณะ¹⁷ พบว่า CPOT มีความถูกต้องในการประเมินความปวดในระดับปานกลางของ CPOT และ CPOT มีความตรงในการประเมินสำหรับผู้ป่วยระดับความรู้สึกที่รู้ตัว (conscious experience) อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายของระดับความรู้สึกตัว

การใช้แบบประเมิน CPOT ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ พบว่าผู้ป่วยมีการเกร็งของกล้ามเนื้อใบหน้าและขมวดคือน้อยกว่าผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วยหนัก และคำอธิบายพฤติกรรม 4 ด้านของ CPOT อาจจะไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเนื่องจากพฤติกรรมตอบสนองไม่รู้ตัว (reflexive responses) ในรายที่สมองบาดเจ็บรุนแรง เพื่อให้การประเมินความปวดได้ถูกต้องในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ Cline Glinas และคณะได้ปรับปรุงแบบประเมิน CPOT เดิม เป็น Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT-Neuro)

สำหรับประเมินความปวดในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ⁷ ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรม 5 ด้าน 1) การแสดงออกทางใบหน้า 2) น้ำตาไหล/หน้าแดง 3) การแสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย 4) ประเมินจากการหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจหรือการเปล่งเสียงในกรณีไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และ 5) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ด้านที่ 1 3 4 ให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 ส่วนด้านที่ 2 และ 5 ให้คะแนน 0 ถึง 1 สำหรับคะแนนรวมที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0 ถึง 8 คะแนน และคะแนนมากกว่า 2-3 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความปวด

แบบประเมิน CPOT-Neuro ได้นำใช้ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ พบว่าประเมินได้ถูกต้องและเชื่อถือได้ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ มีความเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง สำหรับประเทศไทยมีการใช้ CPOT ในการประเมินผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก¹⁸ แต่ยังไม่มีการนำ CPOT-Neuro มาใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองอย่างเป็นทางการ ทีมผู้เขียนปฏิบัติงานนิเทศนักศึกษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักคัลยกรรมประสาท ได้รับอนุญาตจาก Professor Cline Glinas ให้ใช้เครื่องมือ CPOT-Neuro ในการประเมินความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ได้แปลต้นฉบับของเครื่องมือ โดยวิธีการแปลไปข้างหน้า (forward translation) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) และความถูกต้องของการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าความตรงของเนื้อหาหรือระหว่าง .66-1.0 และวางแผนทำการวิจัยเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการประเมินผู้ป่วยต่อไป แบบประเมิน CPOT Neuro ภาษาไทย ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แบบประเมิน CPOT Neuro ภาษาไทย

แบบประเมิน CPOT Neuro Thai Version

หมวด	การตรวจพบ	คะแนน	อธิบาย
การแสดงออกทางสีหน้า (facial expression)	ผ่อนคลาย/ไม่มีการแสดง	0	ไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อใบหน้า
	ขมวดคิ้ว	1	มีขมวดคิ้ว
	การเกร็งอย่างน้อยสองส่วนของใบหน้าผู้ป่วย	2	ขมวดคิ้ว ตาปิดแน่น (หน้านิ้ว คิ้วขมวด เปลือกตาปิดแน่น)
น้ำตาไหล/หน้าแดง (Tearing/Face Flushing)	ไม่มี	0	ไม่มีทั้งน้ำตาไหล และหน้าแดง
	มี	1	มีน้ำตาไหลและ/หรือ หน้าแดง
	ไม่มีการเคลื่อนไหว	0	
การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement)	การเคลื่อนไหวที่ไม่มีจุดมุ่งหมาย	1	การเคลื่อนไหวไม่มีจุดมุ่งหมาย / เคลื่อนไหวช้า ๆ หรือการรอแขน ไม่ได้มุ่งไปที่ตำแหน่งที่ปวด
	การเคลื่อนไหวโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและ/หรือกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย	2	พยายามเข้าถึงหรือสัมผัส/ถูกตำแหน่งที่ปวด และหรือดึงท่อออก พยายามลุกนั่ง กัดแกง ไม่ทำตามคำสั่ง ต่อสู้กับเจ้าหน้าที่
การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ	หายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ	0	ใช้เครื่องช่วยหายใจง่าย ไม่มีสัญญาณเตือน
	หายใจ		
	กระตุ้นสัญญาณเตือน	1	สัญญาณถูกเตือนแต่หยุดโดยอัตโนมัติ
	มีการดันเครื่องช่วยหายใจ	2	การอุดกั้นการระบายอากาศ สัญญาณเตือนเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
การเปล่งเสียง (Vocalization)	พูดด้วยน้ำเสียงปกติ	0	พูดด้วยน้ำเสียงปกติ
	ถอนหายใจ ร้องคราง	1	ถอนหายใจ ร้องคราง
	บ่นปวด ร้องไห้	2	ร้องปวด (โหย) ร้องไห้
ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tension)	ผ่อนคลาย	0	ไม่มีการต่อต้านต่อการช่วยการเคลื่อนไหว
	ตึงแข็ง	1	ต่อต้านต่อการช่วยการเคลื่อนไหว
รวม		8	

เพื่อให้การใช้แบบประเมินให้ถูกต้องมีคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน CPOT-Neuro และรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมตอบสนองในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

การแสดงออกทางสีหน้าและการตอบสนองอัตโนมัติ (Facial expression and Autonomic Responses)

คะแนน 0 เมื่อไม่พบการเกร็งของกล้ามเนื้อบนใบหน้าของผู้ป่วย

คะแนน 1 เมื่อสังเกตการขมวดคิ้ว

คะแนน 2 คะแนนสำหรับการแสดงสีหน้านิ้ว คิ้วขมวด ซึ่งเป็นการหดตัวของใบหน้าทั้งหน้ารวมทั้งตาปิดแน่นและการหดตัวของกล้ามเนื้อแก้ม (nasolabial furrow)

ผู้ป่วยอาจอ้าปาก หรือหากใส่ท่อช่วยหายใจ อาจกัดท่อช่วยหายใจ พยายามยังให้ความสำคัญกับการตอบสนองอัตโนมัติ (เช่น น้ำตาไหล หน้าแดง) และให้คะแนน 1 คะแนนต่อหน้าอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ 0 เมื่อไม่มีการตอบสนองทั้งสองนี้

การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movements)

คะแนน 0 เมื่อผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหว

คะแนน 1 หมายถึง การเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่น การรอแขน หรือการเคลื่อนไหวช้า/ระมัดระวัง ซึ่งไม่ได้มุ่งตรงไปที่ตำแหน่งปวด



คะแนน 2 การเคลื่อนไหวมุ่งไปที่บริเวณที่มีอาการปวด (เช่น การบาดเจ็บ แผลผ่าตัด) หรือผู้ป่วยพยายามดึงท่อหรือ
กระวนกระวาย

การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (Compliance with the ventilator)

การหายใจสอดคล้องเครื่องช่วยหายใจจะใช้เมื่อผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย

คะแนน 0 เมื่อผู้ป่วยหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มี สัญญาณเตือน

คะแนน 1 เมื่อผู้ป่วยกระตุ้นเกิดสัญญาณเตือน แต่สัญญาณเตือนหยุดเอง เมื่อผู้ป่วยหายใจไม่สอดคล้องต่อต้านเครื่อง
ช่วยหายใจ และพยาบาลได้ให้การพยาบาลช่วยเหลือ หรือให้ยา

คะแนน 2 พยาบาลอาจตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจหรือ secretion เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อ
ประเมินที่เกี่ยวข้องกับความปวด

การเปล่งเสียง (Vocalization)

Vocalization ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจที่สามารถเปล่งเสียงได้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเสียงหรือผู้ป่วยพูดด้วยน้ำเสียงปกติ

คะแนน 1 เมื่อผู้ป่วยถอนหายใจหรือคราง

คะแนน 2 สำหรับบอกรหรือเปล่งเสียงปวดด้วยวาจา

ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tension)

เมื่อผู้ป่วยพัก ประเมินโดยขอและยึดแขนของผู้ป่วยเพื่อให้รู้สึกถึงแรงต้านต่อการเคลื่อนไหว พยาบาลสามารถ
สัมผัสได้ถึงแรงต้านของผู้ป่วยขณะพลิกตัวอยู่บนเตียง

คะแนน 0 เมื่อไม่รู้สึกการต่อต้านระหว่างการเคลื่อนไหว หรือเมื่อผู้ป่วยถูกพลิกตัวอยู่บนเตียง

คะแนน 1 หมายถึงความต้านทานระหว่างการเคลื่อนไหวหรือการหมุน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งผู้ป่วยมีตึงแข็งของกล้ามเนื้อ

คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน CPOT-Neuro

1. เริ่มต้นด้วยการสังเกตผู้ป่วยเป็นเวลาหนึ่งนาทีในสภาพพักเพื่อเป็นการประเมินสภาพเริ่มต้น
2. จากนั้นสังเกตผู้ป่วยระหว่างการดูแลตามมาตรฐานที่กระตุ้นให้เกิดความปวดได้ (การพลิกตะแคงตัว การ suction
การทำแผล) เพื่อตรวจหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยต่อความปวด
3. ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินก่อนและเมื่อยกแปกปวดออกฤทธิ์สูงสุดเพื่อประเมินประสิทธิภาพการรักษา
4. ควรระบุคะแนนสูงสุดของผู้ป่วยที่สังเกตได้สำหรับแต่ละรายการในคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 8
5. ควรประเมินความตึงของกล้ามเนื้อเป็นครั้งสุดท้ายเป็นครั้งสุดท้ายโดยเฉพาอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยพักผ่อนเนื่องจาก
การกระตุ้นด้วยการสัมผัสเพียงอย่างเดียว(เมื่อทำการงอและยึดแขน) อาจนำไปสู่ปฏิกิริยาทางพฤติกรรม

สรุป

การจัดการความปวดของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก มีความสำคัญและจำเป็นเนื่องจากการจัดการ
ความปวดที่ดีและเหมาะสมจะลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บได้ การเลือกใช้แบบประเมินความ
ปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารบอกคะแนนความปวดได้ เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
การประเมินความปวดอย่างถูกต้อง ตรวจสอบระดับความปวดตามพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ มีการใช้
แบบประเมิน CPOT แต่พบว่ายังข้อจำกัดเกี่ยวกับพฤติกรรมในระดับที่ไม่รู้ตัว การปรับปรุงแบบประเมิน CPOT สำหรับ
ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บโดยเฉพาะ คือแบบประเมิน CPOT-Neuro ได้มีการนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ในต่างประเทศ



พบว่ามีความเป็นไปได้และถูกต้องในการประเมินความปวดสำหรับผู้ป่วย เป็นแบบประเมินที่เป็นทางเลือกสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในประเทศไทยได้

References

1. Lee K, Oh H, Suh Y, Seo W. Patterns and clinical correlates of pain among brain injury patients in critical care assessed with the critical care pain observation tool. *Pain Management Nursing*.2013; 14(4):259–67.
2. Glinas C. Pain assessment in the critically ill adult: recent evidence and new trends. *Intensive and Critical Care Nursing*.2016;34:1–11.
3. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Glinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*.2013;41(1):263–306.
4. Chanques G, Glinas C. Monitoring pain in the intensive care unit (ICU). *Intensive Care Medicine*. 2022;48(10):1508–11.
5. Irvine K-A, Clark JD. Chronic pain after traumatic brain injury: pathophysiology and pain mechanisms. *Pain Medicine*. 2018;19(7):1315–33.
6. Chelazzi C, Falsini S, Gemmi E. Pain Management in Critically Ill Patient. *Critical Care Sedation*. 2018:21–34.
7. Glinas C, Brub M, Puntillo KA, Boitor M, Richard-Lalonde M, Bernard F, et al. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool-Neuro in brain-injured adults in the intensive care unit: a prospective cohort study. *Critical Care*.2021;25(1):1–15.
8. Bosak N, Branco P, Kuperman P, Buxbaum C, Cohen RM, Fadel S, et al. Brain Connectivity Predicts Chronic Pain in Acute Mild Traumatic Brain Injury. *Annals of Neurology*. 2022;92(5):819–33.
9. Chatelle C, Hauger SL, Martial C, Becker F, Eifert B, Boering D, et al. Assessment of nociception and pain in participants in an unresponsive or minimally conscious state after acquired brain injury: the relation between the coma recovery scale-revised and the nociception coma scale-revised. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.2018;99(9):1755–62.
10. Vardeh D, Mannion RJ, Woolf CJ. Toward a mechanism-based approach to pain diagnosis. *The Journal of Pain*.2016;17(9):T50–T69.
11. Zasler ND, Formisano R, Aloisi M. Pain in persons with disorders of consciousness. *Brain Sciences*. 2022;12(3):300.
12. Mischkowski D, Palacios-Barrios EE, Banker L, Dildine TC, Atlas LY. Pain or nociception? Subjective experience mediates the effects of acute noxious heat on autonomic responses. *Pain*.2018;159(4):699.
13. Kyle BN, McNeil DW. Autonomic arousal and experimentally induced pain: a critical review of the literature. *Pain Research and Management*.2014;19(3):159–67.
14. Devlin JW, Skrobik Y, Glinas C, Needham DM, Slooter AJ, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical care Medicine*.2018;46(9):e825–e73.



15. Bernard C, Delmas V, Duflos C, Molinari N, Garnier O, Chalard K, et al. Assessing pain in critically ill brain-injured patients: a psychometric comparison of 3 pain scales and videopupillometry. *Pain*. 2019;160(11):2535-43.
16. Glinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*. 2006;15(4):420-7.
17. Zhai Y, Cai S, Zhang Y. The diagnostic accuracy of critical care pain observation tool (CPOT) in ICU patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(4):847-56. e13.
18. Thikom N, Thongsri R, Wongcharoenkit P, Khruamingmongkhon P, Wongtangman K. Incidence of inadequate pain treatment among ventilated, critically ill surgical patients in a Thai population. *Pain Management Nursing*. 2021;22(3):336-42.



ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย

Experiences of Father Participattion in Caring for their Preterm Infants in a Sick Newborn Unit

พจนารต สารพัต¹ ยูนี พงศ์จตุรวิทย์¹

Photjanart Sarapat¹ Yune Pongjaturawit¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Faculty of Nursing Burapha University

Corresponding author: Photjanart Sarapat; Email: photjanart@buu.ac.th

Received: July 20, 2022 Revised: September 1, 2022 Accepted: September 19, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธีการพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 13 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกต และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้สึกเมื่อลูกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ วิตกกังวลและกลัว สงสารและเป็นห่วงลูก เป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และดีใจที่ลูกคลอด 2) กิจกรรมที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูก ได้แก่ การดูแลตัวร่างกาย ด้านจิตใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์/พยาบาล การสนับสนุนและให้กำลังใจ มารดาในการดูแลลูก และการจัดหาล้างของเครื่องใช้ และ 3) ความรู้สึกที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูก ได้แก่ มีความสุขรักและอยากทำเพื่อลูก ได้เรียนรู้วิธีการดูแลลูก ได้ช่วยแบ่งเบาภาระของแม่ และไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมดูแลลูก ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและสนับสนุนให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของบิดา; ทารกเกิดก่อนกำหนด; หอทารกแรกเกิดป่วย



Experiences of Father Participattion in Caring for their Preterm Infants in a Sick Newborn Unit

Photjanart Sarapat¹ Yunee Pongjaturawit¹

¹Faculty of Nursing Burapha University

Corresponding author: Photjanart Sarapat; Email: photjanart@buu.ac.th

Received: July 20, 2022 **Revised:** September 1, 2022 **Accepted:** September 19, 2022

Abstract

The purpose of this descriptive qualitative study was to describe fathers' experiences of participating in the care of their preterm infants in a sick newborn unit. Participants were purposive selected, including 13 fathers of preterm infants in a sick newborn unit of a government hospital in the Eastern Region. Data were collected using in-depth interviews and observations. The matic analysis method was used to analyze the data. The results revealed that the experiences of father participation in caring for their preterm infants in a sick newborn unit can be divided into three themes. First, the feelings about preterm infant included anxiety and fear, pity and concern, unexpectedness, and happy with the birth of their infant. Second, the activities involved in caring for their infants, including physical care, psychological care, sharing information with doctors and nurses, supporting and encouraging mothers in caring for their infants, and providing utensils. Finally, the feelings about being involved in the care of their infants included being happy, loving and preferring to do something for their infants, having learned to care for their infants, reducing the burden of mothers' tasks, and being unconfident in the care of their infants. These findings contribute to a better understanding of fathers' experiences in caring for their preterm infants in a sick neonatal unit. Therefore, nurses and health care providers could use the data as a basis to encourage and support fathers to participate effectively in caring for their preterm infants in a sick neonatal unit.

Keywords: father participation; preterm infants; sick newborn unit



ความเป็นมาและความสำคัญ

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม ในแต่ละปี ทั่วโลกมีทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยไม่พบรายงานการเกิดก่อนกำหนด พบแต่รายงานอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 พบอัตราในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.8, 10.4, 10.6, 11.1 และ 11.1 ของทารกเกิดมีชีพตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7² และพบทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 500-1,500 กรัมมีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้ปัญหาการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต³ ทารกเกิดก่อนกำหนดนี้เป็นทารกที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากอวัยวะในระบบต่างๆ ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์โดยเฉพาะระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท และระบบทางเดินอาหาร ทำให้ทารกมีความพิการหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูงกว่าทารกกลุ่มอื่น⁴⁻⁵ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ยังมีอายุครรภ์และน้ำหนักน้อยยังมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น ทารกเหล่านี้จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดที่ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ซับซ้อน และต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่ต่อเนื่องและยาวนานเพื่อช่วยให้ทารกรอดชีวิต^{3,6}

การเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อตัวทารกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ทารกต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมในหอทารกแรกเกิดป่วย เช่น แสงสว่างที่เปิดตลอดเวลา และการได้รับการทำหัตถการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทำให้สมองของทารกมีการเจริญเติบโตลดลง และเสี่ยงจากการทำงานของอุปกรณ์การแพทย์ที่ตั้งสามารถทำให้ทารกสูญเสียการได้ยิน เป็นต้น⁶⁻⁷ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติการพยาบาลและการทำหัตถการต่างๆ เกือบตลอดเวลา ทำให้สภาวะหลับตื่นถูกรบกวนส่งผลให้ทารกเกิดภาวะเครียดและอาจแสดงพฤติกรรมโต้ตอบด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก³ สำหรับผลกระทบต่อบิดามารดาหรือครอบครัว ทำให้บิดามารดาารู้สึกเครียดวิตกกังวล และซึมเศร้า เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน รู้สึกกลัวเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารก และวิตกกังวลที่อาจต้องแยกจากทารก⁶⁻⁸ รวมทั้งความเครียดที่บิดามารดาไม่สามารถแสดงบทบาทของบิดามารดา (parental role) ได้⁷ และการที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ทารกต้องแยกจากบิดามารดา การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกมีน้อยทำให้สัมพันธ์ภาพและความรักผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกลดน้อยลง ซึ่งจะส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของทารกในอนาคต^{3-4,8} ดังนั้นการสนับสนุนให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารก จึงช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาและทารกที่ดี และสร้างความมั่นใจให้กับบิดามารดาในการดูแลทารกได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสม^{3,9}

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีประโยชน์ทั้งต่อทารก บิดามารดา และพยาบาล ทำให้บิดามารดาได้อยู่ใกล้ชิดกับทารกและมีปฏิสัมพันธ์กับทารก ส่งผลให้ทารกพัฒนาความไว้วางใจต่อบิดามารดา และช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสังคมและสติปัญญาของทารก^{3,6-7} ลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ¹⁰ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกป่วยทำให้บิดามารดาได้รับการสนับสนุนดูแล ทั้งในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของบุตร และด้านจิตใจจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ส่งผลให้บิดามารดาที่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางสุขภาพ⁹ จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำมาประยุกต์ใช้ในทางการพยาบาลอย่างแพร่หลาย

ในปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนไปจากที่เคยเป็นครอบครัวขนาดใหญ่กลายเป็นครอบครัวที่มีขนาดเล็กลงและมีความหลากหลายมากขึ้น ครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยบิดา มารดา และบุตร อาศัยอยู่ด้วยกันยังคงเป็นครอบครัวประเภทหลักของสังคมไทย โดยพบร้อยละ 26.6 ซึ่งเป็นอันดับ 2 ของรูปแบบครอบครัวไทย¹¹ จากลักษณะ



ของครอบครัวเดี่ยวนี้อาจส่งผลให้บิดามารดาต้องมึนบทบาทช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งภาระงานในบ้านและนอกบ้านเพราะมารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้านจึงมีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรน้อยลง บิดาจึงมีบทบาทในการช่วยดูแลบุตรมากขึ้นทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นบิดาจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังการศึกษาที่พบว่า บิดาที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มาจากครอบครัวเดี่ยว¹² ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจะทำให้ทารกได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบิดาและมารดาาร่วมกัน และช่วยให้ทารกมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งได้รับความรักความอบอุ่นจากบิดาอย่างใกล้ชิด และยังช่วยให้บิดามีทักษะในการดูแลบุตร เกิดความมั่นใจในบทบาทการเป็นบิดามากขึ้นด้วย^{3,7,9}

อย่างไรก็ตามด้วยบริบทของสังคมไทยผู้ที่มีบทบาทหลักในการเลี้ยงดูบุตรเป็นมารดา ทำให้การศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดเป็นส่วนใหญ่ และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดของบิดาโดยตรง จึงทำให้ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์หรือการรับรู้ของบิดาไทยเมื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย เพื่อนำผลวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่เกิดก่อนกำหนดในมุมมองของบิดา อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่เกิดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) และการสังเกต (observation)

ผู้ให้ข้อมูลและสถานที่

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นบิดาไทยของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 13 ราย มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี 3) มีบุตรเกิดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม และไม่มีความผิดปกติทางโครโมโซมหรือความพิการแต่กำเนิด และ 4) มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วยอย่างน้อย 2 วันสำหรับหอทารกแรกเกิดป่วย สังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ ให้การดูแลทารกอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 เดือนที่มีภาวะเจ็บป่วยทั่วไปและภาวะเจ็บป่วยแบบกึ่งวิกฤติ มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้บิดามารดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลทารก โดยให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสจริยธรรมเลขที่ Sci 043/2561 และ 65/61/N/h3 หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์



และรายละเอียดของโครงการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรักษาความลับของข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลไม่สามารถระบุหรืออ้างอิงถึงผู้ให้ข้อมูลได้ และข้อมูลต่างๆ จะถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาทารกเกิดก่อนกำหนด แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) โดยใช้คำถามปลายเปิด (open-ended interviews) ถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย เช่น “คุณพ่อรู้สึกอย่างไรที่ลูกเกิดก่อนกำหนด” “ตั้งแต่ลูกเข้ารับการรักษาที่หอทารกแรกเกิดป่วย คุณพ่อได้ช่วยเหลือดูแลลูกอะไรบ้าง” “เมื่อได้ทำแล้วคุณพ่อรู้สึกอย่างไร” เป็นต้น แบบบันทึกการสังเกตการมีส่วนร่วมของบิดา เช่น กิจกรรมการดูแลของบิดาต่อทารกเกิดก่อนกำหนด ปฏิบัติการตอบสนองของบิดาในขณะที่ให้การดูแลทารก และปฏิบัติการตอบสนองของทารกขณะได้รับการดูแลจากบิดา เป็นต้น และเครื่องบันทึกเสียง โดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ร่วมกับผู้วิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัย ประสานงานกับหัวหน้าหอทารกแรกเกิดป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจและลงนามยินยอม ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามวัน เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและไม่มีใครรบกวน การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตปฏิบัติการของผู้ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เช่น สีหน้า ท่าทาง และน้ำเสียง เป็นต้น และสังเกตกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 13 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis)¹³ ประกอบด้วย ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล โดยการอ่านบทถอดเทปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายซ้ำหลาย ๆ ครั้ง แล้วเริ่มต้นสร้างรหัสข้อมูล โดยตีความและจำแนกข้อมูลออกเป็นหน่วยย่อย ๆ และกำหนดรหัสของข้อมูล ผู้วิจัยค้นหาแก่นสาระ โดยเชื่อมโยงข้อมูลและความสัมพันธ์ต่างๆ ที่ปรากฏที่เข้ากันได้และที่บ่งบอกถึงแก่นสาระเดียวกัน ทบทวนแก่นสาระ โดยการอ่านบททบทวนประเด็นที่พบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ว่าข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้อง กำหนดหรือให้คำจำกัดความและให้ชื่อแก่นสาระ และเขียนรายงานข้อค้นพบ โดยแยกตามหมวดหมู่ของแก่นสาระ

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวทางการสร้างความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของ Lincoln and Guba¹⁴ ประกอบด้วย 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย เพื่อสามารถบอกเล่าประสบการณ์หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล การบันทึกสีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์และการทำกิจกรรมดูแลบุตร และการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้วิจัยสรุปเรื่องราวเพื่อยืนยันความถูกต้อง 2) การนำข้อมูลไปใช้ (transferability) ผู้วิจัยบรรยายรายละเอียดต่างๆ ของการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ชั้นตอนต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการถอดเทปสัมภาษณ์อย่างละเอียดครบถ้วน 3) ความคงที่ (dependability) ผู้วิจัยวิเคราะห์และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน รวมทั้งบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยและสรุปผลการวิจัยไว้อย่างละเอียด และ 4) การยืนยันข้อมูล (confirmability) ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารต่างๆ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงแหล่งข้อมูลและสามารถตรวจสอบความถูกต้องย้อนหลังได้ รวมทั้งตระหนักถึงความน่าเชื่อถือ การนำข้อมูลไปใช้ และความคงที่ดังที่กล่าวมาแล้ว ทำให้งานวิจัยนี้มีความเป็นกลางหรือไม่มีความลำเอียง

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 13 ราย ส่วนใหญ่มียุ 30-39 ปี (ร้อยละ 53.85) รองลงมาคือ อายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 30.77) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปวส./ปวช. และปริญญาตรี เท่า ๆ กัน (ร้อยละ 30.77) อาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 46.16) รองลงมาคือ ค้าขาย (ร้อยละ 30.77) และมีรายได้ครอบครัวมากกว่า 40,000 บาท (ร้อยละ 38.46) รองลงมาคือ มากกว่า 10,000-20,000 บาท และมากกว่า 30,000-40,000 บาท เท่า ๆ กัน (ร้อยละ 23.08) สำหรับทารกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.85) และเพศหญิง (ร้อยละ 46.15) มีอายุเฉลี่ย 25.15 วัน ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนเดียว (ร้อยละ 69.23) รองลงมาเป็นบุตรลำดับที่สอง (ร้อยละ 23.08) มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 1,500-น้อยกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 46.16) รองลงมาคือ 1,000-น้อยกว่า 1,500 กรัม (ร้อยละ 23.08) และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหายใจลำบาก (ร้อยละ 46.15) รองลงมา คือ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (ร้อยละ 38.46)

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วยมี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความรู้สึกเมื่อลูกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ วิตกกังวลและกลัว สงสาร และเป็นห่วงลูก เป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และดีใจที่ลูกคลอด 2) กิจกรรมที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูก ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์/พยาบาล การสนับสนุนและให้กำลังใจมารดาในการดูแลลูก และการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ และ 3) ความรู้สึกที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูก ได้แก่ มีความสุข รักและอยากทำเพื่อลูก ได้เรียนรู้วิธีการดูแลลูก ได้ช่วยแบ่งเบาภาระของแม่ และไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมดูแลลูก

1. ความรู้สึกเมื่อลูกเกิดก่อนกำหนด เมื่อบิดาได้รับรู้ว่าลูกคลอดก่อนกำหนด ทำให้บิดาเกิดความรู้สึกที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านที่ดีและไม่ดี ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวว่าลูกจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่ปลอดภัยหรือเสียชีวิต รู้สึกสงสาร และเป็นห่วงลูก รู้สึกว่าเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน และดีใจที่ได้เห็นหน้าลูก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 วิตกกังวลและกลัว บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีการรับรู้ ว่า ทารกที่เกิดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่าง ๆ ยังเจริญเติบโตและทำงานได้ไม่สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนกับทารกที่เกิดครบกำหนด จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลและกลัวว่าลูกจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่ปลอดภัยหรือเสียชีวิตได้ ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า “ตกใจแล้วก็กังวลด้วยว่าคลอดออกมาแล้วจะเป็นอะไรหรือเปล่า จะปลอดภัยหรือเปล่า...กลัว ๆ ไม่สมบูรณ์กลัวไม่แข็งแรง...



น้องคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย แล้วตอนนั้นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจด้วย เพราะว่าปอดยังไม่แข็งแรง หายใจเองยังไม่ได้” (ID1) และ “อวัยวะข้างในก็คือถ้าปกติ 37 สัปดาห์ ก็คือ เจริญเต็มที่แล้ว ถ้าหากว่าคลอดก่อนกำหนด ก็คือยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ คลอดออกมาเหมือนกับว่าชิงออกมาก่อน ยังไม่เต็มร้อยเปอร์เซ็นต์...กังวล ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้อยู่จนครบกำหนด คลอดออกมาแล้วจะเป็นยังไง จะแข็งแรงไหม...กลัวคลอดก่อนกำหนดนี้จะปลอดภัยหรือเปล่า จะคลอดได้หรือเปล่า โอกาสที่น้องจะเสียชีวิตมีบ้างไหม” (ID2)

1.2 สงสารและเป็นห่วงลูก การที่ทารกเกิดก่อนกำหนดอวัยวะยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์และต้องมีอุปกรณ์การแพทย์หลายอย่าง เช่น สายน้ำเกลือ สายออกซิเจน เป็นต้น ทำให้บิดารู้สึกสงสารและเป็นห่วงลูก ดังคำกล่าวของบิดาว่า “เราก็คือห่วงลูกมาก ผมเห็นลูกแล้วผมก็สงสารลูก...เพราะไม่รู้ว่าสายอะไรเป็นสายอะไรบ้าง อย่างเราคนโตขนาดมีสายอะไรมันก็ยังอึดอัดเลย อันนี้เด็กเขาพูดไม่เป็น พูดไม่ได้ ไม่รู้ว่าเขาต้องการอะไร...ผมก็ไม่รู้ว่าเขาอาจจะทรมาณผมก็เลยไม่ค่อยจะดู เข้าไปดูประมาณห้านาที สิบนาที ผมก็ออกมาแล้วครับ...มันเต็มไปหมด ทั้งสายน้ำเกลือ สายสะดือ สายออกซิเจน” (ID5) “คุณหมอบอกน้องตัวเล็กต้องเอาออกก่อนเพราะว่ากลัวเป็นอันตราย ก็รู้สึกใจหาย ก็เป็นห่วงลูกมาก...มันห่วงทุกอย่าง ห่วงแม่เด็กด้วย ห่วงลูกด้วย ห่วงทุกอย่างเพราะเราไม่เคยเจอเคสแบบนี้” (ID8) และ “เป็นห่วงเรื่องการหายใจ...เขาคลอดก่อนกำหนด หมอก็แจ้งอยู่ว่าปอดไม่แข็งแรง เพราะว่าอวัยวะในช่วงสัปดาห์ท้ายจะเป็นปอด...ผมมาทุกวัน ผมเป็นห่วงลูก ไม่เห็นหน้าลูกแล้วมันรู้สึกกระวนกระวายยังไม่รู้ เป็นห่วงเขา” (ID12)

1.3 เป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อน การที่ทารกต้องเกิดก่อนกำหนดเป็นเหตุการณ์ที่บิดาส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งตัวและไม่ได้คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นมาก่อน ดังคำกล่าวของบิดาว่า “ตัวแม่เค้าแข็งแรง มีเลือดออกเค้า (หมอ) ตรวจดูแล้วว่ายังไม่พร้อมก็เลยฉีดยาเพื่อป้องกันการคลอดไว้ให้...นอนพักคืนหนึ่งแล้วก็กลับบ้าน...สัก 6 โมงเย็นก็ปวดแบบนี้ แต่รู้สึกว่าครั้งนี้จะรุนแรงมากขึ้น ก็เลยมาที่โรงพยาบาล...หมอเข้าไปข้างในแล้วบอกว่าพร้อมคลอดแล้ว เด็กกลับหัวแล้ว มันเร็วมากคือแบบว่าไม่ตั้งตัวเหมือนกัน” (ID3) “วันนั้นก็ไม่ได้ตั้งตัวเหมือนกันเพราะว่าเรายังคิดว่า ยังมีเวลาอีกประมาณเกือบเดือน แต่อยู่ ๆ ทั่ววันนั้นน้ำคร่ำแตกตั้งแต่ช่วงเช้า ก็เลยรีบขับรถไปที่โรงพยาบาล” (ID4) และ “วางแผนไว้หมดแล้ว แต่ว่ามันผิดแผนไปเกือบทั้งหมดทุกอย่าง...มันคลอดก่อนกำหนดแบบนี้ เหมือนเราเริ่มต้นใหม่ทุกอย่าง ทุกอย่างมันเตรียมเกือบจะไม่ทัน” (ID12)

1.4 ดีใจที่ลูกคลอด การเกิดก่อนกำหนดแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเป็นห่วงสุขภาพของลูก แต่บิดาก็มีความรู้สึกดีใจที่ได้เห็นหน้าลูกหลังจากที่เฝ้ารอมานาน ดังที่บิดาได้กล่าวว่า “ดีใจที่เห็นหน้าลูกเร็ว...เราเฝ้ารอเขามานานหลายเดือนครับ อายุก็เยอะแล้วอย่างนี้ อยากเห็นหน้าลูก คลอดออกมาน้ำหนัก 1,005 กรัม ตัวเล็ก ผิวจะออกแดง ๆ แต่เห็นเขายังดินยังขยับตัว ตัวเล็กก็ดีใจครับที่ได้เห็นหน้า เห็นเขาตื่น เขายกขาอย่างน้อยก็รู้สึกว่าเขาแข็งแรง” (ID2) และ “ดีใจคือครั้งแรกคือดีใจก่อนเลย ดีใจว่าลูกคลอดแล้ว...เราตั้งใจให้มีตัวก็คือพร้อมแบบว่าเตรียมใจเตรียมการทุกอย่างเลยว่ามีเค้าเนี่ยแหละ” (ID3)

2. กิจกรรมที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูก บิดารับรู้ว่าเมื่อลูกคลอดออกมาก่อนกำหนด ตนเองได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูกหลายอย่าง ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์หรือพยาบาล การสนับสนุนให้กำลังใจมารดาในการดูแลลูก และการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ด้านร่างกาย บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือมารดาเปลี่ยนผ้าอ้อมและดูแลป้อนนม ดังคำกล่าวของบิดาว่า “พยาบาลให้ป้อนนมลูกใช้ช้อน...ตอนแรกมันคล้าย ๆ กลัว ๆ กลัวจับไม่ได้ กลัวมือหนักอะไรประมาณนี้ แต่เนื่เราก็ค่อย ๆ ทำไปมันก็ค่อย ๆ ได้ไปเองครับ” (ID6) “บางทีภรรยาผมก็จะเปิดดูแพมเพิสว่าแผ่นรองซับมีสีไหม อุจจาระไหม ถ้ามีก็คือผมก็คอยหยิบไปทิ้งช่วยคนละไม้คนละมือครับ” (ID9) และ “ก็เปลี่ยนผ้าให้ เราดูน้องนี่น้องอะไรหรือเปล่า ก็เซ็ดให้...ถ้าเกิดเข้ามาที่มดุก่อนว่ามีมีอะไร เราก็ล้างแล้วก็ทำความสะอาด” (ID11)



2.2 ด้านจิตใจ ขณะที่ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บิดาส่วนใหญ่ได้สัมผัสและพูดคุยให้กำลังใจลูกให้หายจากอาการเจ็บป่วย บิดารับรู้ว่าลูกสามารถรับรู้ถึงกำลังใจที่บิดามารดาส่งให้ลูกได้ ดังคำกล่าวของบิดาว่า “มีอุ้ม พุดกับเค้า...แบบเป็นยังไปบ้าง พอกับแม่เป็นห่วงหนูนะ ปูกับย่าคิดถึงนะ หายไว ๆ อย่างนี้” (ID4) “เวลามาก็บอกว่าพ่อมาแล้วนะ มาหาแล้วนะ ออกจากโรงพยาบาลเร็ว ๆ เวลาไปก็อีกสองวันเจอกันทุกครั้ง เพื่อคิดว่าน้องเขารู้จะครับ พ่อแม่ไม่ทิ้งเขามาหาเขา...บอกให้เขาหายเร็ว ๆ เป็นกำลังใจให้เขากลับบ้านไปอยู่ด้วยกัน” (ID10) และ “มาก็พยายามจะเล่นกับเค้า พยายามจะคุยกับลูก...มีโอกาสนี้เอามือไปซ้อนจับเท้าเค้า เพื่อให้เค้ารู้ว่าพ่อมานะ เพราะว่าจะได้ให้กำลังใจเค้าด้วย...ผมก็ร้องเพลงด้วยข้างตู้ เป็นเพลงเด็ก ๆ อะเค้าก็ฟังนะ ผมว่าเค้าฟัง เพราะว่าทุกครั้งที่เราเรียกเค้าก็ตื่น...เราก็หว่านโรคุกับเค้า ป้ามาหาหนูนะ ให้หนูหายเร็ว ๆ นะ หนูแข็งแรงเร็ว ๆ นะ หนูต้องสู้ นะลูก เรายังพูดของเราให้เค้าได้ยิน รับรู้ความรู้สึกจากเรา” (ID13)

2.3 การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์/พยาบาล บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะสอบถามอาการของลูกจากแพทย์หรือพยาบาล สำหรับบิดาบางรายที่ต้องไปทำงานไม่ได้มาเยี่ยมลูกทุกวันก็จะฝากให้มารดาสอบถามอาการของลูกแทน ดังคำกล่าวของบิดาว่า “ถามหมอมว่าเขาอาการดีขึ้นหรือยัง ถามพยาบาลเขาก็บอกว่าน้องเริ่มอาการดีขึ้นแล้ว แต่ยังไม่หายใจเองยังไม่ได้ แต่ลองให้ออกซิเจนแล้ว บอกอาการน้องเป็นขึ้นเป็นขึ้นไป” (ID5) และ “บางครั้งเรามาดูเห็นลูกหยุดหายใจ เพราะว่าภาวะของเด็กแรกเกิดก็จะมีปัญหาเรื่องการมีช่วงหยุดหายใจ เราก็มองคำตัวของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเครื่องร้อง เรายังถาม เรายังคอยสังเกตด้วย ก็ดูว่าเป็นยังไปบ้าง ก็มาติดตามอาการจากคุณหมอ พอเค้าเห็นเรามาหมอก็จะบอกวันนี้ดีขึ้นนะ ก่อนหน้านั้นมีให้ยามาเชื่อ มีเอ็กซ์เรย์ด้วย...บางที่คุณแม่เขาก็มาอาจจะยังไม่ค่อยกล้าถาม ผมก็บอกแต่ยาวถามเองก็ได้ เรายังอยากจะทำ อยากจะสบายใจว่าเค้าเป็นอย่างไร” (ID13)

2.4 การสนับสนุนและให้กำลังใจมารดาในการดูแลลูก บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่คอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจมารดาในการดูแลลูก เช่น การพามาตามาเยี่ยมลูก ช่วยเก็บรักษาและนํานํานมมาส่งให้ลูก และพูดให้กำลังใจมารดาคลายเครียดหรือวิตกกังวล เป็นต้น ดังคำกล่าวของบิดา ดังนี้ “แม่เค้าก็เครียดที่นํานมไม่มี...อย่างแรกให้ระบายก่อน เรายังรับฟัง รับฟังเสร็จปั๊บ ทายังไง อยากได้อะไรหาให้ อยากซื้อที่ไหนไปซื้อให้ เมื่อยมัยขนาดให้ก็มี คือให้ช่วยทำให้หมด เรบอกว่าย่าเครียด ๆ หลีก ๆ คือว่าทำยังไงให้เค้าสบายใจ แล้วก็พยายามบอกวาลูกเราหนัก (น้ำหนัก) ขึ้นนะ อู๋ดูตนมได้เยอะนะ พยายามเหมือนเป็นบุคคลภายนอกว่าก็ขึ้นทุกวันถึงแม่เค้าจะบอกวาลูกเราหนัก” (ID3) “ส่วนมากก็มาด้วยกันครับ ก็ไม่ค่อยปล่อยเขามาคนเดียวหรอก เพราะว่าแผลเขายังไม่หายดี โกลขนาดไหนผมก็ต้องมาเพราะอย่างลูกเราก็อยู่นี่ เรายังมาหาลูกเรา...ซิมองเตอไซค์มาแต่ผมจะขับให้เขาซ้อน” (ID5) และ “ห้องผู้ป่วยแรกเกิดใช้ใหม่ครับ คุณแม่เขาจะไปบีบน้ำนม ผมก็จะยื่นดูอาการสังเกตอาการ พอแม่เขาเข้าไป ผมจะนํานํานมไปเก็บไว้ที่ห้องนํานม...ก่อนเอามา ผมก็เอาใส่กระติกเอาน้ำแข็งใส่รองพื้นข้างล่างก่อนมา แล้วก็เอามาส่ง” (ID9)

2.5 การจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ช่วยจัดหาซื้ออุปกรณ์ของใช้เกี่ยวกับการดูแลลูก เช่น อุปกรณ์ที่เกี่ยวกับการให้นม แผ่นรองซับ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น ดังคำกล่าวของบิดาว่า “ดูเรื่องผ้าอ้อม เรื่องอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เราจะใช้อย่างนี้ คือ ให้แม่อยู่กับลูกไปเลยแม่ขาดอะไรบอก เรายังเตรียมมาให้ ไปซื้อไปหา ไปทุกอย่างครับ พวกอุปกรณ์เด็กอ่อน เครื่องปั๊มนม จุกนม ไปหาเลือกซื้ออันไหนมันเหมาะกับลูกเรา” (ID4) “แผ่นรองซับไปซื้อเองหมดครับ คุณแม่ก็ดูลูกอย่างเดียว อุปกรณ์อะไรขาดเราก็คงไปซื้อ” (ID6) และ “หาเดินซื้อแผ่นรองซับมาให้เขา ที่พยาบาลเขาบอกมาว่าใช้เกี่ยวกับลูกเราก็คงจัดหามาให้เขา” (ID9)

3. ความรู้สึกที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูก เมื่อบิดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูก บิดามีความรู้สึกที่ดี แต่ก็ยังมีบิดาบางรายที่มีความรู้สึกยังไม่ค่อยมั่นใจในการมีส่วนร่วม ความรู้สึกต่าง ๆ ดังกล่าว ได้แก่ มีความสุข รักและอยากทำเพื่อลูก ได้เรียนรู้วิธีการดูแลลูก ได้ช่วยแบ่งเบาภาระของแม่ และไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมดูแลลูก

3.1 มีความสุข ขณะที่ทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาที่หอทารกแรกเกิดป่วย บิดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูกหลายประการดังที่กล่าวมาข้างต้น เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอุ้มลูก การส่งนม การคุยกับลูก เป็นต้น ซึ่งบิดาส่วนใหญ่ตั้งใจและทำให้รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลลูก ดังคำกล่าวของบิดา ดังนี้ “ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อม อุ้ม... พวกล้างขวดนมขวดอะไรผมก็ทำหมด เหมือนเราทำให้เค้าอย่างนี้ แล้วเราก็นึกถึงเค้าอย่างนี้ เราก็มีความสุขครับ” (ID1) “ก็ช่วยคุณแม่ คุณแม่เป็นคนทำ ผมก็เป็นคนหยิบผ้าเปียก หยิบแพมเพิส เอากระดาษชำระไปทิ้ง...ก็มีความสุขดีใจครับ” (ID6) และ “มีเปลี่ยนผ้าที่น้องเค้าช่วยกันกับแฟนสองคน...ชวนเค้าคุยวันนี้พอมมาแล้วนะ วันนั้นสู้ๆ นะลูก หรือมาส่งนม ถ้าทำให้ลูกก็มีความสุขอยู่แล้ว ถึงจะเซ็ดอึ เซ็ดอะไรก็มีความสุขอยู่แล้ว เพราะว่าทำให้ลูกเราก็จะดีขึ้น” (ID7)

3.2 รักและอยากทำเพื่อลูก บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูกเพราะความเป็นพ่อที่รักและเป็นห่วงลูก จึงอยากทำเพื่อลูกและดูแลลูกให้ดีที่สุด ดังคำกล่าวของบิดาว่า “ตอนนี้ก็คอยซื้อผ้ารองซับมาเปลี่ยน คอยพาแม่เขาเอานมมาส่ง แล้วก็ให้กำลังใจเขา...มันรู้ว่ามันเป็นลูกของเรา ทำเองหน้าที่เรา ของพ่อแม่ ทุกอย่างมีอะไรที่ทำให้ลูกได้ ก็ทำได้หมดอะครับ รักเขาเราทำให้เขาเกิดมาเราต้องดูแลเขาให้ดีที่สุดครับ” (ID10) “ผมมีแรงบันดาลใจคือผมทำเพื่อลูกอย่างเดียว...ในเมื่อเขาคงออกมาแล้ว เขาเป็นลูกเราแล้ว เราก็ต้องดูแลเขาให้ดีที่สุด” (ID12) และ “เค้าคือส่วนหนึ่งของชีวิตเรา เราก็คงห่วงเค้าที่สุด แล้วเหมือนกับว่าต้องมาดูแลเค้า หน้าที่ของเราที่เราจะต้องมาให้กำลังใจลูก พาคุณแม่มาด้วย จริงๆ คุณแม่เค้าก็ไม่ได้บังคับอะไรให้ผมมานะ...เค้าคือเป็นความรัก เป็นลูกเราเกิดจากเรา” (ID13)

3.3 ได้เรียนรู้วิธีการดูแลลูก เมื่อบิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูก บิดารับรู้ว่าได้เรียนรู้วิธีการดูแลลูกที่เกิดก่อนกำหนด เช่น การเปลี่ยนผ้ารองซับ (ผ้าอ้อม) การอุ้ม พุดคุย สัมผัส จากมารดาของทารกหรือพยาบาล เป็นต้น ดังคำกล่าวของบิดา ดังนี้ “ก็มีอุ้มบ้างนะ แต่ว่าแรก ๆ ผมก็ไม่กล้าหрокเค้า (พยาบาล) ก็สอนด้วยเพราะว่าเค้าไม่ได้สอนเราโดยตรงคือ แม่สอนเราอีกทีหนึ่ง...การดูแลตอนนี้ส่วนใหญ่คือ เค้าซัพพอร์ตแม่ แม่เค้ามาสอนเราอีกที” (ID3) “มีพยาบาลคนหนึ่งเขามอบอก พ่อเปิดได้เลย เปิดคุยกับลูกเลย เอามือตบ ๆ ลูก เขาก็สอน พุดกับลูกอะไรอย่างนี้ครับ แล้วผมก็เลยทำ...ก็ได้สัมผัสบ้าง กล่อมบ้าง” (ID6) และ “คุณพยาบาลบอกให้คุณพ่อทำแบบนี้ๆ ทำแบบนี้ๆ เอาผ้าอะไรมามัดๆ แล้วก็เอาออก พยาบาลก็บอกทำแล้วลูกก็จะพัฒนาการดีขึ้น อุ้มเค้า คุยกับเค้า โอบกอด...เมื่อวานก็มีบอกให้อุ้มมาอยู่ทางฝั่งซ้ายนะเค้าได้ยินเสียงหัวใจเรา...เปลี่ยนผ้าอ้อมคุณพยาบาลก็สอน” (ID7)

3.4 ได้ช่วยแบ่งเบาภาระของแม่ บิดารับรู้ว่าการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูกเป็นการช่วยเหลือมารดาในการดูแลลูกเท่าที่บิดาจะทำได้ เช่น การนำนมมาส่ง การช่วยซื้อของใช้ต่างๆ และการทำอาหารให้มารดารับประทาน เป็นต้น ซึ่งเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของมารดาในการดูแลลูกได้ ดังคำกล่าวของบิดา ดังนี้ “คุณแม่เหนื่อยมั่งครับ แบบว่าคลอตมาก็ยังเจ็บแผล ยังเหนื่อยยังปวดอะไรอย่างนี้ เราเหมือนแบบเราทำอะไรได้ก็ทำให้ เหมือนแบ่งเบาภาระอะครับ” (ID1) และ “ผมมาผมก็ดูช่วยหยิบนั่นหยิบนี่...ไปซื้อของ ไปซื้อแพมเพิสมาเพิ่ม ซื้อแผ่นรองมาเพิ่ม มาส่งนม...วันแรกที่คลอตออกมาพยาบาลแนะนำว่าหาน้ำหัวปลี หรือว่าน้ำขิง นาน้ำอะไรที่มันกระตุ้นน้ำนม ผมเลยมีความพยายามว่าผมหาโน้นหานี้มาทำให้น้ำนมมาเยอะๆ บางคนมองมาซึ่งมันก็ไม่เหมือนงานบ้านที่ผู้ชายควรจะทำ แต่คือในกรณีผม ผมทำรู้สึกดีใจครับ ดีใจที่เราได้แบ่งเบาเขา เราได้ช่วยเขา (ID12)

3.5 ไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมดูแลลูก บิดาส่วนใหญ่ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูกจะมีความรู้สึกที่ดีแต่อย่างไรก็ตามการทำกิจกรรมเพื่อลูกต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นบิดาบางรายจะมีความรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่กล้าให้การดูแลลูกที่เกิดก่อนกำหนด เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอุ้มหรือสัมผัสลูก เป็นต้น เนื่องจากรู้สึกว่าลูกตัวเล็กจะทำให้ลูกเจ็บ ทำให้ลูกติดเชื้อ และลูกมีอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายอย่าง ดังคำกล่าวของบิดา ดังนี้ “ใจจริงก็อยากทำนะครับแต่กลัวๆ ลูกเจ็บ กลัวทำไม่เป็น คนนี้ผมไม่กล้าเพราะเค้าตัวเล็ก ไม่กล้าทำ...เปลี่ยนผ้าอ้อมมันต้องจับขาเค้ายกขึ้นแล้วก็เซ็ด



กลัวเค้าจะเจ็บครับ แต่เวลาสัมผัสแค่แตะเบาๆ อย่างนี้ครับก็ไม่กลัว” (ID8) “มีสายโน่น สายนี้ สายนั้น เยอะแยะไปหมดเลยครับ...บางที่เราอาจทำแรง เราอาจทำอะไรเสียครับ ก็ยังไม่กล้า กลัวมันโดน เหมือนไปจับโดนของเขา หลุดแล้วบางทีเงาะเข็มไว้โดนมัน ลูกอาจเจ็บครับ” (ID9) และ “ก็มาเล่นกับน้อง พุดคุย จับมือน้องอย่างเดียวนะครับ ยังไม่ได้ทำอะไรครับ...เอานิ้วไปเขี่ยๆ นิ้วเขาอะครับ เพราะเขายังตัวเล็กทำอะไรไม่ได้ กลัวน้องเขาจะติดเชื้อ เพราะน้องเขาไม่แข็งแรงอยู่” (ID10)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดป่วย ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้สึกเมื่อลูกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ วิตกกังวลและกลัว สงสารและเป็นห่วงลูก เป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และดีใจที่ลูกปลอดภัย 2) กิจกรรมที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูก ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์/พยาบาล การสนับสนุนและให้กำลังใจมารดาในการดูแลลูก และการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ และ 3) ความรู้สึกที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูก ได้แก่ มีความสุข รักและอยากทำเพื่อลูก ได้เรียนรู้วิธีการดูแลลูก ช่วยแบ่งเบาภาระของแม่ และไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมดูแลลูก ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความรู้สึกเมื่อลูกเกิดก่อนกำหนด บิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่หลากหลายจากการที่ทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ รู้สึกวิตกกังวลและกลัว เนื่องจากบิดารับรู้ว่าทารกที่เกิดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่าง ๆ ยังเจริญเติบโตและทำงานได้ไม่สมบูรณ์ และแข็งแรงเหมือนกับทารกที่เกิดครบกำหนด จึงทำให้บิดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว รวมทั้งสงสารและเป็นห่วงว่าทารกจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่ปลอดภัย หรืออาจเสียชีวิตได้ ทั้งนี้เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความพิการและพัฒนาการล่าช้า เพราะทารกต้องดำรงชีวิตและปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมรอบกายด้วยระบบการทำงานทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากทารกจะได้รับการกระตุ้นจากแสง เสียง และการสัมผัสที่มากเกินไป รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลและการทำหัตถการต่าง ๆ เกือบตลอดเวลา ทำให้สภาวะหลับตื่นถูกรบกวน ส่งผลให้ทารกเกิดภาวะเครียดและอาจแสดงพฤติกรรมโต้ตอบด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก จึงส่งผลให้บิดามีความรู้สึกต่าง ๆ ดังกล่าวได้ นอกจากนี้บิดายังรู้สึกว่าการที่ทารกที่เกิดก่อนกำหนดเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน เพราะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบรวดเร็ว ไม่เป็นไปตามแผนที่คิดว่าทารกจะคลอดตามกำหนด (ครบกำหนด) สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า การคลอดทารกก่อนกำหนดเป็นสิ่งที่ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน จึงส่งผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ของบิดามารดา ได้แก่ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง รู้สึกกลัวเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารก กลัวการสัมผัสแล้วจะทำให้ทารกติดเชื้อ วิตกกังวลที่อาจต้องแยกจากทารก เป็นต้น^{6-8,15}

อย่างไรก็ตามในด้านความรู้สึกที่ดีของบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกพบว่า บิดามีความรู้สึกดีใจที่ทารกคลอดเพราะได้เห็นหน้าทารกที่รอคอยมานาน และเตรียมความพร้อมในการที่จะดูแลทารก สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยาระยะการคลอดบุตร พบว่า เมื่อทารกคลอดออกมาผู้เป็นบิดาจะมุ่งความสนใจไปที่ทารกแรกเกิด โดยบิดาจะแสดงความรู้สึกปิติยินดี ดีใจสุดขีด ตื่นเต้นที่ได้เห็นบุตรที่ตนรอคอยมานาน และอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก¹⁶ จะเห็นได้ว่าบิดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีความรู้สึกทั้งที่ดีและไม่ดี ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงควรมีความเข้าใจความ



รู้สึกของบิดาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานหรือแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เหมาะสมต่อไป

2. กิจกรรมที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูก บิดารับรู้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย โดยบิดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือมารดาเปลี่ยนผ้าอ้อมและดูแลป้อนนมแก่ทารก และด้านจิตใจ บิดาได้สัมผัสและพูดคุยให้กำลังใจทารกให้หายจากอาการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าทารกสามารถรับรู้ถึงกำลังใจที่ส่งให้ได้ รวมทั้งการสนับสนุนและให้กำลังใจมารดาในการดูแลทารก และการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้เกี่ยวกับการดูแลทารก เช่น อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้นม แผ่นรองซับ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา (father involvement) ของ Lamb¹⁷ ที่กล่าวว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกในระยะหลังบุตรเกิดมีองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ (engagement) การเอื้อให้บิดาสามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการ (accessibility) และการแสดงความรับผิดชอบ (responsibility) ดังการศึกษาที่ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด โดยกล่าวถึงความหมายของการมีปฏิสัมพันธ์ คือ การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของบิดากับภรรยาและบุตร เช่น การอุ้มบุตร การเล่นและพูดคุยกับบุตร การช่วยเหลือภรรยาในการเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น และการแสดงความรับผิดชอบ คือ การให้ทรัพยากรสนับสนุน การให้สวัสดิการต่าง ๆ ทำให้ภรรยาและบุตรเกิดความสุขสบาย เช่น การจัดหารายได้ให้ครอบครัว การจัดหาอุปกรณ์ การจัดเตรียมอาหารของใช้ที่จำเป็นสำหรับภรรยาและบุตรแรกเกิด เป็นต้น¹⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า บิดาส่วนใหญ่ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีความต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมประจำวันให้แก่ทารก เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การให้นมทารก เป็นต้น^{12,19}

สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์/พยาบาลนั้น เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่บิดาส่วนใหญ่ได้สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อบิดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด บิดามีการสอบถามอาการของทารกจากแพทย์หรือพยาบาลอยู่เสมอ แต่ถ้าหากวันไหนไม่สามารถมาเยี่ยมได้ก็จะฝากให้มารดาสอบถามอาการของทารกแทน ทั้งนี้เนื่องจากความรักและความห่วงใยบุตร โดยเฉพาะบุตรเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งทำให้ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพดังที่กล่าวมาข้างต้น บิดาจึงมักจะสอบถามเกี่ยวกับอาการของทารกอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Koliouli et al⁸ ที่ศึกษาประสบการณ์ของบิดาชาวฝรั่งเศสที่มีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า บิดามีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยส่วนใหญ่พึงพอใจในการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชัดเจนและให้ความสำคัญกับบทบาทของบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลทารก และการศึกษาที่พบว่า บิดามารดาที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความต้องการรู้เกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของทารกหรือเด็กป่วย จึงได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์และพยาบาล เช่น การสอบถามอาการของเด็กป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กแก่แพทย์และพยาบาล การรักษาพยาบาลที่ได้รับ คำแนะนำต่าง ๆ ในการดูแลเด็กป่วยเด็ก เป็นต้น โดยส่วนใหญ่บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีความต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพคือ การสื่อสารที่เป็นแบบสองทาง (two-way communication) ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีการตอบสนอง มีปฏิริยาโต้ตอบ หรือมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือความคิดเห็นระหว่างบิดามารดากับบุคลากรทางการแพทย์⁸⁻⁹

3. ความรู้สึกที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูก บิดาส่วนใหญ่มีการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดว่าเป็นสิ่งที่ดี โดยทำให้บิดารู้สึกมีความสุข รักและอยากทำเพื่อลูก รวมทั้งยังรู้สึกว่าได้ช่วยแบ่งเบาภาระของมารดา (ภรรยา) อีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบิดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การป้อนนม การสัมผัสและพูดคุยให้กำลังใจทารกและมารดา (ภรรยา) การสนับสนุนมารดาในการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้เกี่ยวกับการดูแลทารก เป็นต้น บิดารับรู้ว่าเมื่อได้ทำแล้วทารกมีความสุข มีสุขภาพ



ที่ดีขึ้น และช่วยบรรเทาภาวะการดูแลทารกของมารดา (ภรรยา) บ้าง บิดาจึงรู้สึกดีที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะภรรยาคลอดบุตรพบว่า บิดารู้สึกดีใจ ภูมิใจ และมีความสุขมากเมื่อได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรและช่วยเหลือมารดา (ภรรยา) ในการดูแลทารกระยะหลังคลอด¹⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาของ M□relius, Brogren, Andersson and Alehagen²⁰ ที่พบว่า บิดามีความยินดีและเต็มใจที่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยช่วยเหลือมารดา (ภรรยา) ในการให้นมมารดาแก่ทารก เนื่องจากต้องการแบ่งปันความรับผิดชอบร่วมกันกับมารดา และการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐาน (grounded theory methodology) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในบริบทของสังคมไทย พบว่า การทำทุกอย่างเพื่อลูกที่ป่วย เป็นแก่นมโนทัศน์ (core category) ของกระบวนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย²¹ นอกจากนี้บิดายังรับรู้ว่ามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด บิดายังได้เรียนรู้วิธีการดูแลทารกอีกด้วย เช่น การเปลี่ยนอ้อมหรือผ้ารองขับ การอุ้ม การให้นม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บิดามีการเรียนรู้ในการดูแลทารกขณะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเรียนรู้จากมารดาและพยาบาลที่ให้คำแนะนำ เช่น การอุ้ม การให้นม/อาหาร การเปลี่ยนผ้าอ้อม/เสื้อผ้า การสัมผัสและพูดคุยกับทารก เป็นต้น^{12,21} รวมทั้งบิดาที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกยังสามารถค้นคว้าด้วยตนเองเพื่อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรและภรรยาอีกด้วย¹⁸

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี่ยังพบว่า บิดาบางรายมีความรู้สึกที่ไม่ค่อยมั่นใจเมื่อเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งนี้เนื่องจากบิดารับรู้ว่าทารกตัวเล็กและมีอุปสรรคทางการแพทย์หลายอย่าง จึงกลัวว่าอาจทำให้ทารกเจ็บหรือเกิดการติดเชื้อได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะกลัวทารกจะได้รับอันตรายและยังมีทักษะในการดูแลทารกไม่เพียงพอ จึงเพียงแต่ปฏิบัติตามหรือดูแลทารกตามคำแนะนำของพยาบาล¹² แต่แตกต่างจากการศึกษาของ M□relius, Brogren, Andersson and Alehagen²⁰ และ Russell et. al.⁹ ที่ศึกษาประสบการณ์ของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า บิดาต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากพยาบาล ทำให้บิดามีความมั่นใจกับบทบาทของการเป็นบิดาและการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพจึงควรส่งเสริมและให้การสนับสนุนบิดาเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการทำบทบาทของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่อไป

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ ควรนำข้อค้นพบไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้บิดาได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน โดยคำนึงถึงความรู้สึกและความต้องการของบิดาในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถหรือสมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้



References

1. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7(1):e37-e46.
2. Strategy and Planning Division, Public Health Ministry. Public health statistics A.D. 2017 [Internet]. 2018 [cited 2022 July 5]. Available from: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistics60.pdf>. (in Thai)
3. Pongsaranuntakul Y. Nursing care for preterm infants. In: Thampanichawat W, Rungamornrat S, Payakkaraung S, editors. *Nursing care for high-risk neonates*. Bangkok: Pre-one; 2016. p. 36-50. (in Thai)
4. Kolatat T. The effects of prematurity [Internet]. 2016 [cited 2022 July 5]. Available from: <http://www.tmchnetwork.com/node/164>.(in Thai)
5. Smith VC, Stewart J. Discharge planning for high-risk newborns [Internet]. 2020 [cited 2021 January 20]. Available from: <https://www.UpToDate>
6. Ricci SS, Kyle T, Carman S. *Maternity and pediatric nursing*. 3rded. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
7. Merck T, McElfresh PB. Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC, editors. *Wong's nursing care of infants and children*. 11thed. St. Louis: Elsevier Inc;2019.658-77.
8. Koliouli F, Gaudron CZ, Raynaud JP. Life experiences of French premature fathers: a qualitative study. *J Neonatal Nurs* 2016;22(5):244-9.
9. Russell G, Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, et al. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatr* 2014;14:230.
10. Bastani F, Abadi TA, Haghani H. Effect of family-centered care on improving parental satisfaction and reducing readmission among premature infants: a randomized controlled trial. *J Clin Diagn Res* 2015; 9(1):SC04-8.
11. Sukjai K. Single-parent family: the challenge to be overcome in the present Thai society. [Internet]. Office of the Royal Society;2019 [cited 2022 July 5]. Available from: <http://legacy.orst.go.th/wp-content/uploads/2019/05/>.(in Thai)
12. Sarapat P, Fongkaew W, Jintrawet U, Mesukko J, Ray L. Perceptions and practices of parents in caring for their hospitalized preterm infants. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2017; 21(3):220-33.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 2006; 3(2):77-101.
14. Lincoln SY, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications;1985.
15. Baldoni F, Ancora G, Latour JM. Being the father of a preterm-born child: contemporary research and recommendations for NICU staff. *Front Pediatr* 2021;9:724992.
16. Sansiriphun N, Baosoung C, Klunklin A, Kantaruksa K, Liamtrirat S. Experience of first time father during labor and delivery period. *Nursing Journal* 2014;41Suppl:143-57.(in Thai)
17. Lamb ME. The history of research on father involvement. *Marriage Fam Rev* 2000;29(2):23-42.



doi:10.1300/J002v29n02_03

18. Chaina S, Sansiriphun N, and Kantaruksa K. Stress, social support and father involvement during postpartum period. *Nursing Journal* 2015;42(4):85-96.(in Thai)
19. Stefana A, Padovani EM, Biban P, Lavelli M. Fathers' experiences with their preterm babies admitted to neonatal intensive care unit: A multi-method study. *J Adv Nurs* 2018;74(5):1090-8.
20. M□relius E, Brogren S, Andersson S, Alehagen S. Fathers' experiences of feeding their extremely preterm infants in family-centred neonatal intensive care: a qualitative study. *Int Breastfeed J* 2021; 16(1):46.
21. Pongjaturawit Y, Chontawan R, Yenbut J, Sripichyakan K, Harrigan RC. Parent participation in the care of hospitalized young children. *Thai J Nurs Res* 2006;10(1):18-28.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Factors Related to Grief in Bereaved Family Caregivers of Patients with Chronic Diseases

เพชรารมณ์ ใจบุญ¹ ปิยะวรรณ โภคพลารมณ์² อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ²

Petcharaporn Jaiboon¹ Piyawan Pokpalagon² Apinya Siripitayakunkit²

¹นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Master Student, Master of Nursing Science, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Correspondence author: Piyawan Pokpalagon; Email: piyawan.pok@mahidol.edu

Received: December 7, 2022 Revised: March 10, 2023 Accepted: March 29, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัวและระยะเวลาในการดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดการสูญเสียและความเศร้าโศกในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เคยมารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 86 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพของภาวะใกล้ตายและการตาย แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .92, .93 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนแรงค์ ออเดอร์ ผลการศึกษาพบว่าภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย ($r = -.117, p > .05$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = -.161, p > .05$) และระยะเวลาในการดูแล ($r = .029, p > .05$) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ผิดปกติ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 27 ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 60.5 ญาติจะมีการเตรียมความพร้อมและเตรียมใจต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง (Mean=14.84, SD=4.21) อีกทั้งคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=59.33, SD=16.67) ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

คำสำคัญ: ระยะเวลาในการดูแล; การสนับสนุนจากครอบครัว; ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย; คุณภาพของภาวะใกล้ตายและการตาย



Factors Related to Grief in Bereaved Family Caregivers of Patients with Chronic Diseases

Petcharaporn Jaiboon¹ Piyawan Pokpalagon² Apinya Siripitayakunkit²

¹Master Student, Master of Nursing Science, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Correspondence author: Piyawan Pokpalagon; Email: piyawan.pok@mahidol.edu

Received: December 7, 2022 **Revised:** March 10, 2023 **Accepted:** March 29, 2023

Abstract

This study aimed to investigate the relationships among grief, quality of dying and death, family support, and duration of caregiving among bereaved family caregivers of patients with non-cancer chronic diseases. The conceptual framework of this study was based on grief and loss frameworks. A purposive sampling method was utilized to recruit 86 bereaved primary family caregivers of patients with non-cancer chronic diseases who were admitted to secondary Bangkok metropolitan hospitals. Four instruments were employed to collect data: 1) the participant demographic data form; 2) the quality of dying and death questionnaire; 3) the family APGAR questionnaire, and 4) the inventory of complicated grief. The reliability of the questionnaires was established with Cronbach's alpha coefficients and ranged from .92 to .93. Descriptive statistics and Spearman rank-order correlation coefficient were utilized to analyze the data. The results showed no significant correlation between grief and the quality of dying and death ($r=-.117$, $p>.05$), family support ($r=-.161$, $p>.05$), or duration of caregiving ($r=.029$, $p>.05$). Nonetheless, 23 relatives (27%) experienced grief, although 60.5% of relatives were mentally prepared for the patient's death and received high levels of family support (Mean=14.84, SD=4.21). Furthermore, the perceived quality of dying and death was at a moderate level (Mean=59.33, SD=16.67). Consequently, the findings of this study may serve as fundamental information for end-of-life care and support for patients and their families.

Keywords: duration of caregiving; family support; grief in bereaved family; quality of dying and death



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะเศร้าโศกเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด หรือความรู้สึกเมื่อเกิดความสูญเสีย โดยเฉพาะการสูญเสียที่เกิดจากความตายของบุคคลภายในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก¹⁻² ซึ่งอารมณ์เศร้าโศกจะค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป โดยมากมักมีอาการอยู่ไม่เกิน 6 เดือน หรือไม่เกิน 1 ปี ภายหลังจากการสูญเสียหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวกลับสู่ภาวะปกติอาจทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่รุนแรงยาวนานบางรายอาจมีอาการนอนไม่หลับ และเกิดอาการซึมเศร้าในที่สุด³ จากการศึกษาความชุกในการเกิดภาวะเศร้าโศกผิดปกติภายหลังการสูญเสียในบริบทต่างประเทศพบ ร้อยละ 9.8⁴ สำหรับในบริบทประเทศไทยพบร้อยละ 16.2-26.2^{1,5} การดูแลแบบประคับประคองจึงจำเป็น และควรให้การดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมถึงภายหลังการสูญเสีย (bereavement care) เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวบรรเทาอารมณ์เศร้าโศกที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการสูญเสีย⁶

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียของ สโตรีบ และคณะ⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ธรรมชาติของความเครียด (nature of the stressor) 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (interpersonal resources) 3) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (intrapersonal resources) 4) ความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหา (appraisal and coping processes) และ 5) ผลลัพธ์หรือผลกระทบ (outcomes) โดยการเสียชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด (the nature of the stressor) และเกิดผลลัพธ์หรือผลกระทบ (outcomes) ที่ตามมาคือภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (interpersonal resources) ที่เกิดจากการรับรู้ความช่วยเหลือและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของญาติผู้ดูแล⁸ โดยการรับรู้การสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่มากขึ้น^{5,9-10} ในขณะที่คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล (intrapersonal resources) แสดงถึงระดับความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแลต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยในวาระท้าย¹¹ ซึ่งพบว่าการรับรู้คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายที่ดีสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียและเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลได้¹³⁻¹⁴ และจากการทบทวนวรรณกรรมระยะเวลาในการดูแล (duration of caregiving) พบว่าญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาจะปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน¹⁵ และการได้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานขึ้นสามารถช่วยบรรเทาการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติภายหลังการสูญเสียได้¹⁶ ในขณะที่การสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมพร้อมหรือเตรียมใจไว้ก่อนทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียได้มากกว่า¹⁶⁻¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยมะเร็ง^{9-10,18} แต่การศึกษาภาวะเศร้าโศกในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งนั้นยังมีจำนวนน้อย ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นการศึกษาของต่างประเทศ^{2,19} ซึ่งมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิต และการศึกษาปัจจัยคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียซึ่งยังไม่ได้มีการศึกษามากนักในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน - 1 ปี (3-12 เดือน) ภายหลังจากการสูญเสีย เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่ญาติได้ผ่านปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น¹⁸ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อต้องเข้าสู่กระบวนการเจ็บป่วยในวาระท้าย



ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายอย่างสงบและมีคุณภาพการตายที่ดี รวมทั้งปรับปรุงแนวทางการดูแลญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภายหลังการเสียชีวิตให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว และระยะเวลาในการดูแล กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิง โดยผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 3-12 เดือน และเคยมารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยอาศัยหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่า power = .80 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) พิจารณาจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ พบความสัมพันธ์ขนาดเล็ก ($r = -.258, p < .01$)⁵ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ ก่อนการสูญเสียจึงพบความสัมพันธ์ขนาดกลาง ($r = -.415, p < .001$)¹⁰ ซึ่งค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.258 ถึง -.415 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันขนาดเท่ากับ .258 ค่าความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 91 ราย แต่เนื่องจากการศึกษาในช่วงที่มีภาวะระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อการส่งแบบสอบถามกลับ และเอกสารสูญหายระหว่างการติดตามรับส่งแบบสอบถามทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับมา 86 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁰ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (ญาติผู้ดูแล) ดังนี้ 1) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร คู่สมรส หรือเครือญาติ 3) เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต ในช่วง 3-12 เดือน 4) เป็นผู้ดูแลหลักและได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วง 10-14 วันสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต 5) มีเบอร์โทรศัพท์หรือที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 6) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย 7) ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนาม และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ปฏิเสธหรือถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล 2) ผู้ที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ภายหลังการส่งแบบสอบถามอย่างน้อย 1 เดือนติดต่อกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สร้างโดยผู้วิจัยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพการตายและภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย มีข้อความจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วย (โรคประจำตัว) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความผูกพันกับผู้ป่วย อายุของผู้ป่วยขณะเสียชีวิต ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมพร้อมต่อการเสียชีวิต ลักษณะของการเสียชีวิตของผู้ป่วย การได้รับการดูแลเฉพาะจากหน่วยการดูแลแบบประคับประคองหรือหน่วยเยี่ยมบ้าน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ประสบการณ์การสูญเสีย สถานที่ที่ผู้ป่วยเสียชีวิต และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

2. แบบประเมินคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย (The Quality of Dying and Death Questionnaire: QODD) พัฒนาโดย Patrick และคณะ¹² แปลเป็นภาษาไทยโดย จิตใจ ศิริโส²¹ มีข้อความถาม จำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล คือ การได้รับการดูแลควบคุมอาการต่างๆ เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 6 ข้อ 2) ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย คือ การวางแผนและจัดการเหตุการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยที่ค้างคาให้เสร็จสิ้นก่อนตาย มีทั้งหมด 10 ข้อ 3) ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย คือ การเลือกลักษณะการตายตามความต้องการของผู้ป่วยก่อนที่จะตายจริง รวมถึงสถานที่ที่ต้องการขณะตาย มี 3 ข้อ 4) ด้านครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรักความห่วงใยต่อกัน การดูแลและการใช้เวลาที่เหลือในช่วงสุดท้ายของชีวิตร่วมกัน มีทั้งหมด 5 ข้อ 5) ด้านการรักษาที่ต้องการ คือ การสื่อสารการร่วมปรึกษา ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพ ในการวางแผนการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว มีทั้งหมด 3 ข้อ 6) ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล คือ การเคารพและให้เกียรติ การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การเข้าใจถึงความเป็นตัวตนและธรรมชาติของผู้ป่วย มีทั้งหมด 4 ข้อ ส่วนข้อ 32-33 เป็นการประเมินความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ทั้งหมด ส่วนข้อ 32-33 เป็นการประเมินความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ทั้งหมด ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิตและขณะเสียชีวิต ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเมินความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ แบ่งเป็น 0-5 คะแนน (0 คะแนน คือ ไม่เคยเลย และ 5 คะแนน คือ ทุกครั้ง) แต่ละข้อความจะต้องมีการให้คะแนนระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ด้วย แบ่งระดับคะแนนเป็น 0-10 คะแนน (0 คะแนน คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นแย่มากที่สุด และ 10 คะแนน คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นดีที่สุด) ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ต่อเหตุการณ์นั้นๆ ว่าเคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือไม่ และประเมินระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น มีข้อความถามจำนวน 15 ข้อ (ข้อ 17-31) ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือกตอบ คือ “ใช่” หมายถึง เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และ “ไม่ใช่” หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้น แต่ละข้อความจะต้องมีการให้คะแนนระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ด้วย แบ่งระดับคะแนนเป็น 0-0 คะแนน (0 คะแนนคือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นแย่มากที่สุด และ 10 คะแนน คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นดีที่สุด) ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ทั้งหมดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย มีข้อความถามจำนวน 2 ข้อ (ข้อ 32-33) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งระดับคะแนนเป็น 0-10 คะแนน (0 คะแนนคือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นแย่มากที่สุด และ 10 คะแนน คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นดีที่สุด) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน แปลผลคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย .00-29.99 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำมากหรือแย่มาก คะแนนเฉลี่ย 30.00-69.99 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 70.00-100 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับสูงมากหรือดีมาก เมื่อนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92

3. แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG) พัฒนาโดย ไพรเกอร์สัน และคณะ²² ฉบับแปลภาษาไทยโดยอรสา ไชยยอง¹ มีข้อความถาม 19 ข้อ ในแต่ละข้อความมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน (0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย และ 4 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ) การแปลผลคะแนนคิดจากคะแนนรวมทั้งหมดซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-76 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ เมื่อนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

4. แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัวของ สมิลส์ไดน์และคณะ⁶ แปลภาษาไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรม²³ มีข้อความถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยพอใจ และ 4 คะแนน หมายถึง พอใจเสมอหรือมากที่สุด) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-20 คะแนน



คะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก แปลผลคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00–6.99 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 7.00–13.99 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 14.00–20 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับสูง เมื่อนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ COA. MURA2019/639, COA. MURA2019/789, COA. MURA2020/850 และ U017q/62 (หมายเลขหนังสือรับรอง 089 และ 119) ตามลำดับ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบที่มพยาบาลวิชาวชิพท์ให้การดูแลระดับประกันของโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเป็นผู้ช่วยวิจัยประสานงานในการติดต่อญาติผู้ดูแลของผู้เสียชีวิต ผู้ช่วยวิจัยติดตามภายหลังการสูญเสีย การแนะนำโครงการวิจัยและผู้วิจัยเบื้องต้น อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามข้อมูลเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย และขออนุญาตให้ผู้วิจัยเป็นผู้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเป็นลำดับต่อไป ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้งพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด โดยหากไม่พร้อมให้ข้อมูล ยังคงมีความรู้สึกหรืออารมณ์เศร้าโศกเสียใจไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ สามารถปฏิเสธหรือออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามให้ทางไปรษณีย์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนสิงหาคม 2563 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับที่มพยาบาลวิชาวชิพท์ให้การดูแลระดับประกันของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเป็นผู้ช่วยวิจัยในการประสานติดต่อญาติผู้ดูแลของผู้เสียชีวิต และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยโทรศัพท์แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นส่งแบบสอบถามให้ทางไปรษณีย์พร้อมแนบซองเปล่าติดแสตมป์จ่ายที่อยู่ผู้วิจัยเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามภายหลังส่งเอกสารไปแล้วในสัปดาห์ที่ 2-4 เพื่อตรวจสอบว่าเอกสารถึงผู้รับเรียบร้อยพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบกลับทางไปรษณีย์และดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลที่ไต่ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนแรงค์ ออเดอร์ (Spearman rank-order correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ส่งแบบสอบถามทั้งหมด 115 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างตอบกลับมา 86 ราย อัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 75 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการวิจัย จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 จำแนกเป็นกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธและถอนตัวหลังได้รับแบบสอบถามเนื่องจากไม่สบายใจหลังจากอ่านแบบสอบถามจำนวน 5 ราย โทรศัพท์ติดต่อไม่ได้ จำนวน 3 ราย ไม่ส่งแบบสอบถามกลับ จำนวน 20 ราย และส่งแบบสอบถามกลับแต่ไม่ถึงผู้วิจัย จำนวน 1 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 50.93 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.70 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.00 ประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย ร้อยละ 39.50 มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 0-150,000 บาท รายได้เฉลี่ย 30,004.70 บาท มีฐานะเท่ากับ 20,000 บาท โดยมีรายได้เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 40.70 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว ร้อยละ 59.30 ส่วนในรายที่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 บุคคลที่เสียชีวิตส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 66.30 โดยมีความผูกพันกันมาก คิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีการเตรียมพร้อมและเตรียมใจไว้บ้างต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60.50 ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างตลอดเวลา ร้อยละ 46.50 และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียของบุคคลภายในครอบครัวมาแล้ว ร้อยละ 76.70 โดยอายุของผู้เสียชีวิตอยู่ระหว่าง 21-99 ปี เฉลี่ย 76.05 ปี ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ คิดเป็นร้อยละ 68.60 ได้รับการดูแลจากหน่วยดูแลแบบประคับประคอง (หน่วยเยี่ยมบ้าน) ร้อยละ 64 และส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ร้อยละ 97.70 และระยะเวลาหลังการเสียชีวิตตั้งแต่ 3-12 เดือน เฉลี่ย 7.53 เดือน มีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1-48 เดือน เฉลี่ย 14.47 เดือน (SD=13.36) มีฐานะเท่ากับ 10.00 เดือน

คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเป็นการประเมินประสบการณ์ของเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้เสียชีวิตในช่วง 10-14 วัน ก่อนเสียชีวิตและความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล คิดคะแนนโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยรายด้าน จากข้อมูลพบว่า คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.33 (SD=16.67) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายในระดับดีมี 2 ด้าน คือ ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตายและด้านครอบครัว คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ 70 คะแนน และคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายในระดับปานกลางมี 4 ด้าน คือ ด้านการรักษาที่ต้องการ คะแนนเฉลี่ย 60.27 ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล คะแนนเฉลี่ย 61.02 ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย คะแนนเฉลี่ย 60 และด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล คะแนนเฉลี่ย 48.23

การสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว คะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 14.84 (SD=4.21) หากพิจารณารายด้านผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูงที่สุด ได้แก่ ครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันในช่วงวาระท้ายของผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ย 3.14 (SD=.91) การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในช่วงเวลาที่มีปัญหา คะแนนเฉลี่ย 3.05 (SD=.97) วิธีการที่ครอบครัวพูดคุยกันในเรื่องต่างๆ และแก้ปัญหาด้วยกัน คะแนนเฉลี่ย 2.95 (SD=.94) ครอบครัวแสดงความรักและสนใจความรู้สึก คะแนนเฉลี่ย 2.90 (SD=.93) และการยอมรับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ หรือทำสิ่งใหม่ ๆ เป็นความพึงพอใจที่น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.80 (SD=.97)

ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย คะแนนเฉลี่ย 16.87 คะแนน (SD=13.62) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 73 และมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียอยู่ในเกณฑ์ที่ผิดปกติ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 27 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง (n = 86)

ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ปกติ (0-24 คะแนน)	63	73
ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ผิดปกติ (≥ 25 คะแนน)	23	27

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย ($r = -.117$, $p > .05$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = -.161$, $p > .05$) และระยะเวลาในการดูแล ($r = .029$, $p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาการดูแล และภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปร	ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย	
	r_s	p-value
1) คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย	-.117	.142
2) การสนับสนุนจากครอบครัว	-.161	.069
3) ระยะเวลาการดูแล	.029	.397

r_s = Spearman rank correlation

การอภิปรายผล

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ปกติ ร้อยละ 73 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่าญาติมีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดี โดยในการศึกษานี้พบว่าญาติมีการเตรียมความพร้อมและมีการเตรียมใจไว้บ้างต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ร้อยละ 82.60 และลักษณะการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ร้อยละ 68.60 ญาติมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างนานโดยเฉลี่ยระยะเวลาการดูแล 14.47 เดือน ทำให้ญาติได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยในช่วงวาระท้ายของผู้ป่วย การเสียชีวิตที่เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและผู้ดูแลได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายญาติผู้ดูแลจึงมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียปกติ สามารถปรับตัวหรือยอมรับความสูญเสียและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา ไชยอง¹ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.20 มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการจากไปของบุคคลใกล้ชิด จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักส่วนใหญ่มีภาวะอารมณ์เศร้าโศกที่ ร้อยละ 83.80

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่าญาติมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติสูงถึงร้อยละ 27 ซึ่งสูงกว่าความชุกของภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ทำการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในบริบทของต่างประเทศและในประเทศไทย^{1,4-5} เนื่องจากในกลุ่มภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียผิดปกตินี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลจากหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง/

หน่วยเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 65.20 และไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมและไม่คาดคิดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงไม่ได้เตรียมใจไว้ ร้อยละ 91.30 ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตจึงมีภาวะเศร้าโศกผิดปกติ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้^{1,24} ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมในญาติอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั้งที่

การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย ($r=-.117, p>.05$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($r=-.161, p>.05$) และระยะเวลาในการดูแล ($r=.029, p>.05$) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย เนื่องจากในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งการดำเนินการของโรคค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ลักษณะการเสียชีวิตเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ร้อยละ 68.60 ประกอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 97.70 อาจส่งผลทำให้การรับรู้คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายของญาติผู้ดูแลโรคเรื้อรังไม่ชัดเจน และภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียเกิดได้จากหลายปัจจัยและเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล การรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตจึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้ในทางบวกและทางลบ ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่าการรับรู้คุณภาพการตายเพียงปัจจัยเดียวที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลสัน และคณะ¹⁴ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาในญาติผู้ป่วยมะเร็งของการ์ริโต้และไพเรเกอร์สัน¹³ ที่พบว่าญาติผู้ป่วยมะเร็งที่มีการรับรู้คุณภาพการตายที่ดีสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียได้และสามารถเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากในผู้ป่วยมะเร็งญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงการดำเนินโรคและอาการที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเมื่อถึงวาระที่ตายแล้วจึงทำให้ผู้ดูแลปรับตัวรับรู้ถึงการดูแลและการจัดการอาการที่ผู้ป่วยได้รับจากทีมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยต้องเสียชีวิตจึงมีการรับรู้คุณภาพการตายที่ดีและไม่เกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย

การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียเนื่องจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีภาวะเศร้าโศกปกติ และในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล จึงมีเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้การดูแลตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้การสนับสนุนด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากการสนับสนุนจากครอบครัวเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของโรเมโร และคณะ¹⁹ และริงตาลและคณะ²⁵ จึงทำให้ได้ผลการศึกษาแตกต่างออกไปจากการศึกษาของซูย์ และคณะ⁹ โทมัส และคณะ¹⁸ และโทมาร์กเคน และคณะ¹⁰ เนื่องจากการศึกษาเหล่านี้ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและพบว่า ถ้าญาติได้รับการสนับสนุนภายในครอบครัวไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ยาวนานขึ้น และญาติรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติก่อนการสูญเสียจริง ($r=-.415, p<.001$)

ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย อาจเนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยค่อนข้างยาวนาน ญาติผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-48 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 14.47 การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ญาติหรือผู้ดูแลได้มีโอกาสเตรียมใจและเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยจึงไม่ทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกผิดปกติ¹⁶⁻¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการปรับตัวในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า ผู้ดูแลจะปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน¹⁵ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 66 มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวมาก่อน จึงสามารถปรับตัวและเผชิญการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ไม่ว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจะมากหรือน้อยญาติผู้ดูแลก็สามารถปรับตัวและเผชิญความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียได้จนเข้าสู่ภาวะปกติ ผลการศึกษาจึงแตกต่างออกไปจากการศึกษาที่ผ่านมาของซูย์ และคณะ⁹ ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ

การดูแลแบบประคับประคองอยู่แล้ว ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจึงทำให้ญาติมีโอกาสปรับตัวและสามารถเผชิญ การสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไม่ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยตรงอาจมีผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลเนื่องจากไม่เข้าใจข้อความถาม และทำการศึกษาในช่วงมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อการส่งแบบสอบถามกลับและเอกสารสูญหายระหว่างการติดตามรับส่งแบบสอบถามทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับมา 86 คน อัตราการตอบกลับแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งอาจส่งผลต่อการศึกษาที่ไม่มี ความสัมพันธ์กันได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ผิดปกติ ร้อยละ 27 ควรมีการประเมินติดตามให้การช่วยเหลือและปรับปรุงคุณภาพบริการของหน่วยงานให้ เป็นไปตามมาตรฐานต่อไป ควรมีการจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการวางแผนให้การดูแล รวมทั้งประเมิน ภาวะทางจิตใจ ความเครียด และประเมินภาวะอารมณ์เศร้าโศกต่อการสูญเสียก่อนเกิดการสูญเสียจริง เพื่อวางแผน ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในญาติผู้ดูแลที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย

ด้านการศึกษา ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมพยาบาลให้ ตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวที่อยู่ในวาระท้ายและวางแผนการ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่สมาชิกในครอบครัว ดูแลแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ญาติทั้งในช่วงระยะเวลาเจ็บป่วยและภายหลังการเสียชีวิต

ด้านการวิจัย ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้ตลอดเวลาควรมีการ เก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหลังการสูญเสียผู้ป่วยไปแล้วตั้งแต่ 6 เดือน 12 เดือน และ 18 เดือน เพื่อติดตาม ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ และควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย เพิ่มเติม เช่น ประสบการณ์สูญเสียบุคคลในครอบครัว ความผูกพัน เป็นต้น รวมทั้งควรศึกษาในหลากหลายสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มากขึ้น

References

1. Yaiyong O. Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi Province (Dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University;2010.
2. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord.*2010;127(1-3):352-8. doi:10.1016/j.jad.2010.06.008
3. Kumkwan Y, Chaiyawut P. Preparation of caregivers to promote death, dignity, in the end of life patients *Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology).*2011;11(2):125-38.(in Thai)
4. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;212:138-49. doi:10.1016/j.jad.2017.01.030
5. Wanna R. Prevalance of complicated grief and associated factors in psychiatric outpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Chulalongkorn University;2014.



6. Artsanthia J, Pomthong R. Nurses'role: case study of psychological care for caregivers of patients with terminal illness. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*.2018;19(1):1-8.
7. Stroebe MS, Folkman S, Hansson RO, Schut H. The prediction of bereavement outcome: development of an integrative risk factor framework. *Soc Sci Med*.2006;63(9):2440-51. doi:10.1016/j.socscimed.2006.06.012
8. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function. *The Journal of family practice* 1982;15(2):303-11.
9. Chiu YW, Yin SM, Hsieh HY, Wu WC, Chuang HY, Huang CT. Bereaved females are more likely to suffer from mood problems even if they do not meet the criteria for prolonged grief. *Psychooncology*. 2011;20(10):1061-8.doi:10.1002/pon.1811
10. Tomarken A, Holland J, Schachter S, Vanderwerker L, Zuckerman E, Nelson C, et al. Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psychooncology*. 2008;17(2):105-11. doi:10.1002/pon.1188
11. KIM M, CHO C, LEE C. A concept analysis of quality of dying and death (qodd) for non-cancer patients: from the perspective of palliative care. *Asian Journal of Human Services*.2015;9:96-106.
12. Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR. Evaluating the quality of dying and death. *Journal of Pain and Symptom Management*.2001;22(3):717-26.
13. Garrido MM, Prigerson HG. The end-of-life experience: modifiable predictors of caregivers' bereavement adjustment. *Cancer*.2014;120(6):918-25.doi:10.1002/cncr.28495
14. Wilson DM, MacLeod R, Houttekier D. Examining linkages between bereavement grief intensity and perceived death quality. *OMEGA - Journal of Death and Dying*.2016;74(2):260-74.doi:10.1177/0030222815598442
15. Ckumdee S, Arpanantikul M, Sirapo-ngam Y. Family Caregivers' Adjustment Problems in Caring for Stroke Patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014;29(4):45-63.(In Thai)
16. Sathianphattharanan R. Loss experiences of spouses after dying of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Chulalongkorn University;2014.
17. Groot MHD, Keijser JD, Neeleman J. Grief shortly after suicide And natural Death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.2006;36(4):418-31.
18. Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage*.2014;47(3):531-41.doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022
19. Romero MM, Ott CH, Kelber ST. Predictors of grief in bereaved family caregivers of person's with Alzheimer's disease: a prospective study. *Death Stud*.2014;38(6-10):395-403.doi:10.1080/07481187.2013.809031
20. Sombutteera K, Thavornpitak Y. Response rate and factors associating mailed questionnaire response rate in nursing sciences and public health research. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*.2015;15(1):105-13.
21. Siriso J. selected factors related to the quality of death of person with terminal cancer perceived by family caregivers. Bangkok: Chulalongkorn University;2016.
22. Prigerson HG, ewskib PKMlj, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczkaa A, et al. Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*.1995;59:65-79.



23. Malathum P. A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults. USA: The University of Texas at Austin;2001.
24. Wattanatornman S. Grief and Bereavement: The Nursing Role. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017;10(1):13-21.(in Thai)
25. Ringdal GI, Jordhøy MS, Ringdal K, Kaasa S. Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. Journal of Pain and Symptom Management.2001;22(6):1016-26.



ผลของโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการคงอยู่
ของความรู้และทักษะในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน:
กรณีศึกษาตำบลหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Effect of a Basic Life Support Training Program on the Acquisition of
Knowledge and Skills among Village Health Volunteers: A Case Study of a
Northeastern Sub-district

เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง¹ อรทัย บุญชูวงศ์¹ ณัฐนันท์ คำพิริยะพงษ์¹ ฉันทวรรณ วิชัยพล¹

Penpuk Chaisongmuang¹ Orathai Boonchuwong¹ Nattanun Kumpiriyapong¹ Chantawan Vichaipon¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

¹Faculty of Nursing, Ubonratchathani University

Correspondence author: Penpuk Chaisongmuang; Email: penpuk.c@ubu.ac.th

Received: October 26, 2022 Revised: December 11, 2022 Accepted: February 25, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยรูปแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะภายหลังได้รับโปรแกรมในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะ และโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น ดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแผนการสอนของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และติดตามวัดการคงอยู่ของความรู้และทักษะหลังจากได้รับโปรแกรม 6 เดือน ระหว่างเดือนเมษายน – ตุลาคม 2564 ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างก่อน-หลังอบรมทันที และระหว่างหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังได้รับโปรแกรมสอนทันที และหลังการทดลอง 6 เดือน พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะในการวิจัย การวัดผลความรู้ และทักษะหลังได้รับโปรแกรมสอน ควรวัดผลซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อตรวจสอบการคงอยู่ของความรู้และทักษะ และกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะเป็นระยะ

คำสำคัญ: การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน; ภาวะหัวใจหยุดเต้น; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



The Effect of a Basic Life Support Training Program on the Acquisition of Knowledge and Skills among Village Health Volunteers: A Case Study of a Northeastern Sub-district

Penpuk Chaisongmuang¹ Orathai Boonchuwong¹ Nattanun Kumpiriyapong¹ Chantawan Vichaipon¹

¹Faculty of Nursing, Ubonratchathani University

Correspondence author: Penpuk Chaisongmuang; Email: penpuk.c@ubu.ac.th

Received: October 26, 2022 **Revised:** December 11, 2022 **Accepted:** February 25, 2023

Abstract

The objective of this one-group, pre- and post-test study was to examine the effect of the basic life support program on the acquisition of knowledge and skills of village health volunteers. The sample consisted of 30 community health volunteers from a sub district in northeastern Thailand. The research instruments consisted of a personal information questionnaire, quiz, skills assessment, and basic(CPR) training programs. Learning activities based on the lesson plans of the basic life support program were used in this experiment. The persistence of acquired knowledge and skills were evaluated six months after completing the program, which was between April and October 2021. The results demonstrated a statistically significant difference between the mean scores of CPR knowledge and skills before and after the implementation of the program. There was a statistically significant difference between mean scores six months after the program and immediately after participation. The evaluation should be conducted more than one time to ensure that knowledge and skills are retained. A policy to promote continuous training so as to maintain knowledge and skills should be established.

Keywords: basic life support; cardiac arrest; village health volunteer

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (sudden cardiac arrest) ส่งผลให้การสูบฉีดเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ หยุดชะงัก ทำให้ผู้ป่วยหมดสติ ไม่มีชีพจร และเสียชีวิตหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างทันท่วงที ซึ่งภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาล (out-of-hospital cardiac arrest) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สำคัญสาเหตุหนึ่ง โดยพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจาก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) รวมถึงสาเหตุอื่นๆ เช่น การมีสิ่งอุดตันทางเดินหายใจ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดที่ปอด การได้รับยาหรือสารพิษเกินขนาด อุบัติเหตุต่างๆ การจมน้ำหรือไฟฟ้าช็อตหรือฟ้าผ่า เป็นต้น¹

ผลกระทบภายหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาล คือ การเสียชีวิต แต่จากการศึกษาของ Daya และคณะ² พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพตามขั้นตอนห่วงโซ่การรอดชีวิต (chain of survival) จะเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ร้อยละ 50 ซึ่ง American Heart Association¹ ได้กำหนดแนวทางการฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาลตามขั้นตอนห่วงโซ่การรอดชีวิต (chain of survival) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประสบเหตุการณ์ฉุกเฉินภาวะหัวใจหยุดเต้น และแจ้งระบบตอบรับฉุกเฉิน ขั้นตอนที่ 2 การกวดหัวใจที่มีคุณภาพอย่างทันท่วงที ขั้นตอนที่ 3 การฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าอย่างรวดเร็ว ขั้นตอนที่ 4 การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานและขั้นสูง และขั้นตอนที่ 5 การช่วยชีวิตขั้นสูงและการดูแลฟื้นฟูภายหลังจากแก้ไขภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งการช่วยชีวิตในขั้นตอนที่ 1-3 ผู้ที่มีบทบาทช่วยเหลือ คือ บุคคลที่พบเห็นเหตุการณ์ ต้องทำหน้าที่ประเมินสถานการณ์และแจ้งระบบตอบรับฉุกเฉิน กวดหัวใจและใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจกรณีที่มีการติดตั้งในบริเวณใกล้เคียงกับที่เกิดเหตุให้เร็วที่สุด ซึ่งการช่วยเหลือจะดำเนินต่อไปจนกระทั่งมีผู้ให้บริการทางการแพทย์เข้ามาหรือกระทั่งผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว และประเทศไทยนำใช้หลักการดังกล่าวเช่นเดียวกัน³⁻⁴

ปัจจุบันประเทศไทยเริ่มต้นตัวรณรงค์ให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น แต่ยังไม่พบการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์และแพร่หลายมากนัก ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นยังคงจำกัดอยู่ในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพเป็นหลัก เช่น การศึกษาของ Tippayanate และคณะ⁵ ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขนักเรียนมัธยม (อสสม.) ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บและฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่า กลุ่มอาสาสมัครมีระดับความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้นแตกต่างจากก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisongmuang & Pearkoa⁶ ที่ทำการศึกษากลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีทักษะการช่วยเหลือนขั้นพื้นฐานแตกต่างจากก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า การวัดผลลัพธ์ความรู้และทักษะหลังได้รับโปรแกรมสอน ควรมีการวัดผลซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อเป็นการตรวจสอบการคงอยู่ของความรู้และทักษะ ในส่วนของการศึกษาวิจัยในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ พบการศึกษาของ Thrakul และคณะ⁷ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าคะแนนความรู้ภายหลังจากการอบรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการสอนที่สร้างการมีส่วนร่วมในการฝึกฝนทักษะ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Partiprajak⁸ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและทักษะกวดหัวใจในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี โดยมีข้อเสนอแนะว่า ควรเน้นการให้ความรู้ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการกวดหัวใจ และผู้สอนควรเน้นทักษะกวดหัวใจด้วยความลึกที่เพียงพอและความเร็วที่เหมาะสม จึงจะนำสู่ผลลัพธ์ของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ในส่วนของการศึกษาการคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ พบการศึกษาของ Pande และคณะ⁹



ที่ทำการศึกษาคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 พบว่า 1 ปี หลังการฝึกอบรม มีนักศึกษาเพียงร้อยละ 7 ที่สามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพได้ครบทั้ง 7 ขั้นตอน และ ร้อยละ 74 สามารถปฏิบัติทักษะได้เพียง 3 หรือ 4 ขั้นตอน และมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะ เป็นระยะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruijie¹⁰ ที่ทำการศึกษาคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ 1 ปีและ 2 ปี ในนักศึกษาแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการอบรม 1 ปีและ 2 ปี มีนักศึกษาเพียงร้อยละ 2 และร้อยละ 5 ที่ยังสามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับการคงอยู่ของความรู้และทักษะยังไม่ปรากฏเป็นที่ประจักษ์มากนัก พบเพียงการศึกษาของ Partiprajak & Thongpo¹¹ พบว่า 3 เดือนหลังการอบรม นักศึกษาพยาบาลมีระดับความรู้และการรับรู้สมรรถนะของตนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นถึงการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาล และสถานการณ์การตื่นตัวรุนแรงเพื่อให้ เกิดความรู้และทักษะดังกล่าวในประชาชนทั่วไปและบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงการคงอยู่ของความรู้และทักษะภายหลังการ ฝึกอบรม ที่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นรูปธรรมในเชิงประจักษ์มากนัก จึงเป็นที่มาและความสำคัญของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเล็งเห็นว่า การเผยแพร่ให้ความรู้และการติดตามประเมินการคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็น ประเด็นสำคัญที่จะช่วยพัฒนาการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาลได้ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านนั้น เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีโอกาสเป็นผู้ประสบเหตุหรือได้รับการแจ้งเหตุโดยตรงจากคนในชุมชน สามารถเข้าถึงสถานที่เกิดเหตุได้เร็วและเริ่มช่วยชีวิตตามขั้นตอนของห่วงโซ่การรอดชีวิตได้ ดังนั้นการศึกษาวิจัยการคงอยู่ของ ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนา คุณภาพการพยาบาลผู้บาดเจ็บและฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

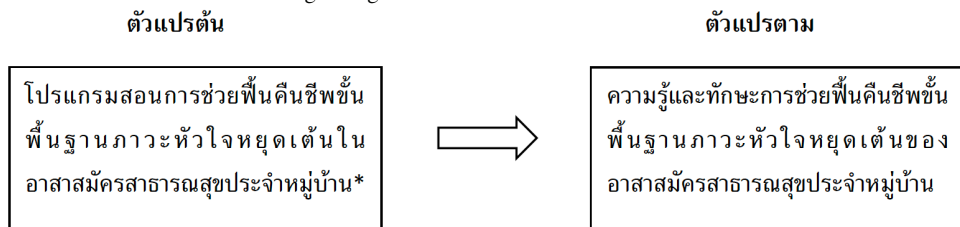
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะในอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขหลังจากได้รับโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะ การช่วยเหลือนขั้นพื้นฐานแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม
2. อาสาสมัครสาธารณสุขหลังจากได้รับโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และ มีทักษะ ไม่แตกต่างกับหลังได้รับโปรแกรมทันที

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ ใช้แนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิต (chain of survival) โดยหลักการช่วยชีวิตในขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้น ตอนที่ 3 มาใช้ในการสอนการช่วยเหลือนขั้นพื้นฐานในภาวะหัวใจหยุดเต้น ภายใต้โปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะ หัวใจหยุดเต้น นำใช้จากงานวิจัยของ Chaisongmuang & Pearkoa⁶ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



โปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น ประกอบด้วย

1. คู่มือประกอบการสอนสำหรับทีมผู้วิจัย เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น
2. คู่มือประกอบการเรียนสำหรับผู้เรียน เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น
3. สื่อนำเสนอภาพนิ่งสำหรับผู้เรียน
4. สื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้เรียน
5. หุ่นจำลองฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับการฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ
6. แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังเรียนเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น
7. แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยรูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.โนนรัง อ.เขื่องใน จ.อุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.โนนรัง อ.เขื่องใน จ.อุบลราชธานี จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อยู่ในวาระการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เป็นผู้ไม่เคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมาก่อน หรือผ่านการอบรมมาแล้วมากกว่า 1 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกันและทิศทางทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (one tailed test)¹² ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 7 คน อย่างไรก็ตามอ้างอิงถึงข้อเสนอแนะเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงทดลองทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ว่า ควรมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 15 คน¹³ ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน สำหรับศึกษาเพื่อทดสอบโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น และ ทักษะคิดต่อการเรียนรู้

1.2 แบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น จากงานวิจัยของ Chaisongmuang & Pearkoa⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบบปรนัย 4 ตัวเลือก ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence) อยู่ระหว่าง .6-1 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .79 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง โดยการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ผลการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .83 จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

1.3 แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของสมาคมแพทย์โรคหัวใจสหรัฐอเมริกา (checklist) ประกอบด้วย 1) การประเมินทักษะรายด้าน คือ การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย การโทรแจ้งเหตุการณ์แพทย์ฉุกเฉิน ตำแหน่งการวางมือเพื่อกดนวดหัวใจ ความลึกในการกดนวดหัวใจ จังหวะกดนวดหัวใจและ 2) การประเมินการปฏิบัติในภาพรวมว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น จากงานวิจัยของ Chaisongmuang & Pearkoa⁶ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1 ประกอบด้วย

2.1 คู่มือประกอบการสอนสำหรับทีมผู้วิจัย เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น คือ คู่มือประกอบการสอน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) แผนจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ขอบเขตเนื้อหา สื่อการสอนและอุปกรณ์ ขั้นตอนการจัดกิจกรรม และการประเมินผล 2) คู่มือประกอบการเรียนสำหรับผู้เรียน 3) สื่อนำเสนอภาพนิ่งสำหรับผู้เรียน 4) แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้เรียน 5) แบบประเมินทักษะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานฉบับภาษาไทย

2.2 คู่มือประกอบการเรียนสำหรับผู้เรียน เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื้อหาประกอบด้วย 1) ภาวะหัวใจหยุดเต้น 2) ไปกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงของตนเองและคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น 3) ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 4) การใช้งานเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าจากภายนอกร่างกายแบบอัตโนมัติ 5) แหล่งค้นคว้าความรู้เพิ่มเติม

2.3 สื่อนำเสนอภาพนิ่งสำหรับผู้เรียน ประกอบด้วย ภาพสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในที่สาธารณะและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

2.4 สื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้เรียน เรื่องภาวะหัวใจหยุดเต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ความยาว 10 นาที เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความหมายของภาวะหัวใจหยุดเต้น 2) สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น 3) ผลกระทบจากภาวะหัวใจหยุดเต้น 4) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น 5) อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจหยุดเต้น 6) ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 7) วิธีการกดนวดหัวใจและ 8) วิธีการใช้งานเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าจากภายนอกร่างกายแบบอัตโนมัติ (AED)

2.5 หุ่นจำลองฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับการฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ครั้งที่ 1 การให้โปรแกรมสอนและประเมินความรู้และทักษะหลังอบรมทันที ดังนี้

1) ทดสอบความรู้และทักษะก่อนเรียนและตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2) ให้โปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตามขั้นตอนในแผนการจัดการเรียนรู้ ดังนี้

- ให้ผู้เรียนดูสื่อนำเสนอภาพนิ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในสถานการณ์ต่าง ๆ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเพื่อเป็นการสร้างความสนใจ และตั้งคำถามชวนผู้เรียนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ว่าเคยมีประสบการณ์หรือร่วมอยู่ในเหตุการณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือไม่

- ให้ผู้เรียนดูสื่อวีดิทัศน์นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของภาวะหัวใจหยุดเต้น สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ผลกระทบที่ตามมาจากการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

- ให้ผู้เรียนทำกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงของตนเอง คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

- ให้ผู้เรียนดูสื่อวีดิทัศน์นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจหยุดเต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

- ชักชวนผู้เรียนทบทวนและสรุปขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยขออาสาสมัครผู้เรียน 1 - 2 ท่านเป็นตัวแทนสรุปเพื่อทบทวนความเข้าใจร่วมกัน

- ดำเนินการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในกลุ่มย่อยให้แก่ผู้เรียน ด้วยการจำลองสถานการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นสำหรับกรณีผู้ช่วยเหลือ 1 คน และ 2 คน

3) การวัดและประเมินผลด้านความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ครั้งที่ 1 (หลังอบรมทันที)



- ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบความรู้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น
- ทีมผู้วิจัยอยู่ประจำที่ฐานพร้อมหุ่นจำลองฝึกทักษะจำนวน 4 ฐาน ทำการทดสอบทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นรายบุคคล โดยภายหลังจากการทดสอบเสร็จสิ้นในแต่ละราย หากผู้เรียนรายใดไม่ผ่านเกณฑ์ทักษะผู้วิจัยประจำฐานจะทำการสะท้อนผลการทดสอบและให้ข้อเสนอแนะวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 2 การวัดและประเมินผลการคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังทดลอง 6 เดือน ดังนี้

- ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบความรู้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น
- ทีมผู้วิจัยอยู่ประจำที่ฐานพร้อมหุ่นจำลองฝึกทักษะจำนวน 4 ฐาน ทำการทดสอบทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นรายบุคคล โดยภายหลังจากการทดสอบเสร็จสิ้นในแต่ละราย หากผู้เรียนรายใดไม่ผ่านเกณฑ์ทักษะผู้วิจัยประจำฐานจะทำการสะท้อนผลการทดสอบและให้ข้อเสนอแนะวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง และฝึกปฏิบัติจนผ่านเกณฑ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for windows รายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบการแจกแจงของประชากร โดยการใช้สถิติทดสอบคือ Shapiro – Wilks Test มีการแจกแจงของประชากรเป็นแบบโค้งปกติ และใช้สถิติทดสอบสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างก่อน-หลังการทดลองทันที และระหว่างหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 เดือน
3. ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ การทดสอบความแตกต่างของทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างก่อนและหลังการทดลองทันที และระหว่างหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 เดือน โดยใช้สถิติ The McNemar test เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันและมีลักษณะข้อมูลแบบ Dichotomous

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีหมายเลข ใบรับรอง UBU – REC – 18/2563 วันที่ให้ใบรับรอง (ฉบับแรก) 15 มิถุนายน 2563 และ วันที่ให้ใบรับรอง (ฉบับต่ออายุ) วันที่ 17 มิถุนายน 2564 จึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยขออนุญาตการทำวิจัยในพื้นที่ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช้างหวัดตุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ช้างหวัดถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวได้อย่างอิสระตลอดทุกระยะของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะนำไปอภิปรายผลหรือเผยแพร่ในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน ไม่มีการสูญเสียออกไประหว่างการศึกษ โดยมึลักษณะทั่วไป ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	26	86.70
ชาย	4	13.30
2. อายุ (\bar{X} = 48.90, SD=9.13)		
31 - 40 ปี	7	23.30
41 - 50 ปี	8	26.70
51 - 60 ปี	12	40.00
61 - 70 ปี	3	10.00
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	10	33.30
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	1	3.30
ปริญญาตรี	1	3.30
4. ประสบการณ์ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น		
มี	0	.00
ไม่มี	30	100.00
5. ทักษะคิดต่อการเรียนรู้ว่าจะสามารถเรียนรู้จนกระทั่งช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง		
ได้	27	90.00
ไม่ได้	3	10.00

2. ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมสอนทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมสอน 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าหลังได้รับโปรแกรมทันที โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างก่อน - หลังการทดลองทันที และระหว่างหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างก่อนและหลังการทดลองทันที

คะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลองทันที		t	P
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความรู้	11.30	2.86	16.30	2.32	-9.989	<.001



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างหลังการทดลองทันที และ หลังการทดลอง 6 เดือน

คะแนน	หลังการทดลองทันที		หลังทดลอง 6 เดือน		t	P
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	SD		
ความรู้	16.30	2.32	12.73	2.50	5.565	<.001

3. ทักษะการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย

3.1 ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสอนทันที พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสอนทันที กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติทักษะภาพรวมได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งขั้นตอนและเทคนิค และเมื่อเปรียบเทียบทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสอน โดยใช้สถิติ The McNemar test พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสอนมีทักษะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบทักษะการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสอน

ทักษะ	ก่อนทดลอง		หลังทดลองทันที		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ทักษะ					<.001
มี	0	.00	100	100.00	
ไม่มี	30	100.00	0	.00	

3.2 ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสอนทันทีและหลังได้รับโปรแกรมสอน 6 เดือน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสอน 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่ขอรับการประเมินทักษะจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 เนื่องจากมีอาการปวดหลังและหัวไหล่ ไม่สามารถแสดงทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ ส่งผลให้มีกลุ่มตัวอย่างคงเหลือประเมินทักษะจำนวน 27 คน โดยผลการประเมินและเปรียบเทียบทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังได้รับโปรแกรมสอนทันที และ 6 เดือน โดยใช้สถิติ The McNemar test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสอนทันที และหลังได้รับโปรแกรมสอน 6 เดือน

ทักษะ	หลังทดลองทันที		หลังทดลอง 6 เดือน*		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ทักษะ					<.001
มี	30	100.00	9	30.00	
ไม่มี	0	.00	18	60.00	

* กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่ขอรับการประเมินทักษะจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00

ทั้งนี้ ผลการประเมินทักษะจำแนกตามรายการประเมินทักษะด้านต่าง ๆ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสอน 6 เดือน ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผลการประเมินทักษะในด้านต่าง ๆ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสอน 6 เดือน ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 27$)

รายการประเมินทักษะในด้านต่าง ๆ	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขั้นตอนการช่วยเหลือ				
การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย	26	96.30	1	3.70
โทรแจ้งเหตุการแพทย์ฉุกเฉิน 1669	24	88.89	3	11.11
เทคนิคการกดนวดหัวใจ				
ตำแหน่งการวางมือ	18	66.67	9	33.33
ท่าทางในการกด	23	85.19	4	14.81
จังหวะในการกด	22	81.48	5	18.51
ความลึกในการกด	24	88.89	3	11.11

อภิปราย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขหลังจากได้รับโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทักษะการช่วยเหลือนั้นพื้นฐานแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม ผลการวิจัย พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยผู้เข้าอบรม ต้องได้รับการถ่ายทอดความรู้จากวิทยากรที่มีความรู้ความเข้าใจ และมีการถ่ายทอดอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ดังจะเห็นได้จากผลของการศึกษาที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมสอนทันทีมีค่าสูงขึ้นแตกต่างจากก่อนได้รับการสอน และกระบวนการถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวผ่านการออกแบบขั้นตอนการให้ความรู้อย่างเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การสร้าง ความสนใจด้วยสื่อภาพนิ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่บ่งบอกว่าสถานการณ์ดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ทุกที่ ทุกเวลา และเป็นเรื่องใกล้ตัวที่เกิดขึ้นได้ ตลอดจนกล่าวถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเพื่อเป็นการสร้างความสนใจ และตั้งคำถามชวนผู้อบรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ว่า เคยมีประสบการณ์หรือร่วมอยู่ในเหตุการณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือไม่ แล้วจึงนำเข้าสู่ขั้นตอนของการชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้อบรมทราบถึงเป้าหมายของการเรียนและทำให้ผู้เรียนเห็นภาพรวมทั้งหมดของกิจกรรมการอบรม เมื่อถึงขั้นตอนของการเข้าสู่เนื้อหาการอบรม ได้นำใช้สื่อวีดิทัศน์นำเสนอเนื้อหาตามลำดับของแผนการจัดการเรียนรู้ร่วมกับการสาธิตขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้ผู้อบรมเห็นภาพและเข้าใจขั้นตอนอย่างชัดเจน โดยรูปแบบการอบรมอย่างเป็นขั้นตอนนี้ นำสู่การถ่ายทอดความรู้ที่มีแบบแผนและส่งผลให้ผู้อบรมเกิดความเข้าใจตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ส่วนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยผู้เข้าอบรม ต้องได้รับการถ่ายทอดจากวิทยากรที่มีความรู้ความเข้าใจ ผ่านการสาธิตและฝึกอบรมอย่างเป็นขั้นตอน ดังจะเห็นได้



จากขั้นตอนการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในการวิจัยครั้งนี้ เริ่มต้นจากการใช้สื่อวีดิทัศน์นำเสนอขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพในภาพรวม ต่อด้วยการสาธิตและสรุปย่อในประเด็นสำคัญร่วมกัน ก่อนแยกกลุ่มย่อยเพื่อฝึกทักษะกับวิทยากรกลุ่มย่อย กลุ่มละ 7-8 คน ซึ่งรูปแบบการฝึกทักษะในกลุ่มย่อยนี้ ส่งผลให้ผู้อบรมได้รับการฝึกฝนทักษะและได้รับคำแนะนำจากวิทยากรอย่างใกล้ชิดและทั่วถึง จึงสามารถปฏิบัติทักษะได้อย่างถูกต้องบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

ด้านความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผลของการศึกษามีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังเช่นการศึกษาการศึกษาของ Thrakul et al.⁷ ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้รูปแบบการสอนด้วยการบรรยาย การชมวีดิทัศน์และสาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผลการศึกษาสรุปว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้ภายหลังจากการอบรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Tippayanate et al.³ ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขนักเรียนมัธยม (อสนม.) ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บและฉุกเฉินเบื้องต้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมอบรมมีระดับความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้นแตกต่างจากก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisongmuang & Pearkoa⁶ ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นต่อความรู้และทักษะในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีทักษะการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานแตกต่างจากก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. อาสาสมัครสาธารณสุขหลังจากได้รับโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะ ไม่แตกต่างกับหลังได้รับโปรแกรมทันที ผลการวิจัยพบว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นความรู้และทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจง หากไม่ใช่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีสถานการณ์ให้ได้ใช้ความรู้หรือทักษะดังกล่าวอยู่เสมอ เช่น หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือ หน่วยกู้ชีพ ย่อมส่งผลต่อความรู้และทักษะที่ลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านมา จากผลการทดลองดังกล่าวสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Pande⁹ ที่ทำการศึกษาคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 พบว่า 1 ปีหลังการฝึกอบรม มีนักศึกษาเพียงร้อยละ 7 ที่สามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพได้ครบทั้ง 7 ขั้นตอน และ ร้อยละ 74 สามารถปฏิบัติทักษะได้เพียง 3 หรือ 4 ขั้นตอน และมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะเป็นระยะ สอดคล้องการศึกษาของ Ruijter et al.¹⁰ ที่ทำการศึกษาคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ 1 ปีและ 2 ปีในนักศึกษาแพทย์เช่นกัน ผลการศึกษาพบว่า หลังการอบรม 1 ปีและ 2 ปี มีนักศึกษาเพียงร้อยละ 2 และร้อยละ 5 ที่ยังสามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ และการศึกษาของ Partiprajak & Thongpo¹¹ ซึ่งทำการศึกษาคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในนักศึกษาพยาบาล พบว่า 3 เดือนหลังการอบรม ระดับความรู้และการรับรู้สมรรถนะของตนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยในรูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) นี้ ทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่แล้ว มิได้ทำการสุ่มตามรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองอย่างแท้จริง ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังกลุ่มประชากร (generalization) ทำได้เพียงอ้างอิงในกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้และทักษะดังกล่าวให้กว้างขวางออกไป และจัดอบรมฟื้นฟูเป็นระยะเพื่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะ
2. ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นระยะเพื่อรักษาระดับการคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือประชาชนทั่วไป และออกแบบระเบียบวิธีวิจัยให้ไปติดตามกระบวนการวิจัยเชิงทดลองเพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือไปยังกลุ่มประชากรได้
2. พัฒนารูปแบบของสื่อให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น Application และทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้สื่อชนิดต่างๆ ต่อความรู้และทักษะในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการเผยแพร่ความรู้ที่หลากหลายมากขึ้น
3. การวัดผล ควรมีการวัดผลซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง เช่น หลังอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน เพื่อเป็นการตรวจสอบระยะเวลาการคงอยู่ของความรู้และทักษะ และเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมอบรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัย

References

1. American Heart Association. 2015 AHA Guidelines update for CPR and ECC [internet]. 2015 [cited 2019 Oct 2]. Available from: <http://www.cercp.org/images/stories/recursos/Guias%202015/Guidelines-RCP-AHA-2015-Full.pdf>
2. Daya MR, Schmicker, RH, Zive, DM, Rea TD, Nichol G, Buick JE, et al. Out-of-hospital cardiac arrest survival improving over time: results from the resuscitation outcomes consortium (ROC). Resuscitation 2015;91:108-15.
3. National institute for emergency medicine. Basic first aids and cardiopulmonary resuscitation (CPR & AED) [internet]. 2022 [cited 2022 Jan 10]. Available from: http://kmis.niems.go.th/th/business/bu_flipbook.aspx?book=25630403114310.pdf&v=A25BFEFBB62 DA47CE053230CA8C093AF. (in Thai)
4. Thai heart association of Thailand under the royal patronage of H.M. the king. Advanced cardiovascular life support provider manual 2020. Bangkok: Punyamittr publishing; 2021. (in Thai)
5. Tippayanate N, Chanabuthr W, Thornsao C, Chaiprom K. Capacity building for CPR skill in Mahasarakham public high schools, the Northeastern of Thailand. Perspective in multidisciplinary research & Practice in Health science 2016. [Proceeding]. Chiangrai: Mae Fah Luang university; 2016. (in Thai)
6. Chaisongmuang P, Pearkoa C. Effects of first aid to sudden cardiac arrest program for high-school students in Northeast Thailand. NJPH 2018;28(2):119-32. (in Thai)
7. Thrakul S, Nuntawan C, Wangpitipanit S. A cardiopulmonary resuscitation evaluation in community. J Health Sci 2009;18(4):597-605. (in Thai)
8. Partiprajak S. Relation between knowledge, self-efficacy in basic life support skill, and chest compression performance in Thai undergraduate nursing student. Songklanagarind J Nurs 2015;35(1):115-34. (in Thai)



9. Pande S, Pande S, Parate V, Pande S, Sukhsohale. Evaluation of retention of knowledge and skills imparted to first-year medical students through basic life support training. *Adv Physiol Educ* 2014;38(1):42-5.
10. Ruijter PA, Biersteker HA, Biert J, Goor H, Tan EC. Retention of first aid and basic life support skills in undergraduate medical students. *Med Educ Online* 2014;19(1). doi:<https://doi.org/10.3402/meo.v19.24841>
11. Partiprajak S, Thongpo P. Retention of basic life support knowledge, self-efficacy and chest compression performance in Thai undergraduate nursing students. *Nurse Educ Pract* 2016;16(1):235-41.
12. Schiesselman. JJ. Planning a longitudinal study I: Sample size determination. *J Chron* 1973:34-65.
13. Ekkakul T. Research methodology in behavioral sciences and social sciences. 4thed. Ubonratchathani: Off Set printing house;2006.(in Thai)



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอด ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Factors Predicting Diabetes Prevention Behaviors among Postpartum Women with Gestational Diabetes Mellitus

จิราภา สิงห์ตัน¹ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี² วรณทนา ศุภสีมานนท์²

Jirapha Singtan¹ Tatirat Tachasuksri² Wantana Suppaseemanont²

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Graduate Student, Master of Nursing Program, Burapha University

²Faculty of Nursing, Burapha University

Correspondence author: Tatirat Tachasuksri; Email: tatiratp@yahoo.com

Received: November 12, 2022 Revised: December 25, 2022 Accepted: January 10, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 102 คน ที่รับบริการตรวจของคลินิกสูติ-นรีเวชกรรม หรือคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 3 แห่ง ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565 ข้อคำถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .91-1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .71-.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 52.48 (SD=6.14) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\chi^2=.639, t=8.129, p<.001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\chi^2=.179, t=2.274, p=.025$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 56.3 ($R^2=.563, F_{2,99}=63.680, p<.001$) ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน; ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์; มารดาหลังคลอด



Factors Predicting Diabetes Prevention Behaviors among Postpartum Women with Gestational Diabetes Mellitus

Jirapha Singtan¹ Tatirat Tachasuksri² Wantana Suppaseemanont²

¹Graduate Student, Master of Nursing Program, Burapha University

²Faculty of Nursing, Burapha University

Correspondence author: Tatirat Tachasuksri; Email: tatiratp@yahoo.com

Received: November 12, 2022 **Revised:** December 25, 2022 **Accepted:** January 10, 2023

Abstract

The purpose of this predictive study was to analyze diabetes prevention behaviors and investigate determinants influencing diabetes prevention behaviors in postpartum women with gestational diabetes mellitus. Participants were 102 postpartum women with gestational diabetes who attended the obstetrics and gynecology clinic or diabetes clinic at one of three tertiary care hospitals in the Eastern Economic Corridor (EEC). Data were collected by self-reported questionnaires from March to August 2022. The content validity indices and Cronbach's alpha of the questionnaires ranged from .91–1.00 and .71–.91, respectively. Descriptive statistics and standard multiple regression were utilized to analyze the data. The findings indicated that the mean score for participants' diabetes prevention behaviors was 52.48 (SD=6.14). Self-efficacy ($\beta=.639$, $t=8.129$, $p<.001$) and social support ($\beta=.179$, $t=2.274$, $p=.025$) were significant factors in predicting diabetes prevention behaviors. They accounted for 56.3% ($R^2=.563$, $F_{2,99}=63.680$, $p<.001$) of the variance in diabetes prevention behaviors. The findings imply that nurses and other healthcare providers should increase self-efficacy and social support among postpartum women with gestational diabetes mellitus to reduce the development

Keywords: diabetes prevention behaviors; gestational diabetes mellitus; postpartum women

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเบาหวานหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญในระยะยาวของมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษาติดตามมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในประเทศอังกฤษพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานภายหลังคลอด 5 ปี และ 10 ปี ร้อยละ 6.9 และ 21.1 ตามลำดับ¹ และการศึกษาในประเทศฟินแลนด์พบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิด 1 และชนิด 2 ร้อยละ 5.7 และ 50.4 ตามลำดับ² สำหรับประเทศไทยพบว่า มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีค่าน้ำตาลในเลือดหลังคลอด 6 สัปดาห์ สูงกว่าปกติร้อยละ 81 โดยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานร้อยละ 43 และเป็นโรคเบาหวานชนิด 2 ร้อยละ 38³ ซึ่งอาจส่งผลให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และจอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น สาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคเบาหวานดังกล่าวมาจากพฤติกรรมสุขภาพหลังคลอดที่ไม่เหมาะสม ดังการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่รับประทานอาหารอย่างเหมาะสม ทั้งปริมาณพลังงานรวม คาร์โบไฮเดรต และไขมัน มีเพียงร้อยละ 59.8, 50.0 และ 45.1 ตามลำดับ และที่สำคัญยังรับประทานใยอาหารน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 93.14 รวมทั้งมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับน้อย ร้อยละ 77.45⁴ ส่งผลให้มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด นอกจากนี้ ความเครียดที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังคลอด จะทำให้ระดับของคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจุบันเหล่านี้จึงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ดังนั้นการป้องกันโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอดจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

การมีพฤติกรรมสุขภาพหลังคลอดอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน อาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลและดัชนีน้ำตาลแบบถ่วงน้ำหนักต่ำ อาหารที่มีไขมันน้อยหรือไขมันไม่อิ่มตัว ร่วมกับการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม⁵ จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เน้นการรับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืช จะลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 15⁶ รวมทั้งหากมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง ประมาณ 100 นาที/สัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิด 2 ได้ร้อยละ 9⁷ และการผ่อนคลายความเครียดเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้⁸ ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานจำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล

จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ หากบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ร่วมกับได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์สูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอย่างเหมาะสม ดังการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิด 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้ ($\square = .304, p < .001$)⁹ การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิด 2 ของมุสลิมวัยทำงาน ($r = .795, p < .001$)¹⁰ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($r = .594, p < .01; r = .32, p < .05$)¹¹ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการจัดการตนเอง ($\square = .63, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\square = .52, p < .001; \square = .26, p < .001$ ตามลำดับ)¹² อย่างไรก็ตาม หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคสูง จะมีผลทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่ำ ดังการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ ($r = -.22, p = .02$)¹³



จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมเป็นการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในระยะหลังคลอดได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มารดาในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในบางพื้นที่สูงถึงร้อยละ 22.31¹⁴ เนื่องจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่เหมาะสม และมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่อาจมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและบริบททางสังคม ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลและการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดการเกิดโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่รับบริการของคลินิกคลินิกสูติ-นรีเวชกรรม หรือคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป หลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และค่าขนาดอิทธิพล .15 การศึกษานี้มีตัวแปรต้นจำนวน 5 ตัวแปร ค่าขนาดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้น้อย 92 ราย จึงเพิ่มร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 102 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยการสุ่มจังหวัดที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 จังหวัด คือ จังหวัดชลบุรี และระยอง จากนั้นเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลระยอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามสัดส่วนของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 53 ราย โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 18 ราย และโรงพยาบาลระยอง จำนวน 31 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 18 ข้อ
2. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานหลังคลอด ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของท่านเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของท่านทุกประการ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน
3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ต่อการป้องกันโรคของท่านเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ต่อการป้องกันโรคของท่านทุกประการ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน
4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานอาหาร¹⁵ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อ ความชอบ ความยุ่งยาก เวลา และฐานะทางเศรษฐกิจที่มาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 11 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นต่ออุปสรรคในการป้องกัน



โรคของท่านเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคของท่านทุกประการ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 11-44 คะแนน

5. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก¹⁶ และแบบสอบถามการจัดการตนเองในขณะตั้งครรภ์¹⁷ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 20 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความจริงของท่านเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความจริงของท่านทุกประการ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน

6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม¹⁷ โดยครอบคลุมการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านสิ่งของ และด้านการประเมิน จำนวน 14 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับที่ท่านได้รับเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับที่ท่านได้รับทุกประการ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน

7. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก¹⁶ และแบบสอบถามการจัดการตนเองในขณะตั้งครรภ์¹⁷ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ หรือการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติเพื่อไม่ให้เป็นโรคเบาหวาน 3 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 20 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรม หรือไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย และ 4 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ได้รับอนุญาตให้ใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับการศึกษา มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือส่วนที่ 2-7 โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 1.00, 1.00, .91, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86, .91, .86, .71, .89 และ .71 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (G-HS083/2564) เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2564 โรงพยาบาลชลบุรี (12/65/O/q) เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2565 โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ (RPO08/65) เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2565 และโรงพยาบาลระยอง (E0018/2565) เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของกรวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการของโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และใช้รหัสแทนนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมด้วยความสมัครใจแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลระยอง เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวม



ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองตอบแบบสอบถาม จากนั้นเตรียมสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลใกล้ห้องตรวจตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (standard multiple regression) ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปร (residuals) มีการกระจายปกติ พิจารณาจากผลการทดสอบ Kolmogorov-smirnov test ได้ค่า p -value=.2 และมีความเป็นอิสระต่อกัน พิจารณาจากค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.81 ไม่เกิด homoscedasticity และไม่มี outlier พิจารณาจากภาพการกระจาย (scatter plot) มีความสมมาตรและค่าอยู่ระหว่าง \square 3 และตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจาก Variance inflation factor (VIF) มีค่าระหว่าง 1.12-2.11 และ Tolerance มีค่าระหว่าง .47-.90

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตั้งครรภ์ และการคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32 ปี ($SD=5.65$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 87.26) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 39.22) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.35 รายได้ของครอบครัว 30,960 บาทต่อเดือน ($SD=14,880.99$) มากกว่าครึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 57.84) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และหลังคลอดเฉลี่ย 24.41 $kg./m^2$ ($SD=4.38$) และ 25.36 $kg./m^2$ ($SD=3.98$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93.14) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 44.12 มากกว่าครึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 (ร้อยละ 68.63) อายุครรภ์เฉลี่ย 26.05 สัปดาห์ ($SD=4.77$) เกือบทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 95.10) ส่วนใหญ่คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 78.43) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.15 สัปดาห์ ($SD=2.13$) คลอดเองทางช่องคลอด ใกล้เคียงกับผ่าคลอดร้อยละ 59.80 และร้อยละ 40.20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นในระยะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 87.26) ระยะคลอดและหลังคลอด (ร้อยละ 95.10) เกือบทั้งหมดได้รับข้อมูลการป้องกันโรคเบาหวานหลังคลอด (ร้อยละ 97.06) ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอด พบว่า มีค่าปกติ ร้อยละ 74.73 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.58 และเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.69

2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานเท่ากับ 52.48 ($SD=6.14$) และมีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเบาหวานดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกำป้องกันโรคเบาหวานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n=102)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		M	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	กลุ่มตัวอย่าง		
พฤติกรรมกำป้องกันโรคเบาหวาน	20-80	32-77	52.48	6.14
ด้านการรับประทานอาหาร	14-56	22-49	36.98	4.72
ด้านการออกกำลังกาย	3-12	5-11	7.29	1.32
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	3-12	3-12	8.21	1.50
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	10-40	11-40	31.24	5.30
การรับรู้ประโยชน์ของการกำป้องกันโรค	10-40	20-40	33.03	5.09
การรับรู้อุปสรรคของการกำป้องกันโรค	11-44	11-41	24.91	6.12
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	20-80	40-80	59.36	9.83
การสนับสนุนทางสังคม	14-56	21-56	43.60	7.35

3. ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมกำป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกำป้องกันโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 56.3 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายได้มากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

พฤติกรรมกำป้องกันโรคเบาหวาน = 22.291 + .399(การรับรู้ความสามารถของตนเอง) + .149 (การสนับสนุนทางสังคม)

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานของปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (n=102)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p
constant	19.936	4.036		4.939	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	-.077	.101	-.066	-.762	.448
การรับรู้ประโยชน์ของการกำป้องกันโรค	.059	.116	.049	.512	.610
การรับรู้อุปสรรคของการกำป้องกันโรค	.114	.070	.114	1.634	.105
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.386	.055	.619	7.031	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.165	.066	.198	2.495	.014
$R^2 = .581$, $R^2_{\text{adjust}} = .559$, $F_{5,96} = 26.615$, $p < .001$					
constant	22.291	2.816		7.916	<.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.399	.049	.639	8.129	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.149	.066	.179	2.274	.025
$R^2 = .563$, $R^2_{\text{adjust}} = .554$, $F_{2,99} = 63.680$, $p < .001$					



อภิปราย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานค่อนข้างดี ($M=52.48$, $SD=6.14$) โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($M=36.98$, $SD=4.72$) เช่น การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูงมากที่สุด ($M=2.99$, $SD=.68$) การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ปริมาณเหมาะสม ($M=2.98$, $SD=.66$) และการรับประทานอาหารผลไม้รสหวานน้อย ($M=2.98$, $SD=.77$) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จึงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานภายหลังคลอดด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 96.08) ทำให้สามารถนำข้อมูลไปปรับใช้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาและรายได้ค่อนข้างดี คือ มากกว่าครึ่งมีการศึกษาในระดับอนุปริญญาขึ้นไป (ร้อยละ 59.81) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,960 บาท ($SD=14,880.99$) ระดับการศึกษาและรายได้ที่สูงช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่นำมาใช้ในการดูแลตนเองได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ($M=7.29$, $SD=1.32$) โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ($M=2.03$, $SD=.94$) และการใช้โทรศัพท์มือถือ/การดูโทรทัศน์มากกว่า 1 ชั่วโมง ($M=1.87$, $SD=.85$) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากมารดาหลังคลอดมีภาระหน้าที่ในการดูแลบุตรและต้องทำงานบ้าน ซึ่งการใช้แรงในการกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้าน ทำให้มารดาหลังคลอดเหนื่อยล้า และต้องการพักผ่อน จึงคิดว่าการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการออกกำลังกาย และไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M=43.92$, $SD=7.36$)¹¹

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\beta=.639$) สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁶ อธิบายได้ว่า หากมารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะช่วยให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม โดยมารดาหลังคลอดในการศึกษานี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองค่อนข้างดี ($M=59.36$, $SD=9.83$) ทำให้เชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานได้ จึงมีความมุ่งมั่นและพยายาม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 95.10) ทำให้มีความเชื่อมั่นและมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวก ($\beta=.63$) และสามารถทำนายการจัดการตนเองร่วมกับความรุนแรงของโรคและการสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 66.6 ($R^2=.666$)¹² และการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r=.438$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 24.9 ($R^2=.249$)¹⁸

2.2 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\beta=.179$) สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁶ กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเกี่ยวกับอิทธิพลจากบุคคลที่ช่วยกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม อธิบายได้ว่า หากมารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยมารดาหลังคลอดในการศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี ($M=43.60$, $SD=7.35$) เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จึงได้รับข้อมูลและการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น



สูติแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาล และโภชนากร โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม รวมทั้งการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในการให้กำลังใจ จัดเตรียมอาหาร และตักเตือนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานได้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r=.312$) และสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองและความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 24.9 ($R^2=.249$)¹⁸ และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\beta=.52$ และ $\beta=.26$ ตามลำดับ)¹²

2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่สามารรถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของมารดา หลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁶ นั่นคือ มารดาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจาก ในระยะหลังคลอดฮอร์โมนจารกที่มีผลต่อภาวะคีโตนซูลินจะลดลง ส่งผลให้อินซูลินนำน้ำตาลในกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์ ได้ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดจึงปกติ⁵ จึงอาจมีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ไม่ตระหนัก ถึงความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษา ในมารดาหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายหลังคลอด¹¹ และการศึกษาในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์¹⁹

2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่สามารรถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของมารดา หลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคจะต้องอาศัย การประเมินประโยชน์ร่วมกับอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ตัวเพื่อการป้องกันโรคสูงร่วมกับมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคต่ำ จึงจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของตนเอง อย่างเหมาะสม⁸ ทำให้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้มารดาหลังคลอดที่มี ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานได้ ดังการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มี ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมน้ำหนักไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักได้²⁰

2.5 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไม่สามารรถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของมารดา หลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีผล ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลตรงข้ามกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม⁸ ดังนั้นการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดจึงขึ้นอยู่กับพิจารณาถึงประโยชน์และอุปสรรคต่อการ ป้องกันโรคเบาหวาน จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานได้ ดังการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์¹⁸ และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักไม่สามารถทำ นายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ได้²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์และบุคลากรทางการแพทย์หน่วยฝากครรภ์และหลังคลอดสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็น



แนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและป้องกันโรคเบาหวาน โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเบาหวานหลังคลอด เช่น ความรอบรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากสถานที่ทำงานและชุมชน และนโยบายสุขภาพของประเทศ
2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนโดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

References

1. Sivaramana SC, Vinnamalab S, Jenkins D. Gestational diabetes and future risk of diabetes. *J Clin Med Res* 2013;5(2):92-6.
2. Auvinen AM, Luiro K, Jokelainen J, Jarvela I, Knip M, Auvinen J, Tapanainen JS. Type 1 and type 2 diabetes after gestational diabetes: a 23 year cohort study. *Diabetologia* 2020;63:2123-8.
3. Wanthong S, Lertwattanarak R, Sunsaneevithayakul P, Sriussadaporn S, Vannasaeng S, Sriwijitkamol A. High prevalence of diabetes and abnormal glucose tolerance in Thai women with previous gestational diabetes mellitus. *J Clin Transl Endocrinol* 2017;9:21-4.
4. Wangchom S, Xuto P, Kantaruksa K. Physical activity, dietary quality, breastfeeding and weight retention among 6 month postpartum mothers. *Nursing J* 2019;46(4):94-107.(in Thai)
5. Tachasuksri T. Gestational diabetes mellitus: nursing care focusing on self-management. Pathum Thani: N4 Proprint;2021.(in Thai)
6. Tobias DK, Hu FB, Chavarro J, Rosner B, Mozaffarian D, Zhang C. Healthful dietary patterns and type 2 diabetes mellitus risk among women with a history of gestational diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2012;172(20):1566-72.
7. Bao W, Tobias DK, Bowers K, Chavarro J, Vaag A, Grunnet LG, et al. Physical activity and sedentary behaviors associated with risk of progression from gestational diabetes mellitus to type 2 diabetes mellitus: a prospective cohort study. *JAMA Internal Med* 2014;174(7):1047-55.
8. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. The health belief model and HIV risk behavior change. In: Diclement RJ, Peterson JL, editors. Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions. New York: Plenum press;1994.5-24.
9. Kaewsringam P, Niratharadorn M, Wattana C. Factors predicting type II diabetes mellitus preventive behaviors among people at risk for diabetes. *JNSCU* 2015;27(2):119-31.(in Thai)
10. Soynahk C, Kompayak J, Punthasee P. A study of health belief model and the risk of type 2 diabetes



- in working Muslim populations. *JRTAN* 2018;19(Supplement):267-77.(in Thai)
11. Maka Y, Chareonsanti J, Sriarporn P. Perceived susceptibility, self-efficacy, and exercise behaviors among postpartum women with gestational diabetes mellitus. *Nursing J* 2020;47(1):35-44.(in Thai)
 12. Tachasuksri T, Radarith C, Siriarunrat S. A causal model of two-hour postprandial blood glucose levels among women with gestational diabetes mellitus. *Nurs Sci J Thai* 2020;38(4):15-30.(in Thai).
 13. Wutthisarn K, Siriarunrat S, Tachasuksri T. Relationships between health beliefs and eating behaviors of pregnant women who had overweight before pregnancy. *CHJ* 2017;4(1):19-26.(in Thai)
 14. Chonburi Hospital. Annual Report. Chonburi;2021.(in Thai)
 15. Ngamchay C, Tachasuksri T, Siriarunrat S. Predicting factors of eating behaviors among pregnant women working in industrial factories. *JFONUBUU* 2020;28(1):48-59.(in Thai)
 16. Karabutr T, Tachasuksri T, Siriarunrat S. The effects of a self-management program on weight control behaviors and appropriate weight gain among overweight and obese pregnant women. *SCNJ* 2022;9(2):40-53. (in Thai)
 17. Tachasuksri T, Siriarunrat S, Suppasri P, Suppaseemanont W, Boonnate N, Kwannate C. Causal model for quality of life among pregnant women. *SCNJ* 2017;4(1):28-46.(in Thai)
 18. Puspita T, Jerayingmongkol P, Sanguanprasit B. Factors predicting self-care behaviors among pregnant women in Garut District, West Java Province, Indonesia. In Asian Academic Society International Conference 2015 May 13
 19. Phetcharak k, Mayukhachot S, Tewasekson N, Wannakeaw Y, Chitjumnong F. Factors associated behavior prevention and behavior prevention of gestational diabetes mellitus in pregnant women risk of gestational diabetes mellitus. *udhhosmj* 2021;29(1):11-21.(in Thai)
 20. Satarak P, Therakulchai J, Khanobdee C. The influence of personal factors, perceived benefit, barrier, self-efficacy, and social support on weight control behaviors of pregnant women with over pre-pregnancy body mass index. *J Hlth Sci Res* 2017;11(2):81-92.(in Thai)



การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลชายขอบจังหวัดกาญจนบุรี

A Confirmatory Factor Analysis of Marginal Nursing Competencies in Kanchanaburi Province

อัญญา พลดเปลื้อง¹

Unya Plodpluang¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

Correspondence author: Unya Plodpluang; Email: anya_p12@hotmail.com

Received: October 4, 2022 Revised: November 25, 2022 Accepted: February 10, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสมรรถนะพยาบาลชายขอบ 2) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลชายขอบ และ 3) ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลชายขอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 กลุ่ม ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับบริการ และผู้นำชุมชน รวมจำนวน 22 คน คัดเลือกแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวคิดของไมล์และฮิวเบอร์แมน วิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 306 คน คัดเลือกอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งหมด = .99 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลชายขอบ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำ 2) การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ และ 3) การทำงานเป็นทีม โมเดลองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลชายขอบ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 10 ตัว คือ คุณธรรม ทศนคติเชิงบวก พัฒนาตนเอง มีความรู้ทางการพยาบาล ภูมิใจกับการบริการพยาบาล บริการพยาบาลแบบญาติมิตร เข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น การสื่อสาร เห็นใจผู้อื่น และการมีส่วนร่วม โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี มี $\chi^2=31.812$, $df=19$, $\chi^2/df=1.674$, $p=.033$, $RMR=.006$, $GFI=.981$, $AGFI=.944$, $CFI=.997$, $RMSEA=.047$ สถาบันการศึกษาควรเสริมสมรรถนะด้านการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองกับความต้องการของพื้นที่บริเวณชายขอบ

คำสำคัญ: สมรรถนะ; วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน; พยาบาลชายขอบ



A Confirmatory Factor Analysis of Marginal Nursing Competencies in Kanchanaburi Province

Unya Plodpluang¹

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

Correspondence author: Unya Plodpluang; Email: anya_p12@hotmail.com

Received: October 4, 2022 Revised: November 25, 2022 Accepted: February 10, 2023

Abstract

The purposes of this mixed-methods study were to 1) investigate the competencies of marginal nurses 2) conduct a confirmatory factor analysis of the competencies of marginal nurses, and 3) validate the model's goodness-of-fit with empirical data. The key informants were divided into four groups based on the criteria outlined in qualitative research. The 22 essential informants composed of head nurses, community leaders, nurses, and patients. Using in-depth interviews, data were collected and evaluated according to the Miles and Huberman concept. The simple random sampling method was used to recruit 306 registered nurses. A questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of .99 was utilized to collect information. The data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and confirmatory factor analysis. The findings indicate that the competencies of marginal nurses involve three themes: leadership, humanistic nursing care, and teamwork. The marginal nurse competency component model included ten observable variables: virtue, good attitude, self-development, knowledge, pride, caring, cultural understanding, communication, empathy, and engagement. The model was fitted with empirical facts. The harmony index is $\chi^2=31.812$, $df=19$, $\chi^2/df=1.674$, $p=.033$, $RMR=.006$, $GFI=.981$, $AGFI=.944$, $CFI=.997$, $RMSEA=.047$. The nursing education institute should promote these marginal nursing competencies to fulfill the demands of the region.

Keywords: competencies; confirmatory factor analysis; marginal nurses



ความเป็นมาและความสำคัญ

พยาบาลเป็นวิชาชีพสำคัญของระบบสุขภาพ โดยทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้คุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล คือ ความรู้ ทักษะ และความสามารถในด้านต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน หากพยาบาลมีคุณลักษณะที่ตรงกับความต้องการของชุมชน ก็จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของสังคมและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างมีคุณภาพ คำว่า สมรรถนะ ตรงกับภาษาอังกฤษ ว่า competency หมายถึง ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และ คุณลักษณะบุคคล (attributes) สภาการพยาบาล¹ ได้ออกประกาศเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2551 เกี่ยวกับสมรรถนะกลางสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลระดับปริญญาตรีไว้ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการและการวิจัย 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 8) ด้านสังคม จากการศึกษาวิเคราะห์ห้องศัพทประกอบเชิงยีนยันอันดับสอง ของตัวบ่งชี้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ามี 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภาวะ ผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 2) ด้านการสื่อสาร และสัมพันธภาพ 3) ด้านวิชาการและการวิจัย 4) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 5) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ 6) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย และ 7) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและสังคม² ซึ่งต่างจากสมรรถนะที่กำหนดโดยสภาการพยาบาลนอกจากนี้พยาบาลในแต่ละแผนกก็จะมีสมรรถนะที่จำเพาะเจาะจงแตกต่างกันตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ แสดงว่าสมรรถนะของพยาบาลอาจมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริบทของการทำงานของพยาบาล สมรรถนะนั้นรวมถึงความรู้ที่กว้างขวาง ทักษะคิดและพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ คุณสมบัติทั้งสามประการเป็นที่มาของการแสดงออกถึงความสามารถที่จะให้บริการทางวิชาชีพเฉพาะได้ สมรรถนะมีการพัฒนาและสั่งสมมาจากความรู้ทักษะและบุคลิกภาพ ดังนั้นสมรรถนะเป็นผลรวมของทักษะ ความรู้ ค่านิยม ทักษะคิด ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ ที่แสดงออกผ่านพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่า สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลขึ้นอยู่กับบริบทของสภาพสิ่งแวดล้อมและพื้นที่ของการทำงานด้วย

จังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดในพื้นที่ภาคกลางมีพื้นที่แถบทิศตะวันตกติดต่อกับประเทศเมียนมาร์ แบ่งพื้นที่การปกครองเป็น 13 อำเภอ มี 6 อำเภอที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเมียนมาร์ ได้แก่ อำเภอไทรโยค อำเภอทองผาภูมิ อำเภอสังขละบุรี อำเภอศรีสวัสดิ์ อำเภอด่านมะขามเตี้ย และอำเภอเมือง ด้วยสภาพพื้นที่ที่ติดชายแดนระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน มีการดำรงชีพของกลุ่มชุมชนตามแนวชายขอบ อาทิ ชาวมอญ ชาวกระเหรี่ยง ชาวลาว ชาวแขก และอื่นๆ การดูแลสุขภาพของประชาชนในกลุ่มนี้มีข้อจำกัดมากมาย และมักพบโรคติดต่อ และโรคระบาดส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ การศึกษาสมรรถนะเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลชายขอบจะมีส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมพยาบาลที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในบริบทนั้น ๆ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาสมรรถนะดังกล่าว และจากการศึกษาของ Plodpluang³ พบว่า สมรรถนะของพยาบาลในระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย สมรรถนะด้านลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะด้านความรู้ สมรรถนะด้านการงานเป็นทีม และสมรรถนะด้านการคิด จะเห็นได้ว่าสมรรถนะด้านการพยาบาลในแต่ละด้านก็จะมีแตกต่างกันไป วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคทำหน้าที่ผลิตพยาบาลให้พื้นที่ในฝั่งภาคตะวันตกของประเทศ โดยเฉพาะจังหวัดกาญจนบุรีที่มีภูมิประเทศติดต่อกับประเทศเมียนมา และมีนักศึกษาที่จากอำเภอตามแนวชายแดนไทยและเมียนมาฝั่งจังหวัดกาญจนบุรีเข้าเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลังจบการศึกษาได้กลับไปทำงานในพื้นที่ และเรียกตนเองว่าเป็นพยาบาลชายขอบ ซึ่งหมายถึงพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลของจังหวัดกาญจนบุรีที่ให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ตามแนวตะเข็บชายแดนไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งยังไม่พบการศึกษาสมรรถนะที่จำเพาะในพยาบาล



กลุ่มนี้ ผู้วิจัยเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาของค้ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลชายขอบ ซึ่งประโยชน์จากการวิจัยจะใช้เพื่อการวางแผนการพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนตามแนวชายแดนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลชายขอบ จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ห้วงค้ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลชายขอบ และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลชายขอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยผสมผสาน (mixed methods research) แบบเชิงสำรวจเป็นลำดับ (sequential exploratory) ซึ่งเป็นการวิจัยที่ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพก่อนในขั้นตอนที่หนึ่ง แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงปริมาณในขั้นตอนที่สอง ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณนั้นจะสนับสนุนข้อมูลเชิงคุณภาพให้ได้คำตอบของการวิจัยที่มีความครอบคลุม ลุ่มลึก และชัดเจนนำไปสู่ความเข้าใจ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษามากขึ้น⁴ การศึกษานี้เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2564 แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลชายขอบ

ศึกษาแนวคิดสมรรถนะทางการพยาบาลของสภาการพยาบาล บทบาทพยาบาลในระบบสุขภาพจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ไม่มีการระบุสมรรถนะของพยาบาลชายขอบ จึงสรุปองค์ประกอบสมรรถนะเบื้องต้นของพยาบาลชายขอบตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้เป็นสมรรถนะเบื้องต้น

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดองค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลชายขอบ

2.1 ผู้ให้ข้อมูล และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และผู้นำชุมชนจำนวนทั้งสิ้น 22 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้สมรรถนะของพยาบาลในโรงพยาบาล และความรู้เกี่ยวกับวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดของ Heidegger⁵ ที่ว่า แนวทางการศึกษาในลักษณะนี้เป็นการศึกษาถึงวิธีการหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ประสบเหตุได้เผชิญและบอกเล่าถึงปรากฏการณ์นั้น เครื่องบันทึกเสียงแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และสมรรถนะทั่วไปของพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถาม ผู้วิจัยนำข้อคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลและนักวัดผลตรวจสอบและนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล 2 ราย จากนั้นผู้วิจัยถอดคำพูดจากแถบบันทึกเสียงแบบคำต่อคำออกเป็นบทสนทนาและจัดพิมพ์เป็นตัวอักษร ตรวจสอบความถูกต้องของข้อความโดยเปรียบเทียบบทสนทนา กับคำพูดจากแถบบันทึกเสียง พบว่าบางคำพูดและข้อคำถามยังไม่ชัดเจน จึงปรับข้อคำถามให้เหมาะสม และเพิ่มข้อคำถามให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามที่เกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และผู้นำชุมชน สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของ Miles & Huberman⁶ ผู้วิจัยจัดข้อมูลให้เป็นระเบียบ เชื่อมโยงข้อมูลตามกรอบแนวคิดของเรื่องที่ศึกษา ทำให้อ้อมลน้อยลง ด้วยการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาออก หาข้อสรุป

ตีความ และตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็น รวมทั้งเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่าง เพื่อให้ได้ประเด็นหลักของการศึกษา

2.5 ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาด้วยวิธีของลินคอร์นและกูปา⁷ ดังนั้น ด้านความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลของการวิจัย โดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ และใช้วิธีที่หลากหลายในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์กลุ่ม ด้านความเป็นไปได้ของข้อมูล (dependability) ผู้วิจัยมีประสบการณ์ด้านวิธีเชิงคุณภาพ และใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างชัดเจน ด้านการอ้างอิงได้ตามข้อเท็จจริงของข้อมูล (transferability) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นที่มีความหลากหลาย ด้านการยืนยันผลการวิจัย (confirm ability) ผู้วิจัยทบทวนผลที่ได้จากการเก็บข้อมูลจนมีแนวโน้มในการศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะของพยาบาลในโรงพยาบาลชายขอบ

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริการแก่ประชาชนที่อาศัยตามแนวตะเข็บชายแดนไทยและประเทศเมียนมาร์ กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ให้บริการกับผู้ป่วยที่เป็นบุคคลตามแนวชายแดนของจังหวัดกาญจนบุรีอย่างน้อย 1 ปี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิด Comrey & Lee⁸ ซึ่งระบุขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนไว้ว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 300 คน อยู่ในระดับดี ซึ่งในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 306 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ครอบคลุมอำเภอที่มีพื้นที่ติดกับแนวตะเข็บชายแดนไทยและประเทศเมียนมาในจังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ อำเภอไทรโยค อำเภอทองผาภูมิ อำเภอด่านมะขามเตี้ย อำเภอศรีสวัสดิ์ อำเภอสังขละบุรี อำเภอหนองปรือ และอำเภอเมือง

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยตนเอง โดยพัฒนาจากผลการศึกษาด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ ที่พบว่าสมรรถนะพยาบาลชายขอบจังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก 10 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำ มี 3 ประเด็น ได้แก่ คุณธรรม ทศนคติเชิงบวก และพัฒนาตนเอง 2) ด้านการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ มี 4 ประเด็น ได้แก่ มีความรู้ทางการพยาบาล ภูมิไ้กับการบริการพยาบาล บริการพยาบาลแบบญาติมิตร และ เข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น และ 3) ด้านการทำงานเป็นทีม มี 3 ประเด็น ได้แก่ การสื่อสาร เห็นใจผู้อื่น และการมีส่วนร่วม แบบสอบถาม 30 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ย ตามแนวทางของ Best JW, Kahn JV.⁹ แปลค่าดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 มีระดับมากที่สุด, 3.51-4.50 มีระดับมาก, 2.51-3.50 มีระดับปานกลาง, 1.51-2.50 มีระดับน้อย และ 1.00-1.50 มีระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และตารางวิเคราะห์เนื้อหาไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ด้านวัดผล และด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบด้วยการใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ ค่า IOC อยู่ระหว่าง .66-1.0 นำแบบสอบถามทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบางสะพาน จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α) ด้านภาวะผู้นำ =.96 ด้านการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์=.98 ด้านการทำงานเป็นทีม=.98 ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมด=.99

3.3 การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล พร้อมติดต่อทางโทรศัพท์กับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บข้อมูลด้วยการส่งผ่านลิงก์

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงความถี่ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เกณฑ์ในการประเมินความสอดคล้องของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์¹⁰ ดังนั้น ค่าไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2/df) < 3 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (goodness of fit index=GFI) มีค่า>.90 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (adjusted goodness of fit index=AGFI) มีค่า>.90 ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสอง



ของส่วนที่เหลือ (root mean square residual=RMR) มีค่า <.05 ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) มีค่า <.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับรอง จริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช IRB No. 10-89 วันที่ 2 มีนาคม 2564 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้สิทธิในการตัดสินใจให้ข้อมูลด้วยตนเอง รักษาข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล และทำลายแถบบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สมรรถนะของพยาบาลชายขอบ จังหวัดกาญจนบุรี จากการศึกษาด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ สมรรถนะของพยาบาลชายขอบ ประกอบด้วย

1.1 ด้านภาวะผู้นำ จากการศึกษาหมายถึง คุณสมบัติของพยาบาลที่มีพฤติกรรมแสดงถึงความมีเอกภาพในการปฏิบัติหน้าที่ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1.1.1 คุณธรรม จากการศึกษาหมายถึง คุณงามความดีของพยาบาลชายขอบที่ประพฤติปฏิบัติงานที่รับผิดชอบด้วยความเสียสละ อุทิศทั้งร่างกายและจิตใจในการทำหน้าที่ แม้ว่าในการปฏิบัติหน้าที่นั้นจะมีความจำกัดและมีความยากลำบาก ดังคำพูด

“อาชีพพยาบาลไม่ได้ง่ายและสบาย บุคคลที่ได้สมัครใจมาเป็นอาชีพนี้แล้ว ย่อมมีความพร้อมที่จะอุทิศตัวทั้งกายและใจเพื่อช่วยเหลือบุคคลอื่น พร้อมทั้งจะเสียสละเวลาทุกเมื่อ”

สอดคล้องกับผู้บริหารอีกรายที่กล่าวถึง ความมีคุณธรรมจรรยาบรรณของพยาบาล และรอยยิ้มและการพูดจาด้วยด้วยความสุภาพ iva “ประทับใจพยาบาลตอนที่เข้าไปรับการรักษา พยาบาลมีอัธยาศัยดีต่อผู้ป่วย คำพูดต่อผู้สูงอายุดีมาก มีสัมมาคารวะ รู้กาลเทศะ พยาบาลมีคุณธรรมสมกับที่เล่าเรียนมา แต่ก็ยังมีบางคนไม่ค่อยดีพูดไม่ยิ้ม ไม่ค่อยเอาใจใส่ผู้ที่เข้ารับการรักษา อยากให้มีการอบรมพยาบาลทุก ๆ เดือนให้ตระหนักถึงคำว่า คุณธรรมจรรยาบรรณ” เช่นเดียวกับพยาบาลที่เล่าว่า “เคยมีผู้ป่วยมา โวยวาย อาละวาดตำท้อพยาบาลและอยู่ท่าร้าย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เราก็ยังให้การดูแลด้วยความถูกต้อง พูดจาไพเราะกับเขา ไม่ทำสิ่งใดที่จะกระทบจิตใจของเขาเลย”

1.1.2 ทักษะการคิดเชิงบวก จากการศึกษาหมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการยอมรับ พอใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แม้อันสถานการณ์ยากลำบาก หรือมีข้อจำกัด แต่พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยความรู้สึกอดทน สามารถตัดสินใจได้อย่างดี ดังคำกล่าว

“พยาบาลควรมีความอดทน เนื่องจากการดูแลประชาชนในพื้นที่ห่างไกลมีความยากลำบากในการเดินทาง ทางบกจะมีอุปสรรคเรื่องถนน ในบางครั้งต้องใช้การเดินทางทางน้ำด้วย”

“ต้องมีความอดทนและมีใจรักในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่นี้ยังไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุมนัก เนื่องจากการให้บริการเชิงรุกยังไม่มากเท่าที่ควร ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านกำลังคน ด้านการสื่อสาร การเป็นพื้นที่ห่างไกล ทำให้เดินทางลำบาก จึงทำให้การดูแลสุขภาพของประชาชนของพยาบาลยังไม่สมบูรณ์นัก แต่เราก็พยายามทำให้ดีที่สุด”

พยาบาลชายขอบควรมีทัศนคติเชิงบวกต่อสถานการณ์ที่ประสบ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และกล้าตัดสินใจปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม ซึ่งเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมและวิชาชีพพยาบาล ดังคำพูด

“สมรรถนะที่จำเป็นคือภาวะผู้นำและมีทัศนคติในการริเริ่มสิ่งต่าง ๆ เสนอความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์ มีเอกภาพในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม แสดงความเป็นมืออาชีพ”



1.1.3 การพัฒนาตนเอง จากการศึกษาหมายถึง พยาบาลชายชอบเพิ่มพูนความรู้ เทคโนโลยี การพัฒนาเทคนิควิธี หรือวิถีคิดและทักษะต่าง ๆ ที่จะสามารถนำมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษา การบริการพยาบาลที่ดีขึ้น

พยาบาลชายชอบรายหนึ่งพูดว่า“พยาบาลควรมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ มีทักษะและหาความรู้ใหม่ ๆ โรคบางโรคมีความก้าวหน้าในการรักษา ควรติดตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม หมั่นศึกษาหาความรู้อยู่เสมอ” อีกรายหนึ่งพูดว่า การอบรมฟื้นฟูการให้บริการจะทำให้ประชาชนได้รับการที่ดีขึ้นได้ ดังคำพูด “พยาบาลเมื่อได้รับการพัฒนาอบรมฟื้นฟูการให้บริการที่ทันสมัย การใช้เทคโนโลยี ทำให้ประชาชนได้รับการรักษา การบริการพยาบาลที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ และต่อเนื่อง”

1.2 การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ พยาบาลชายชอบช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพของประชาชนตามมาตรฐานทางการพยาบาลบนพื้นฐานของความเข้าใจ ยอมรับในความเป็นบุคคล มีความเข้าใจในความเหมือนและความแตกต่างของแต่ละบุคคล ให้ความเคารพ ให้เกียรติและเป็นมิตร ดังนี้

1.2.1 มีความรู้ทางการพยาบาล จากการศึกษาหมายถึง พยาบาลชายชอบต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกายตามมาตรฐานทางการพยาบาล ดังที่พยาบาลชายชอบรายหนึ่งที่พูดว่า

“พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการรักษาพยาบาล ใช้กระบวนการทางวิชาชีพหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาลคือ การบริการพยาบาล ด้วยอำเภอนี้ติดชายแดน ประกอบด้วยหลายเชื้อชาติ หลายภาษา พยาบาลจึงควรมีความรู้ทางการพยาบาลเพื่อสามารถดูแลประชาชนได้มากขึ้น”

“ในการดูแลสุขภาพประชาชนนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม รวมถึงบางครั้งต้องดูแลประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ไม่สามารถติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญได้ พยาบาลที่นี้จึงต้องตัดสินใจให้การพยาบาลโดยมีความรู้ด้านการพยาบาลที่ถูกต้อง”

พยาบาลชายชอบควรมีความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน อาทิ การช่วยหัตถการทางสูติศาสตร์ การกู้ชีพในทารกแรกเกิด การช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ใหญ่ ดังคำพูด“พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการช่วยหัตถการทางสูติศาสตร์และการกู้ชีพในทารกแรกเกิดและผู้ใหญ่ เพราะเราเป็นพื้นที่ห่างไกล ใช้เวลาส่งต่อไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดนาน ไปกลับใช้เวลาหกชั่วโมง และถึงส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายได้แบบจำกัด รับส่งต่อผู้ป่วยได้ไม่ครบทุกประเภท ถ้าให้การช่วยเหลือล่าช้า ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้”

รวมถึงการประยุกต์ใช้เครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยบนรถฉุกเฉิน ดังคำพูด “พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในพื้นที่ และการส่งต่อผู้ป่วยในระยะทางไกล ต้องอาศัยประสบการณ์ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยบนรถฉุกเฉิน”

ผู้รับบริการที่เคยมีประสบการณ์การเดินทางร่วมกับการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาล มีข้อเสนอแนะว่าการคัดสรรพยาบาลควรพิจารณาบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ และมีความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อสร้างความรู้สึกมั่นใจในการรักษา ดังคำพูด

“ด้วยเป็นพื้นที่ทุรกันดาร ยากลำบากในการเดินทางเข้าสู่ตัวจังหวัด ระยะทางที่ไกลมาก ความเชี่ยวชาญและความเก่งความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่วิกฤตจึงจำเป็นมาก และมีเส้นทางไปส่งต่อผู้ป่วย บางครั้งชีวิตก็ฝากไว้บนรถรีเฟอร์และพยาบาล การคัดสรรพยาบาลควรพิจารณาบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ ชำนาญ เก่ง และมีความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อสร้างความรู้สึกดี ๆ ความมั่นใจในการรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เดียวของประชาชนเลยที่เดียว”



ผู้รับบริการรายหนึ่ง รู้สึกประทับใจต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยความจริงใจและเต็มใจของพยาบาล ดังคำพูด “ประทับใจในคุณพยาบาลที่เป็นมืออาชีพ เอาใจใส่ผู้ป่วย มีความจริงใจและเต็มใจให้บริการ คอยถามเรื่องต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพ หรือโรคที่มารักษา ก็รู้สึกดีที่พยาบาลคอยเป็นห่วง ดูแล”

1.2.2 ภูมิใจที่ได้บริการพยาบาล จากการศึกษาหมายถึง ความรู้สึกภาคภูมิใจของพยาบาลเมื่อได้ใช้ความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลของตนเองให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความเจ็บป่วย หรือมีอาการทุเลา ดังคำพูด “รู้สึกภูมิใจที่ได้มาทำงาน ดูแลสุขภาพประชาชนในอำเภอสังขละบุรี ได้ใช้ความรู้ความสามารถด้านวิชาชีพในการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่”

“ผู้ป่วยที่มารับบริการทุกคนล้วนมีความทุกข์ทั้งนั้น เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เราก็ควรให้บริการด้วยความโอบอ้อมอารี อ่อนโยนและให้เกียรติผู้ป่วยโดยเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้น ซึ่งผู้ป่วยหลายคนพูดถึงและชื่นชมในการปฏิบัติงานและดูแลผู้ป่วยของข้าพเจ้า และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง รู้สึกภูมิใจ และมีกำลังใจในการทำงานวิชาชีพต่อไป”

พยาบาลชายขอรู้สึกมีความสุขที่ได้เห็นรอยยิ้มของผู้รับบริการ ดังคำพูด “ได้ดูแลผู้ป่วยแล้วเขาอาการดีขึ้น หรือหายจากอาการเจ็บป่วย ก็จะได้เห็นรอยยิ้มและความสุขของผู้ป่วยและครอบครัว เราก็จะภูมิใจ บางรายมารับการรักษาบ่อยครั้ง ก็จะรู้จักกัน ทำให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น”

1.2.3 บริการพยาบาลแบบญาติมิตร การบริการพยาบาลแบบญาติมิตร จากการศึกษาหมายถึง การให้บริการของพยาบาลชายชอบด้วยความรัก เมตตา ความเอาใจใส่ ใส่ใจในปัญหาของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ประดุจญาติมิตร

“โรงพยาบาลเราเน้นการรักษาก่อนมาเป็นอันดับแรก ก่อนที่จะมองด้านสิทธิการรักษา หรือไม่มีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เราบริการญาติญาติมิตร” ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงคุณค่าศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้มากที่สุด ดังคำพูด

“สมรรถนะการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงคุณค่าศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ จากบริบทของพื้นที่ที่มีความหลากหลาย การออกแบบเพื่อการดูแลสุขภาพในบางครั้งอาจต้องยืดหยุ่น เพื่อให้สามารถปรับใช้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ก็จะตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้มากที่สุด”

พยาบาลชายขอควรเข้าใจในบริบทพื้นที่ เพื่อป้องกันข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ดังคำพูด “ประชาชนอยู่ในพื้นที่ห่างไกล เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลลำบาก กว่าจะออกมาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้ อาการค่อนข้างสาหัส หากเราไม่เข้าใจบริบทของประชาชนแล้ว ก็จะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงไม่มารับบริการให้เร็วกว่านี้ อาจสื่อสารกับคนไข้ไม่เข้าใจและเกิดข้อขัดแย้งกับคนไข้ได้”

1.2.4 เข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น จากการศึกษา หมายถึง พยาบาลชายขอควรมีความเข้าใจในบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่นของพื้นที่ ซึ่งมีคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับสภาพชุมชน ได้แก่ สามารถพูดภาษาถิ่นได้เพื่อเข้าใจการพูดคุยกับผู้ป่วย

“ประชาชนในอำเภอมี่มีความแตกต่างหลากหลายด้วยต่างเชื้อชาติ ต่างภาษาวัฒนธรรมประเพณี มีทั้งคนไทย คนต่างดาว ต่างถิ่นปะปนอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากเต็มพื้นที่ พยาบาลเป็นอาชีพที่สำคัญในการรักษาอาการเจ็บป่วย จึงสมควรที่จะต้องมีคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับสภาพชุมชน เช่น เป็นคนในพื้นที่ คนในชุมชน สามารถพูดภาษาถิ่นได้ เพื่อประโยชน์ต่อความเข้าใจกับผู้ป่วย”

สอดคล้องกับพยาบาลชายขอที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ และได้กลับมาปฏิบัติงานที่บ้านเกิด สามารถใช้ภาษาถิ่นสื่อสารกับผู้รับบริการได้อย่างเข้าใจ

“เนื่องจากตนเองเป็นคนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอนี้ และได้กลับมาดูแลคนในบ้านเกิดของตนเอง



จึงเป็นความประทับใจที่ได้ดูแลประชาชนในพื้นที่ ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเป็นคนในพื้นที่ซึ่งรู้จักคุ้นหน้าคุ้นตากัน ก็คล้ายกับการให้บริการคนในครอบครัว การสื่อสารพูดคุยจะเป็นกันเอง ข้าพเจ้าเป็นคนในพื้นที่จึงเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิตของผู้มารับบริการ เข้าใจเหตุผลของพวกเขา”

1.3. การทำงานเป็นทีม ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของทีมนพยาบาลชายชอบตามที่ได้รับมอบหมายและความสามารถอย่างเต็มกำลัง ช่วยเหลือ และเอื้อเฟื้อ มี 3 ประเด็น ดังนี้

1.3.1 การสื่อสาร จากการศึกษาหมายถึง พยาบาลชายชอบควรมีการสื่อสารอย่างเป็นกัลยาณมิตรทั้งต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ ซึ่งในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีหลากหลายชนชาติ อาทิ พม่า กะเหรี่ยง มอญ เป็นต้น การสื่อสารภาษาท้องถิ่นจึงมีความจำเป็นมาก การสื่อสารกับผู้รับบริการด้วยภาษาท้องถิ่นทำให้เกิดความเข้าใจ สร้างความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน

“มีอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยนั้นขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ถ้าหากมีการสื่อสารที่ดี ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยนั้นสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรค ต้องเข้าถึงภาษาถิ่นได้ เช่น ภาษาพม่า กะเหรี่ยง มอญ อังกฤษ รวมถึงการสื่อสารที่เข้าใจง่าย”

สอดคล้องกับผู้นำชุมชนรายหนึ่งที่มีความคิดเห็นว่าการสื่อสารภาษาถิ่นมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลกับประชาชนในพื้นที่เพื่อการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ

“สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล คือ การสื่อสารภาษาถิ่นได้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งกับการมีมนุษยสัมพันธ์กับคนในชุมชน และการค้นหาปัญหาข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชน การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของตนเองให้กับประชาชน หากไม่มีสมรรถนะด้านการสื่อสารภาษาถิ่นได้แล้ว การให้การพยาบาลกับประชาชนในท้องที่ก็ทำได้ยากลำบาก”

“พยาบาลควรได้รับการพัฒนาด้านภาษา เนื่องจากในชุมชนหลายชาติพันธุ์ ทั้งไทย กะเหรี่ยง รามัญ และพม่า ถ้าเราสื่อสารกับผู้ป่วยให้เข้าใจ และผู้ป่วยปฏิบัติตามที่เราบอกได้จะดีมาก ๆ เลย”

สอดคล้องกับความคิดเห็นของหัวหน้าพยาบาลทั้งสองท่านที่ว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะมีญาติที่สามารถพูดภาษาไทยได้ แต่พยาบาลชายชอบก็ต้องมีความสามารถด้านภาษาด้วย

“พยาบาลต้องมีสมรรถนะในด้านภาษาและการสื่อสาร ต้องสามารถสื่อสารได้เพื่อให้การดูแลประชาชนและให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม”

“ความที่มีหลายเชื้อชาติทำให้มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ซึ่งลำบากในการแนะนำเรื่องต่างๆ ให้เข้าใจ ส่งผลให้การทำงานค่อนข้างยากมากขึ้น จึงต้องมีความสามารถด้านภาษาด้วยผู้ป่วยที่มาใช้บริการไม่สามารถพูดไทยได้ ทำให้ไม่รู้สาเหตุการเจ็บป่วยที่แท้จริง ทำให้การรักษาช้าได้ไม่ทันเท่าที่ควร”

1.3.2 การเห็นใจผู้อื่น จากการศึกษาหมายถึง พยาบาลชายชอบรับรู้ได้ถึงความรู้สึก อารมณ์ และเข้าใจต่อพฤติกรรมและความแตกต่างของแต่ละบุคคล พยาบาลเสียใจต่อความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐ ทำให้เกิดความสูญเสียแก่ชีวิต ดังคำพูด

“รู้สึกเสียใจต่อการด้อยโอกาสของคนในพื้นที่ ทั้งจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐ ทำให้เกิดความสูญเสียแก่ชีวิต เช่น จิตอาสาที่เดินทางเข้าป่าเพื่อมีกิจกรรมพัฒนาด้านต่างๆ แต่เกิดอุบัติเหตุรถยนต์ตกเขา ทุกภาคส่วนต่างช่วยกันปฐมพยาบาลและลำเลียงผู้ป่วยออกจากป่าเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถเข้าช่วยได้ทันท่วงที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต 2 คน เราารู้สึกเสียใจต่อเหตุการณ์นี้มาก”

“พยาบาลต้องอธิบายเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล การดำเนินการของโรคเป็นระยะ ๆ โดยมีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนพร้อมให้การช่วยเหลือทุกสถานการณ์ ให้บริการประชาชนทุกเชื้อชาติเท่าเทียมกันและเข้าถึงบริการทุกพื้นที่



แม้จะอยู่ห่างไกลก็ตาม”

1.3.3 การมีส่วนร่วม จากการศึกษาหมายถึง พยาบาลชายขอบเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมดูแลประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง ดังคำพูด

“เคยมีผู้ป่วยติดเตียงที่เข้าถึงเพื่อการดูแลยากลำบาก จึงมีการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน รวมถึงองค์กรของชาวต่างชาติเข้ามาร่วมด้วย จึงทำให้การพยาบาลและการบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น เข้าถึงและดูแลได้ต่อเนื่อง การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่นให้ได้นั้นสำคัญมาก”

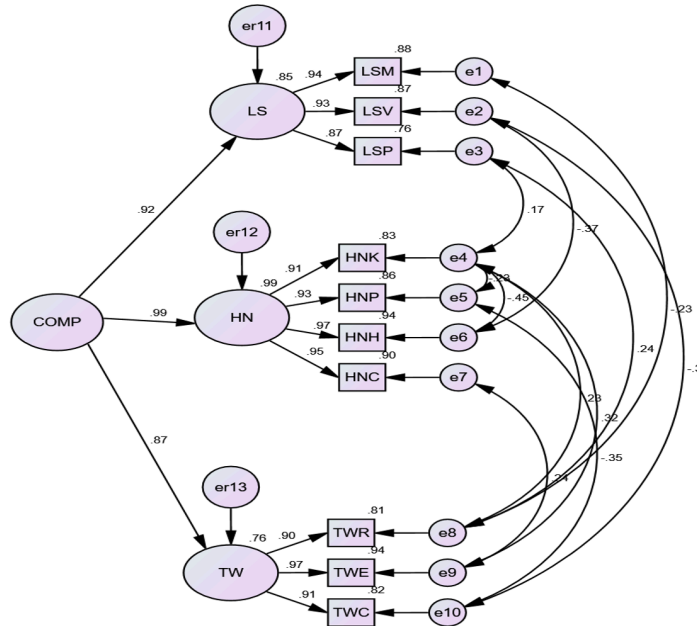
“เราให้บริการประชาชนในพื้นที่ห่างไกลจากตัวอำเภอ เมื่อมีผู้ได้รับบาดเจ็บในพื้นที่ห่างไกล เราไม่สามารถเข้าถึงได้ ขาดการติดต่อสื่อสาร การนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลยากลำบากการเดินทางโดยรถยนต์ใช้เวลานาน เราจึงประสานขอเฮลิคอปเตอร์ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ”

ด้วยความเป็นพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง หลายภาคส่วนจึงให้ความร่วมมือเพื่อให้สามารถจัดบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ที่ทรงสนับสนุนการดูแลสุขภาพอนามัยในพื้นที่ทุรกันดาร ดังคำพูด

“อำเภอชายขอบบริบทในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมีเงื่อนไขและข้อจำกัดหลายด้าน แต่มีหลายภาคส่วนร่วมกันช่วยเหลือประชาชนในการดูแลสุขภาพ มี NGO ทั้งไทยและต่างชาติที่ร่วมช่วยกัน และด้วยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ได้มีโครงการสุขศาลาพระราชทานที่สร้างให้เป็นที่พักด้านการดูแลสุขภาพอนามัยในพื้นที่ทุรกันดาร และทรงพระราชทานอาคารผู้ป่วยในให้โรงพยาบาล เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทั่วถึงทุกเชื้อชาติ”

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลชายขอบ และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลชายขอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

นางค์ประกอบจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการศึกษาขั้นตอนแรกมาตรวจสอบโมเดลการวิจัยถึงความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีโดยมีค่าไค-สแควร์ (χ^2) เท่ากับ 31.812 ที่องศาอิสระ(df)=19 ค่าความน่าจะเป็น (p) เท่ากับ .033 ค่าไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2/df)= 1.674 มีดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (goodness of fit index = GFI) เท่ากับ .981 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (adjusted goodness of fit index=AGFI) เท่ากับ .944 ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (root mean square residual=RMR) เท่ากับ .006 ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) เท่ากับ .047 แสดงว่า โมเดลที่ศึกษาสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และการไม่เข้าสู่ศูนย์กลางของพารามิเตอร์ (NCP) เท่ากับ 12.812 แสดงว่า ค่าสถิติของการทดสอบมีการกระจายเป็นแบบไค-สแควร์ ค่า ECVI (expected cross-validation index) มีค่าเท่ากับ .340 ค่าดัชนี ECVI ในโมเดลอิมิต มีค่าเท่ากับ .361 จะเห็นได้ว่า ค่าดัชนี ECVI มีค่าใกล้เคียงกับดัชนี ECVI ในโมเดลอิมิต ส่วนค่าดัชนี AIC และ CAIC มีค่า 103.812 และ 273.861 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับ AIC และ CAIC ในโมเดลอิมิตและโมเดลอิสระ แสดงว่าโมเดลการวิจัยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังภาพ 1



ภาพที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของสมรรถนะภาวะผู้นำ (LS) สมรรถนะการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (HN) และสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม (TW)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลของการวัดด้วยค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีต่อตัวแปรสังเกตได้ในแต่ละตัวแปรแฝง พบว่า ตัวแปรสังเกตได้มีอิทธิพลการวัดสอดคล้องกับโมเดลเริ่มต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองสมรรถนะภาวะผู้นำ (LS) สมรรถนะการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (HN) และสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม (TW)

องค์ประกอบ	สปส น้ำหนักองค์ประกอบ ในรูปคะแนนมาตรฐาน	R ²
ภาวะผู้นำ (LS)		
ด้านคุณธรรม (LSM)	.94**	.88
ด้านทัศนคติเชิงบวก(LSV)	.93**	.87
ด้านพัฒนาตนเอง (LSP)	.87**	.76
การพยาบาลโดยคำนึง ถึงความเป็นมนุษย์ (HN)		
ด้านความรู้ทางการพยาบาล (HNK)	.91**	.83
ด้านภูมิใจกับการบริการพยาบาล (HNP)	.93**	.86
ด้านบริการพยาบาลแบบญาติมิตร (HNH)	.97**	.94
ด้านเข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น (HNC)	.95**	.90



องค์ประกอบ	สเปส นำหนักองค์ประกอบ ในรูปคะแนนมาตรฐาน	R ²
การทำงานเป็นทีม (TW)		
ด้านการสื่อสาร (TWR)	.90**	.81
ด้านเห็นใจผู้อื่น (TWE)	.91 **	.94
ด้านการมีส่วนร่วม (TWC)	.97**	.82
ภาวะผู้นำ (LS)	.92**	
การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (HN)	.99**	
การทำงานเป็นทีม (TW)	.87**	

$\chi^2 = 31.812$, $df = 19$, $\chi^2/df = 1.674$, $p = .033$, $RMR = .006$, $GFI = .981$,
 $AGFI = .944$, $CFI = .997$, $RMSEA = .047$

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้างโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบได้ดังนี้ สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ (LS) อธิบายความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้คือด้านคุณธรรม (LSM) ด้านทัศนคติเชิงบวก (LSV) และด้านพัฒนาตนเอง (LSP) ได้ .94, .93 และ .87 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) เท่ากับ .88, .87 และ .76 ตามลำดับ สมรรถนะการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (HN) อธิบายความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้คือ ด้านความรู้ทางการพยาบาล (HNC) ด้านภูมิไ้แก่บริการพยาบาล (HNP) ด้านบริการพยาบาลแบบญาติมิตร (HNH) และด้านเข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น (HNC) ได้ .91, .93, .97 และ .95 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) เท่ากับ .83, .86, .94 และ .93 ตามลำดับ สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม อธิบายความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้คือ ด้านการสื่อสาร (TWR) ด้านเห็นใจผู้อื่น (TWE) และด้านการมีส่วนร่วม (TWC) มีค่าเท่ากับ .90, .91 และ .97 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) เท่ากับ .81, .94 และ .82 ตามลำดับ สมรรถนะพยาบาลชายขอบ (COMP) อธิบายความแปรปรวนของด้านภาวะผู้นำ (LS) ด้านการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (HN) และด้านการทำงานเป็นทีมได้ .90, 99 และ .87 ตามลำดับ

อภิปราย

1. ผลการศึกษาสมรรถนะพยาบาลชายขอบ จังหวัดกาญจนบุรี

จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะพยาบาลชายขอบ จังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ และด้านการทำงานเป็นทีม สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ด้านภาวะผู้นำ ได้แก่ คุณธรรม ทัศนคติเชิงบวก และการพัฒนาตนเอง การปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งมีความจำกัดในด้านต่าง ๆ อาทิ ความห่างไกล ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและภาษา เป็นความท้าทายของผู้ปฏิบัติหน้าที่โดยเฉพาะพยาบาลที่รับผิดชอบต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย การที่พยาบาลชายขอบจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำเป็นการแสดงถึงความมีเอกภาพในการปฏิบัติหน้าที่ และมีความสามารถการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ Huber & Joseph¹⁰ กล่าวว่า ภาวะผู้นำมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของประชาชนภายใต้บริบทหรือสิ่งแวดล้อมที่มีความเฉพาะ ความเป็นผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ สามารถกำหนดทิศทางในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองภายใต้กรอบตามมาตรฐานการพยาบาล มีความอดทนต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง และพยาบาลวิชาชีพสามารถควบคุมกิจกรรมการพยาบาลได้ด้วยตนเอง จะทำให้หน่วยงานบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายขององค์กรได้ ส่วนในด้านคุณธรรม จากการศึกษาพบว่าพยาบาลชายขอบประพฤติปฏิบัติงาน



ที่รับผิดชอบด้วยความเสียสละ อุทิศทั้งร่างกายและจิตใจในการทำหน้าที่ มีจิตใจที่ดี มีจิตอาสาและเมตตาช่วยคนที่เจ็บป่วย ไม่ย่อท้อต่อความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ แม้ว่าต้องทำงานมากเกินหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการสถานบริการด้านสุขภาพ ในด้านทัศนคติเชิงบวกของพยาบาลชายขอบ จากการศึกษาพบว่า ปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลด้วยการยอมรับ และมีความพอใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แม้ว่าสถานการณ์นั้น ๆ จะมีความยากลำบากหรือมีข้อจำกัดต่าง ๆ ที่บั่นทอนจิตใจ แต่พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยความรู้สึกรอดทน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และกล้าตัดสินใจปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเหมาะสม ซึ่งทัศนคติเชิงบวกก่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม และวิชาชีพพยาบาล¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติของบุคลากรสุขภาพต่อการให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกต่อการให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าวโดยภาพรวม และผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีของบุคลากรสุขภาพต่อการให้บริการสุขภาพในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพต่อคนต่างด้าวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพและแก้ไขปัญหาของคนต่างด้าวได้ในระยะยาว¹² สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ทัศนคติต่อกระบวนการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ ดังนั้นการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกของพยาบาลจึงมีความจำเป็นต่อการบริการพยาบาลในพื้นที่ชายขอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่เริ่มปฏิบัติงานในพื้นที่ควรได้รับการปฐมนิเทศการบริการด้วยทัศนคติเชิงบวก และมีการส่งเสริมให้เกิดทัศนคติเชิงบวกในการบริการพยาบาลกับประชาชนตามแนวชายขอบที่มีความแตกต่าง ในด้านการพัฒนาตนเอง จากการศึกษาพบว่า พยาบาลชายขอบปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงตนเอง ด้วยการเพิ่มพูนความรู้ เทคโนโลยี การพัฒนาเทคนิควิธี หรือวิธีคิดและทักษะต่าง ๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลชายขอบมีความประสงค์เข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการให้บริการพยาบาล ที่จะสามารถนำมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาการบริการพยาบาลที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Rungnoei¹⁴ ที่กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพ ต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถ มีความรับผิดชอบ ใฝ่เรียนรู้ มีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ มีการวางแผนชีวิตวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นระบบจึงจะช่วยให้พยาบาลมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมและระบบสุขภาพ ด้านการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ได้แก่ มีความรู้ทางการพยาบาล ภูมิปัญญาในการบริการพยาบาล บริการพยาบาลแบบญาติมิตร และเข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น จากการศึกษาพบว่า พยาบาลชายขอบช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกายของประชาชนตามมาตรฐานทางการพยาบาลบนพื้นฐานของความเข้าใจ ยอมรับในความเป็นบุคคล โดยมีความเข้าใจในความเหมือนและความแตกต่างของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์เดิม มีความต้องการและบริบทแวดล้อม วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ให้ความเคารพในคุณค่าของความเป็นบุคคลด้วยการแสดงออกที่อ่อนโยน เอาใจใส่ในการช่วยเหลือให้เกียรติและเป็นมิตร ในองค์ประกอบย่อยด้านมีความรู้ทางการพยาบาล พยาบาลชายขอบต้องมีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกายของบุคคลตามมาตรฐานทางการพยาบาล ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงต่อการได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถมีทักษะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี การที่พยาบาลมีเป้าหมายในการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลในการดูแลรักษา ผู้รับบริการและช่วยแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้รับบริการ ย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลด้วยความปลอดภัย ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ เกิดเป็นความประทับใจในการบริการพยาบาล¹⁵ นอกจากนี้พยาบาลชายขอบมีความรู้สึกรักภาคภูมิใจกับการบริการพยาบาล ได้ใช้ความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความเจ็บป่วย อาการทุเลา ได้เห็นรอยยิ้มและความสุขของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลที่ได้รับการชื่นชมจากผู้ป่วย ก่อให้เกิดความรู้สึกรักภาคภูมิใจ มีกำลังใจในการทำงานและเป็นแรงผลักดันที่จะทำให้พยาบาลชายขอบนั้นปฏิบัติกรพยาบาล

ต่อไป สอดคล้องกับ Guzzetta¹⁶ ที่ศึกษาเรื่องการดูแลแบบองค์รวมมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย และมีความพึงพอใจต่อการดูแลของพยาบาล โดยการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลเป็นปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยได้มากที่สุด ในด้านบริการพยาบาลแบบญาติมิตร ด้านการทำงานเป็นทีม ได้แก่ การสื่อสาร เห็นใจผู้อื่น และการมีส่วนร่วมจากการศึกษาพบว่า พยาบาลชายชอบปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย และตามความสามารถของแต่ละบุคคลอย่างเต็มกำลัง ให้การช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อสนับสนุนการทำงานของทีมพยาบาลบนพื้นฐานของความเข้าใจ ในด้านการสื่อสาร พยาบาลชายชอบมีการสื่อสารอย่างเป็นกัลยาณมิตรทั้งต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสื่อสารภาษาท้องถิ่นมีความจำเป็นมาก ความสามารถของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้รับบริการด้วยภาษาท้องถิ่นทำให้เกิดความเข้าใจ สร้างความรู้สึกไว้วางใจ การสื่อสารด้วยภาษาถิ่นทำให้เข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้น และพยาบาลชายชอบควรได้รับการพัฒนาด้านภาษา หรืออาจจำเป็นต้องเรียนรู้ภาษาถิ่นเพิ่มขึ้นโดยน่าจะสามารถใช้ภาษาถิ่นได้มากกว่าหนึ่งภาษา คนมอญยังสามารถใช้ภาษาในการสื่อสารได้มากกว่าสองภาษา การศึกษาของ Kumprasit¹⁷ ที่ศึกษาสถานภาพทางภาษาของภาษามอญที่ตำบลหนองลู อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ชาวมอญในตำบลหนองลูยังคงใช้ภาษามอญในสื่อสารในชีวิตประจำวัน แต่ในขณะที่เดียวกันพวกเขาที่ปรับตัวที่จะเรียนรู้ภาษาอื่น ๆ ด้วย เช่น ภาษากะเหรี่ยง โดยที่กลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่พูดภาษาไทยได้คล่อง เป็นจำนวนมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ชาวมอญส่วนใหญ่พูดภาษามอญได้คล่องที่สุด ถึงแม้ว่าจะมีชาวมอญบางส่วนที่ประเมินตนเองว่าสามารถพูดภาษาไทยได้คล่อง แต่ชาวมอญส่วนใหญ่ไม่ว่าในกลุ่มอายุใดก็ตาม ก็ยังคงพูดภาษามอญซึ่งเป็นภาษาของตนเองได้คล่องกว่าภาษาอื่น ๆ และนิยมสื่อสารกับคนในครอบครัวเป็นภาษามอญในขณะที่อยู่บ้านตลอดเวลา และมีการพูดด้วยภาษาไทยกับบุคคลอื่นด้วย จากการศึกษาของ Plianroong¹⁸ เรื่องรูปแบบการสื่อสารและการรับรู้อัตลักษณ์ของคนมอญข้ามถิ่นในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า คนมอญในจังหวัดสมุทรสาคร มีการสื่อสารภายในกลุ่มคนมอญด้วยกันเองด้วยภาษาไทย ในด้านการเห็นใจผู้อื่น พยาบาลชายชอบรับรู้ได้ถึงความรู้สึก อารมณ์ และเข้าใจต่อพฤติกรรมและความแตกต่างของแต่ละบุคคล มีการแสดงออกถึงความจริงใจในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นและรับรู้ถึงการดำเนินงานบริการที่ต้องมีภาคีเครือข่ายมาร่วมให้การช่วยเหลือและบริการแก่ประชาชนทุกเชื้อชาติในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน พยาบาลชายชอบเปิดโอกาสให้ประชาชน และภาคีเข้ามามีส่วนในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการดูแลประชาชนในพื้นที่ชายขอบให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง พยาบาลชายชอบประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน รวมถึงองค์กรของชาวต่างชาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่¹⁹

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลชายชอบและตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลชายชอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า โมเดลโครงสร้างองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลชายชอบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ คือ สมรรถนะของพยาบาลชายชอบมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ และด้านการทำงานเป็นทีม ทั้งนี้สมรรถนะกลางสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลระดับปริญญาตรี 8 ด้าน ตามที่สภาการพยาบาล¹ ได้กำหนดไว้ ได้แก่ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและพัฒนาคูณภาพ 5) ด้านวิชาการและการวิจัย 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ และ 8) ด้านสังคม ทั้งนี้สมรรถนะที่ไม่มีกล่าวไว้คือ ด้านการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ จากการศึกษพบว่า พยาบาลชายชอบให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความรัก ความเมตตา ความเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งร่างกาย และจิตใจ ประจัญญาติมิตร ทั้งนี้การสร้างพยาบาลที่ให้บริการประจัญญาติมิตร สามารถสั่งสมได้ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล Thiankumsri, Bundasak, Rojana & Pama²⁰ ศึกษาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พบว่า การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์คือ การบริการผู้ป่วยเสมือนญาติมิตร ผู้ป่วยมีสิทธิ์เข้าถึงการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับ Plodpluang, Meenasantirak, Plianbumroong, Rukbanglaem & Aunpromme²¹ ที่ว่า การดูแลแบบ



ให้คุณค่าความเป็นมนุษย์เป็นการปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลบนพื้นฐานของความเข้าใจ สนใจ เอาใจใส่ ช่วยเหลือ ยอมรับในความเป็นบุคคล เข้าใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคล การผลิตและพัฒนาพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อ ความต้องการของพื้นที่ชายขอบนั้นสมรรถนะที่ควรส่งเสริมคือ การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์เพื่อให้ พยาบาลเหมาะสมกับความต้องการของสังคมอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลในพื้นที่ชายขอบควรมานำสมรรถนะพยาบาลชายขอบ มาใช้ประกอบการคัดสรรพยาบาล หรือพัฒนาพยาบาลชายขอบ ให้มีสมรรถนะที่ส่งเสริมการบริการพยาบาล
2. สถาบันการศึกษาควรเพิ่มทักษะด้านการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ เข้าไปในกระบวนการผลิต เพื่อให้นักศึกษาได้สมรรถนะตรงตามความต้องการของพื้นที่ชายขอบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาเครื่องมือสมรรถนะพยาบาลชายขอบให้เป็นแบบวัดที่เป็นปกติวิสัย (Norm)
2. ศึกษาวิจัยและพัฒนาบัณฑิตพยาบาลชายขอบตามสมรรถนะจากผลการศึกษา

References

1. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies of registered nurses. 2nded. Bangkok: Siritoyad Publishing.2013.(in Thai)
2. Pochanakij C, Laeheim K, Thingchanya P. Development of competency indicators for nurses in Songklanagarind hospital. Songklanagarind Journal of Nursing 2019;39(3):137-49.(in Thai)
3. Plodpluang U. The operation on district health system, Boromarajonani college of nursing Jakkirraj. 2017. (in Thai)
4. Creswell JW, Plano Clark VL, Gutmann ML, & Hanson WE. (2003). Advanced mixed methods research designs. In A. Tashakkori and C. Teddlie (Eds), Handbook on mixed methods in the behavioral and social sciences (pp.209-240). Thousand Oaks, CA: Sage.
5. Heidegger M. Being and time. New York: Harper & Row.1962.
6. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. Thousand Oaks, CA: Sage.1994.
7. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publication.1985.
8. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.1992.
9. Best JW, Kahn JV. Research in education. Congress Cataloging Publication.1998.
10. Huber D.L.& Joseph M.L. Leadership and nursing care management. 7nded. Elsevier.2022.
11. Jutarosaga M, Charoensuk SA. Study of model development for the promotion of morals and ethics in organizations. Dhammathas Academic Journal 2020;19(4):167-79.(in Thai)
12. Wichaikhum O, Abhicharttibutra K, Nantsupawat A. Health workers' attitude towards health services for migrants and related factors. Health Systems Research.2020.(in Thai)
13. Sibounheuang S, Supamane T, Thungjaroenkul P. Knowledge, attitude, and practice in nursing process among nurses, Lao people's democratic republic. Nursing Journal 2016;43 (Supplement):140-50.(in Thai)



14. Rungnoi N. Professional life planning: successful strategy in Thailand 4.0 for nurses. *Journal of Prachomklao College of Nursing* 2018;1(1):1-13.(in Thai)
15. Maliwan P, Wichaikhum O, Abhichartibutra K. Perception of nurses regarding knowledge management of Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. *Nursing Journal* 2020;47(3): 400-7.(in Thai)
16. Guzzetta CE. Essential reading in holistic nursing. Congress Cataloging Publication. 1998.
17. Kumprasit M. A study of linguistic status of Mon language at Nonglu sub-district, Sangklaburi district, Kanchanaburi. *Veridian E-Journal* 2019;12(4):705-22.(in Thai)
18. Plianroong S. Communicative patterns and identity perception amongst Mon migrants in Samutsakhon province. *Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University* 2019;26(32):71-95.(in Thai)
19. Tientanom R. Access to health services for cancer patients Nakornping hospital. *Journal of Nakornping Hospital* 2020;11(2):132-44.(in Thai)
20. Thiankumsri K, Bundasak T, Rojana S, Pama S. The humanized care for crisis patients: perception from nursing students' practicum. *Journal of MCU Peace Studies* 2018;6(4):1320-33.(in Thai)
21. Plodpluang U, Meenasantirak A, Plianbumroong D, Rukbanglaem C, Aunprom-me S. Learning experience of humanistic care. *Journal of MCU Nakhondhat* 2018;5(3):745-70.(in Thai)



ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

The Effect of Self-Management Support on Glycemic Control Behaviors in Type II Diabetes Patients

พลอยประกาย ฉลาดลัน¹ พิมพ์ลดา อนันต์สิริกษม¹ วิภา กลิ่นจำปา²

Ployprakay Chaladlon¹ Phimlada Anansirikasem¹ Vipha Klinjampa²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย

¹Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing Prabormarajchanok Institute

²Suan Kluay Health Promoting Hospital, Thailand

Corresponding author: Phimlada Anansirikasem; Email: phimlada@ckr.ac.th

Received: October 14, 2022 Revised: March 14, 2023 Accepted: March 28, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดของกลาสโกลว์และมิลเลอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย จำนวน 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบบันทึกระดับค่าน้ำตาลในเลือด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และ .94 และค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .83 และ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบ (t-test) ผลวิจัยพบว่า หลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.95, p<.05$) มีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.27, p<.05$) และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.77, p<.05$) การสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง; การจัดการตนเอง; ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



The Effect of Self-Management Support on Glycemic Control Behaviors in Type II Diabetes Patients

Ployprakay Chaladlon¹ Phimlada Anansirikasem¹ Vipha klinjampa²

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

²Suan Kluay Health Promoting Hospital, Thailand

Corresponding author: Phimlada Anansirikasem; Email: phimlada@ckr.ac.th

Received: October 14, 2022 **Revised:** March 14, 2023 **Accepted:** March 28, 2023

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental study aimed at investigating effects of self-management support on glycemic control behaviors in type II diabetes patients. The self-management support was based on the concept of Glasgow & Miller. The subjects consisted of 35 patients with type II diabetes receiving treatment at Suan Kluay Sub-district health promoting hospital. The research tools consisted of self-management support and self-management behavior questionnaires for diabetic patients and a blood glucose record form. The content validity index was .90 and .94, respectively, and the Cronbach alpha coefficient was .83 and .87, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test comparison. The results of the research showed that after receiving support for self-management, participants reported a higher level of supported self-management ($t=4.95$, $p<.05$), a higher level of self-management behavior ($t=2.27$, $p<.05$), but a lower level of glycemic control ($t=5.77$, $p<.05$). Self-management support helps individuals to develop good self-management behaviors and to control their blood glucose levels.

Keywords: self-management support model; self-management; type 2 diabetes patients



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขนาดและความรุนแรงกระจายทั่วโลก จากการสำรวจข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานโลกปี พ.ศ. 2564 พบผู้เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 537 ล้านคน จะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที¹ สำหรับประเทศไทย มีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น² พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ.2557 จำนวน 11,389 คน (อัตราร้อยละ 17.5) โดยพบว่าอัตราการตายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2553-2557) พบอัตราการตายเท่ากับ 10.8, 11.9, 12.1, 15.0 และ 17.5 ตามลำดับ³ ในปีพ.ศ.2561 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 63.5 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังได้⁴

สำหรับจังหวัดราชบุรี พบอัตราผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานติดอันดับใน 3 ของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 โดยพบว่ามียอดอัตราผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 มากที่สุดในเขตสุขภาพและมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ 1,452.15, 1,576.68 และ 1,672.49 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 ดังนี้ 24.43, 27.73 และ 30.41 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁵ อำเภอบ้านโป่ง จ.ราชบุรี พบมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1,437 คน คิดเป็นอัตรา 164.85 ต่อแสนประชากร เป็นผู้ป่วยเบาหวานในตำบลสวนกล้วย ถึง 280 คนคิดเป็นอัตรา 162.08 ต่อแสนประชากรซึ่งเป็นอันดับต้น ๆ ของอำเภอบ้านโป่ง และจากรายงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย พบสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 347 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 424 ราย ในปี พ.ศ. 2564 จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 22.19 ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานในตำบลสวนกล้วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เพียงร้อยละ 32.55 ซึ่งน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ ของอำเภอบ้านโป่ง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาในเรื่องของการควบคุมโรค โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความซับซ้อนและไม่สะดวกในเรื่องการคมนาคม การขาดความรู้ และทักษะในเรื่องของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรม⁶ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ขาดความรู้ในเรื่องโรค เบาหวาน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด ความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีทักษะในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านมานั้น ยังไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและควบคุมโรค การที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น จำเป็นต้องใช้กลวิธีให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ทั้งการควบคุมอาหาร การใช้จ่าย การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จะช่วยชะลอและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคในระยะยาว⁷ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานมีความรู้ มีทักษะการ จัดการตนเองในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และเกิดความตระหนักถึง ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ดังนั้นได้มีการศึกษานำแนวคิด การจัดการตนเองไปใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะ ในการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรค สามารถควบคุมโรค ได้ตามเกณฑ์ มีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้นและมีการประยุกต์



ใช้ในรูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งด้าน ความรู้และทักษะ สามารถสร้างกลวิธี หรือสร้างกิจกรรมการ จัดการตนเองได้หลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสมของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน⁸ สามารถ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเกิด กระบวนการจัดการตนเองทั้งด้านความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน ทักษะและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตนเองในการควบคุม ค่าน้ำตาลในเลือด จึงมีการนำแนวคิดในการจัดการตนเอง ของแนวคิด⁵ เอ (5 A's Behavior change model adapted for self-management support) ของกลาสโกลว์ และมิลเลอร์⁹ ไปประยุกต์ใช้ในการ ส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีทักษะในการจัดการตนเอง ส่งผลให้ สามารถควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น¹⁰

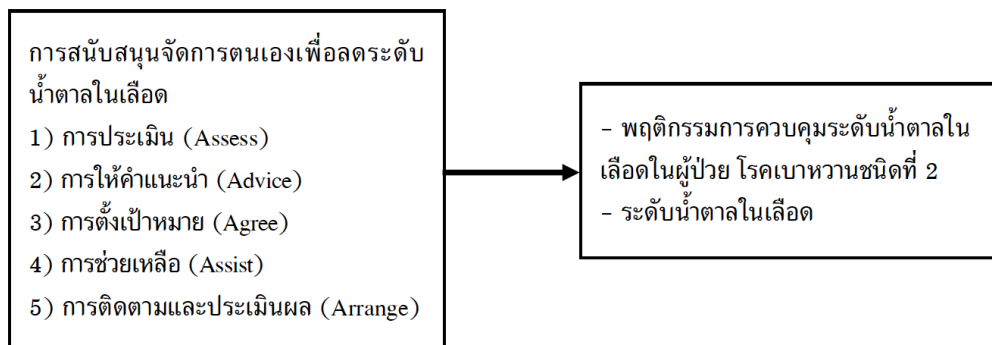
ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีบทบาทสำคัญในการสอนนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการ ป้องกันปัญหาสุขภาพในชุมชน ซึ่งพบว่าหลายปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ การจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ จึงเป็นแนวทางที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองทำให้ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองและมีระดับค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติและสามารถนำความรู้ที่ ได้ไปเผยแพร่ให้กับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิด

ผลของการสนับสนุนจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิด การจัดการตนเอง 5 เอ (5 A's Behavior change model adapted for self-management support)⁹ เป็นกระบวนการ จัดการตนเอง ที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมของตนเอง ให้เป็นผู้ที่มีความสามารถในการจัดการตนเอง จะทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมิน (assess) 2) การให้คำแนะนำ (advice) 3) การตั้งเป้าหมาย (agree) 4) การช่วยเหลือ (assist) 5) การติดตามและประเมินผล (arrange) ดังภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังทดลอง (the one-group pretest-posttest designs)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวานผู้ป่วย โรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย จำนวน 385 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี จำนวน 35 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (G-power) โดยผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ .70 (effect size) จากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งและมีวิธีการและการศึกษาที่คล้ายคลึงกันคือการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิด 5 เอ โดยมีค่า Effect size เท่ากับ .78 และค่าแอลฟา (Alpha) ที่ .02 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .98 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 5 คน รวมเป็น 35 คน ใช้การคัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ประกอบด้วย

- 1) เป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 6 เดือน และไม่มีโรคแทรกซ้อนใดๆ
- 2) รับการรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย โดยรับประทานยา
- 3) อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป
- 4) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่าน ฟังและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) ประกอบด้วย

- 1) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย
- 2) ย้ายที่อยู่อาศัยออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือด มีจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากคำตอบการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) การประเมิน จำนวน 5 ข้อ 2) การให้คำแนะนำ จำนวน 11 ข้อ 3) การตั้งเป้าหมาย จำนวน 6 ข้อ 4) การช่วยเหลือ จำนวน 8 ข้อ และ 5) การติดตามและประเมินผล 2 ข้อ มีจำนวน 32 ข้อ ลักษณะข้อคำถามข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อคำถามทางบวก โดยใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้¹¹

- | | |
|-----------|--|
| 1.00-1.50 | ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด |
| 1.51-2.50 | ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อย |
| 2.51-3.50 | ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง |
| 3.51-4.50 | ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก |
| 4.51-5.00 | ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด |

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมพฤติกรรมจัดการตนเอง 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 7 ข้อ 4) ด้านการรับ



ประธานยา จำนวน 6 ข้อ จำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จากเกณฑ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 5 ระดับได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง ป่อยครึ่ง เป็นประจำ ซึ่งถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การแปลผล¹¹ ดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| 1.00-1.50 | พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับน้อยที่สุด |
| 1.51-2.50 | พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับน้อย |
| 2.51-3.50 | พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง |
| 3.51-4.50 | พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก |
| 4.51-5.00 | พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมากที่สุด |

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 กิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง 5 เอ ประกอบด้วย 1)การประเมิน (assess) 2)การให้คำแนะนำ (advice) 3)การตั้งเป้าหมาย (agree) 4)การช่วยเหลือ (assist) 5)การติดตามและประเมินผล (arrange) ดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง ทุกวันอังคาร ครั้งละ 3 ชั่วโมง

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การออกกำลังกายแบบง่าย ๆ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิธีการจัดการความเครียด การจัดการตนเอง และแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง รวมทั้งแบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นมา ตรวจสอบและปรับแก้เบื้องต้น จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 3 ท่าน แพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน และหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (index of item-objective congruence: IOC) โดยแบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .90 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขไปนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ .87 และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและแนวทางการบันทึกข้อมูล รวมถึงแนวทางปฏิบัติ แก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากทะเบียนในโปรแกรมนัดผู้ป่วยทางคอมพิวเตอร์ของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย ที่มีคุณสมบัติครบเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ หลังจากนั้นนำรายชื่อมาทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่คืนที่ ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้



และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญและความเป็นมาในการทำวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนทำการเก็บข้อมูล พร้อมลงชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเบื้องต้นก่อนใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเอง

4. การเข้าร่วมรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เมื่อมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ตามรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การประเมิน (assess) “สำรวจตรวจเช็คตนเอง” ได้แก่ การตรวจร่างกาย การวัดความดันโลหิต เส้นรอบเอว และการเจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาล ในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำ (advice) “เรื่องราวดี ๆ เล่าสู่กันฟัง” เป็นการให้คำแนะนำระหว่างรอการตรวจรักษากับแพทย์ ดังนี้

2.1 กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การสังเกตอาการของตนเอง อาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อาการข้างเคียงของยาและวิธีการจัดการตนเอง

2.2 การฝึกปฏิบัติจัดการอาหารสำหรับตนเอง โดยใช้แนวคิดอาหารแลกเปลี่ยน การเลือกและควบคุมอาหารรับประทานอาหาร รวมถึงการใช้ยา

2.3 การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด โดยมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน การฝึกการหายใจ การทำสมาธิบำบัด

2.4 เวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มาเล่าถึงประสบการณ์การดูแลตนเองให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมที่ 3 การตั้งเป้าหมาย (agree) “พันธะสัญญาใจระหว่างฉันกับเธอ” เป็นกิจกรรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล โดยมีการตั้งเป้าหมาย และการประเมินตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือ (assist) “หากเธอท้อฉันพร้อมช่วยเหลือ” โดยการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการกระตุ้นเตือนกำกับตนเอง การสร้างกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน ในการดูแลให้กำลังใจและส่งเสริมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการปฏิบัติตนเอง รวมถึงการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หากมีข้อสอบถามหรือสงสัย

กิจกรรมที่ 5 การติดตามและประเมินผล (arrange) “การเยี่ยมบ้าน” โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมแพทย์ พยาบาล และ อสม. ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม และติดตามต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

5. การประเมินผลการหลังการได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการสนับสนุนการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ Pair t-test



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช เลขที่ 84 /2563 ลงวันที่ 2 มีนาคม 2563 ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล การเข้าร่วมกระบวนการ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวในการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูล สำหรับผลวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม เพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 37.14 มีอายุระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.57 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 88.58 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.43 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 45.71 มีรายได้ 1,000-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.14 ระยะเวลาเจ็บป่วยร้อยละ 40.00 อยู่ในช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 80.00 ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนใดๆ

2. ผลการเปรียบเทียบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยมีคะแนนการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.95, p<.05$) โดยก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนการสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ($SD=.34$) และหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนการสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 ($SD=.37$) ดังตารางที่ 1 นอกจากนี้พบว่าหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.27, p<.05$) โดยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 ($SD=.32$) และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 ($SD=.27$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($n=35$)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		Paired t-test	Mean difference	p-value
	mean	SD	mean	SD			
การประเมิน	4.25	.53	4.46	.53	2.47	.21	.019
การให้คำแนะนำ	4.05	.56	4.27	.49	3.48	.22	.001
การตั้งเป้าหมาย	4.23	.55	4.43	.56	3.78	.20	.001
การช่วยเหลือ	4.45	.49	4.71	.33	3.19	.26	.003
การติดตามและประเมินผล	4.51	.56	4.74	.39	2.31	.23	.027
ภาพรวม	4.30	.34	4.52	.37	4.95	.22	.00



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=35)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			t-test	p-value
	mean	SD	ระดับ	mean	SD	ระดับ		
การรับประทานอาหาร	4.30	.36	มาก	4.65	.28	มากที่สุด	5.52	.000
การออกกำลังกาย	4.26	.47	มาก	4.67	.27	มากที่สุด	5.09	.000
การจัดการความเครียด	4.19	.52	มาก	4.47	.46	มาก	4.63	.000
การรับประทานยา	4.04	.80	มาก	4.41	.63	มาก	3.67	.001
พฤติกรรมโดยรวม	4.20	.32	มาก	4.55	.27	มากที่สุด	2.27	.000

3. การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานสำหรับค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.77, p<.05$) โดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเท่ากับ 123.54 %mg (SD=17.17) และหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเท่ากับ 114.20 %mg (SD=13.58) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=35)

การใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง	mean	SD	t-test	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการสนับสนุน	123.54	17.17	5.77	.00
หลังใช้รูปแบบการสนับสนุน	114.20	13.58		

อภิปรายผล

ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.95, p<.05$) พฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.27, p<.05$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ตามแนวคิดของการจัดการตนเอง (5 A's Behavior change model adapted for self-management support) ของกลาสโกลว์ และมิลเลอร์⁹ โดยมีกิจกรรมที่มีความหลากหลายเหมาะสม และเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกกระบวนการ ได้แก่

1) การประเมิน โดยมีการวัดความดันโลหิต เส้นรอบเอว ด้วยตนเองและอสม.และได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ ทั้งนี้พยาบาลมีการแจ้งผลและให้คำแนะนำรวมทั้งหาปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสาเหตุที่ตนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับการสนับสนุนมีค่าระดับน้ำตาลต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.77, p<.05$)



2) การให้คำแนะนำ โดยการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และวิธีการจัดการตนเอง การฝึกปฏิบัติจัดอาหารสำหรับตนเอง การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มาแล้วถึงประสบการณ์การดูแลตนเองให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการจัดการตนเองในเรื่องที่ได้รับเพิ่มขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง และมองเห็นคุณค่าในการปฏิบัติ เกิดความมั่นใจในตนเอง และสามารถกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการเข้าร่วมในค่ายเบาหวานต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹²

3) การตั้งเป้าหมาย เป็นกิจกรรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล โดยมีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลต่อการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพราะการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง สามารถจูงใจให้เกิดการปฏิบัติได้สูงกว่าการไม่มี เป้าหมาย¹³

4) การช่วยเหลือ โดยการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการกระตุ้นเตือนกำกับตนเอง การสร้างกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน ในการดูแลให้กำลังใจและส่งเสริมผู้ป่วยโรคเบาหวานในการปฏิบัติตนเอง เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม มีกำลังใจในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมกับการได้รับการเสริมแรงจากสมาชิกในกลุ่ม¹³

5) การติดตามและประเมินผล โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมแพทย์ พยาบาล และ อสม. ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม และติดตามต่อเนื่องสอดคล้องกับ Kanfer กล่าวว่า การติดตามจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทราบผลดีผลเสียของพฤติกรรมนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเสริมแรง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ที่เหมาะสมนั้นได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมนั้น¹⁴

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของกลาสโกลว์ และมิลเลอร์⁹ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นในการค้นหาปัญหาด้านความรู้ พฤติกรรม ความเชื่อของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำการสะท้อนปัญหาและมีการวางแผนในการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสามารถจัดการกับตนเองและโรคได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการจัดการกับปัญหาสุขภาพ⁹ เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองมีในทุกกระบวนการเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติจัดการตนเอง หลังจากนั้นให้ประเมินปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยทราบปัญหาและหาทางแก้ปัญหาได้ตรงกับความต้องการรวมทั้งการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเป้าหมายในการปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลต่อการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในประยุกต์ใช้

การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้หลัก 5เอ ประกอบด้วยกิจกรรมการสำรวจตรวจเช็คตนเอง เรื่องราวดี ๆ เล่าสู่กันฟัง พันธะสัญญาใจระหว่างฉันกับเธอ หากเธอท้อฉันพร้อมช่วยเหลือ และการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ หรือโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำการสนับสนุนการจัดการตนเอง มาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและสามารถนำความรู้ไปสนับสนุน



เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลชุมชน นักศึกษาพยาบาล มีส่วนร่วมในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้รับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

การศึกษาค้นคว้าใช้ระยะเวลาในการศึกษา เพียง 16 สัปดาห์ และยังมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงควรมีการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว และควรสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมและยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

References

1. International Diabetes Federation. Diabetes. International diabetes federation.2020.
2. Diabetes Association of Thailand. Diabetes situation [Internet]. 2017 [cited 3 March 2020]. Available from: <https://www.dmthai.org/old/index.php/knowledge/the-chart/the-chart-1>.(in Thai)
3. Office of Policy and Strategic Planning Ministry of Public Health. Public health statistics 2014 [Internet]. 2015 [cited 27 July 2021]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics2557.pdf.(in Thai)
4. Kanchanapibulwong A, Kaewta S, Khamwangsa-nga P. Situation report on NCDs, diabetes, hypertension and related risk factors 2019 [Internet]. 2022 [cited 2 May 2022]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13865&tid=&gid=1-015-005>.(in Thai)
5. Department of Disease Control, Non-Communicable Disease Division. Situation report of NCDs, diabetes, hypertension and risk factors. Bangkok: Graphic and Design Publishing House.2019.(in Thai)
6. Suwattanakul T. Factors related to blood sugar control among diabetes mellitus type 2 patients. Journal of Health Systems Research 2018;12(3):515-22.(in Thai)
7. Likhitluecha N, Atthachaiwat A, Wongsuvansiri S, Sathira-angkura T, Leelawong S. Development of care management model for patients with uncontrolled diabetes. Journal of Nursing Division 2017;44(2):141-58.(in Thai)
8. Tongthong S, Chinnawong T, Thaniwattananon P. Effects of a self-management support program to delay diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled glycemic type 2 diabetes mellitus. Songklanagarind J Nurs 2015;35(1):67-84.(in Thai).
9. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five A's for patient-centered counseling. Health Promotion International 2006;21(3):245-55.
10. Likhitluecha N, Atthachaiwat A, Wongsuvansiri S, Sathira-angkura T, Leelawong S. Development of care management model for patients with uncontrolled diabetes. Journal of Nursing Division 2017; 44(2):141-58.(in Thai)
11. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: Sage.1985.
12. Nato S, Vannarit T, Somramyart M. Effects of self-management promotion through diabetic camp participation on glycemic control behaviors and hemoglobin A1C level among persons with type 2 diabetes. Nursing Journal 2016;43(4):92-104.(in Thai)



13. Buathongkhamw P, Pinchaleaw D, Moolsart S. The Effectiveness of Self-Management Program On Type 2 Diabetic Patients In Thakor, Maesuai District, Chiangrai Province. JOPN 2017;9(1):105-16.(in Thai)
14. Kanfer FH, Goldstein AP. Helping people change: A textbook of methods. New York: Pergamon Press;1986.



การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย :

ศูนย์อนามัยที่ 5 ปี 2564

Early Childhood Development in Thailand in 2021: Public Health Region 5

บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ¹ บุษบา อรรถาวีร์²Bampen Phongphetdit¹ Busaba Authawee²¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ²ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี¹Faculty of Nursing, Christian University, ²Public Health Region5 Ratchaburi

Corresponding author: Bampen Phongphetdit; Email: phongphetdit@gmail.com

Received: March 2, 2022 Revised: December 24, 2022 Accepted: January 5, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 5 และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 9 เดือน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน และครอบครัวจำนวน 390 คน โดยสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ครอบครัว สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาเท่ากับ .77 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครอบครัว การตรวจประเมินจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II ในช่วงปลายเดือน เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า พัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 5 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 73.10 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 26.90 โดยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการพยากรณ์พัฒนาการเด็กสมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พบว่าปัจจัยด้านมารดา คือกลุ่มอายุ 20-35 ปี การศึกษา ปัจจัยแวดล้อม คือการกินนมแม่ การเล่นิทาน การอ่านหนังสือให้เด็กฟัง ปัจจัยด้านเด็ก คือ น้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม เพศ การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และเด็กที่ไม่มีปัญหาทางช่องปาก ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมการผลิตคู่มือ DSPM ในรูปแบบที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมเช่น YouTube/video/tiktok เป็นต้น เพื่อประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้สมวัยและติดตามอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย; พัฒนาการเด็ก; ศูนย์อนามัยที่ 5



Early Childhood Development in Thailand in 2021: Public Health Region 5

Bampen Phongphetdit¹ Busaba Authawee²

¹Faculty of Nursing, Christian University, ²Public Health Region5 Ratchaburi

Corresponding author: Bampen Phongphetdit; Email: phongphetdit@gmail.com

Received: March 2, 2022 Revised: December 24, 2022 Accepted: January 5, 2023

Abstract

This descriptive study was conducted to examine factors associated with child development. The stratified sampling technique was employed to randomly choose 390 children, aged 9 months to 6 years, and their families. Data were gathered through interviews, mother-and-child health handbooks, and examinations utilizing the Denver Developmental Screening Test II (Denver II). The content validity was .77, while the Cronbach's alpha coefficient was .89. Data were collected from April to May 2021 and analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression. The results indicated that Thai childhood development in Public Health Region 5 had a rate of age-appropriate development of 73.10% and a rate of delayed development of 26.90%. The most delayed development was language, followed by social and self-help skills, as well as small and large muscle development. Maternal factors (educated and between 20 and 35 years old), environmental factors (breastfeeding and reading with children), and child factors (weight greater than 2,500 grams at birth, gender, iron supplementation, and no oral cavity issue) were found to significantly predict child development. It is suggested that the DSPM guides should be provided in a format that fits with societal change, such as YouTube, video, tiktok, etc., in order to evaluate and promote child development at an age-appropriate rate and it should be monitored every three months.

Keywords: childhood development; early childhood; Public Health Region 5



ความเป็นมาและความสำคัญ

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาประเทศในอนาคตการที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพนั้นเด็กจะต้องมีพัฒนาการที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยเฉพาะเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นช่วงโอกาสทองของชีวิตที่สมองพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว หากมีปัจจัยด้านประชากรด้านเด็ก และด้านสภาพแวดล้อม กระทบกระเทือนในช่วงนี้จะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดความบกพร่องทางพัฒนาการได้ในส่วนของยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579)¹ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)² มีเป้าหมายที่สำคัญร่วมกันคือการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และด้วยนโยบายการขับเคลื่อนประเทศของรัฐบาลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยให้เป็น Thailand 4.0 อันหมายถึงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม เพื่อพัฒนาประเทศไปสู่การเป็นประเทศรายได้สูง สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็น และความสำคัญของการพัฒนา ศักยภาพคนไทย ให้เติบโตเป็นคนที่มีคุณภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ ความสามารถ มุ่งสร้างการทำงาน ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีจิตสาธารณะรับผิดชอบต่อสังคมและมีสุขภาพดี ซึ่งการจะพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพนั้น เป็นที่ทราบกันดีว่าต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย เป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโต โดยเฉพาะด้านสมองซึ่งเติบโตถึงร้อยละ 80 ของผู้ใหญ่ วัยนี้จึงมีความสำคัญและเหมาะสมในการปูพื้นฐานเพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต การเจริญเติบโต และพัฒนาการของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและสติปัญญา ซึ่งเป็นผลมาจากสภาวะการเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนดไว้และจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการเลี้ยงดูของครอบครัว³ พัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาทที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดา และในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด⁴ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ สุขภาพและภาวะโภชนาการของมารดา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและหลังคลอด สุขภาพ และภาวะโภชนาการของเด็กตลอดจนสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมการเล่นของเด็ก ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการไม่สมวัย⁵

สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกรมอนามัยด้วยแบบทดสอบพัฒนาการ Denver II จำนวน 6 ครั้ง⁶⁻⁷ เริ่มจากปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 28.60, 28.00, 32.33, 29.71, 27.20 และ 32.50 ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาในปี 2560 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน ร้อยละ 67.50 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กอายุ 9 เดือน-2 ปี มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 76.80 เด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 58.00 เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มีพัฒนาการสมวัยมากที่สุด ร้อยละ 94.8 รองลงมาด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 92.10 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 90.4 และด้านภาษาและการใช้ภาษา ร้อยละ 79.49 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย 6 ครั้ง พบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย ยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงที่ร้อยละ 71.70, 72.00, 67.70, 73.40 72.00 และ 67.50 ตามลำดับ พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลกที่พบร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 85 ส่วนพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยรายเขตสุขภาพ 12 เขต (ยกเว้นกรุงเทพฯ) พบว่าเขตสุขภาพที่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยมีเพียงเขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรีเพียงเขตเดียว เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ.2557 กับปี พ.ศ. 2560 พบว่าเขตสุขภาพที่มีพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น มีเพียง 4 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี และเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ส่วนปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อ



การพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบปัจจัยที่มีอิทธิพล ดังนี้ 1)ด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดา ได้แก่ อายุของมารดา ระยะตั้งครรภ์ การศึกษาและอาชีพ 2)ด้านสุขภาพมารดา ระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ 3)ด้านสุขภาพเด็ก ได้แก่ วิธีการคลอดปกติ คลอดครบกำหนด น้ำหนักทารกแรกคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม และการไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก 4)ด้านโภชนาการ ได้แก่ เด็กได้กินอาหารมื้อหลัก 5)ด้านสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก ได้แก่ การศึกษา และอาชีพของบิดา อาชีพของผู้เลี้ยงดูเด็ก และสถานเลี้ยงดูเด็ก ช่วงกลางวัน และ 6)ด้านพฤติกรรมการเล่นของเด็ก ได้แก่ การอ่านเล่านิทานคุณภาพ การเล่นกับเด็ก การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ การไม่ดูทีวี หรือเล่นแท็บเล็ต

กรมอนามัยมีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่องทุก 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังอยู่ในระดับคงที่และแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ.2560 เป็นที่น่ากังวลแล้วว่าพัฒนาการเด็กเป็นรากฐานของการพัฒนามนุษย์ไปตลอดชีวิต ซึ่งพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยเกิดจากปัจจัยที่ต่างกัน เช่น ปัจจัยจากมารดา ทารก สภาพการเลี้ยงดู โดยสุขภาวะของเด็ก 0-1 ปี ทั้งทางด้านกาย จิต และสังคม เป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพ สภาพแวดล้อมการมีปฏิสัมพันธ์ การเลี้ยงดู เศรษฐกิจ การเมืองและเทคโนโลยี การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สุขภาวะของบิดาและมารดาโดยเฉพาะมารดาที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็กขณะเป็นทารกในครรภ์และมีผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของชีวิตภายหลังคลอดช่วงแรกเกิดถึง 2 ปี เป็นช่วงที่เด็กมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และรับประสบการณ์ใหม่เนื่องจากทั้งระบบประสาทและสมองเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การเจริญเติบโตของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ แขนขา ขยายขนาดเพิ่มขึ้นจากความสูงที่มากขึ้น ระบบการรับสัมผัสและการเรียนรู้เพิ่มขึ้น จากปัจจัยดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาสถานการณ์พัฒนาการของเด็ก รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือส่งผลกับพัฒนาการของเด็ก เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ภายใต้การจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2564 ในระดับเขตสุขภาพที่ 5
2. เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2564 กับปี 2560 ในระดับเขตสุขภาพที่ 5
3. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูในระดับเขตสุขภาพที่ 5
4. ศึกษาปัจจัยทำนายพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับเขตสุขภาพที่ 5

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านมารดา ด้านแวดล้อม และด้านเด็กสามารถทำนายพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับเขตสุขภาพที่ 5

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ณ จุดเวลาภาคตัดขวาง (cross-sectional studies)

ประชากร

1. เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน สัญชาติไทย ไม่มีปัญหาทางด้านร่างกายหรือสติปัญญา ไม่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น ความพิการทางสมอง ภาวะตาบอดสี โดโรม ออทิสติก เป็นต้น ในเขตสุขภาพที่ 5 มีเด็กปฐมวัย จำนวน 298,023 คน



2. ผู้เลี้ยงดูหลัก: พ่อหรือแม่หรือบุคคลในครอบครัวที่ใช้เวลาในแต่ละวันในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุด และดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กปฐมวัยที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 390 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร Levy & Lemshow⁴ จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling)⁵ จากเขตสุขภาพ (stratified random sampling) ได้แบ่งจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม จังหวัดที่มีเด็กเกิดมากและจังหวัดที่มีเด็กเกิดน้อย ทำการสุ่มมา 1 จังหวัดจากแต่ละกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จนได้ 2 จังหวัดต่อเขตสุขภาพ คือ จังหวัดกาญจนบุรี 240 คน และจังหวัดเพชรบุรี 150 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

1.จังหวัดกาญจนบุรี (240 คน)				2.จังหวัดเพชรบุรี(150 คน)			
1.1อ.บ่อพลอย (120)	1.2อ.เลาขวัญ (120)	2.1อ. ท่ายาง (75),	2.2อ.ชะอำ (75)				
ต.หนองกุ่ม (30)	ต.หลุมรั้ง (30)	ต.ยางหย่อง (19)	ต.เขากระปุก (19)	ต.บางเก่า (19)	ต.สามพระยา (19),		
ต.หนองกว้าง(30)	ต.หนองปลิง (30)	ต.ทุ่งกระบี่ (30)	ต.ปึกเตียน (19)	ต.ห้วยทรายเหนือ(19)	ต.หนองศาลา(18)		
	ต.ช้องด่าน(30)	ต.หนองประดู่ (30)	ต.วังไคร้ (18)				

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากครอบครัวเด็กปฐมวัยอายุ ตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่นัดมารับบริการในสถานที่ : หมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดเพชรบุรีและกาญจนบุรี และการตรวจประเมินจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II ในช่วงเดือนปลายเดือน เมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ในเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดเพชรบุรี กาญจนบุรี โดยการสัมภาษณ์ครอบครัว คือผู้เลี้ยงดูหลักในเด็ก 2 กลุ่มอายุจำนวนเท่าๆ กัน คือ

1. กลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน – 2 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 390 คน
2. กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 390 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ครอบครัวได้แก่ มารดา หรือบิดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กเกี่ยวกับเรื่องการเลี้ยงดู การเล่านิทาน การมาตรวจตามนัด การกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นต้น ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย อาจารย์การพยาบาลเด็ก และพยาบาลวิชาชีพแผนกพัฒนาการเด็ก และค่าความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กราฟประเมินสภาวะการเจริญเติบโต น้ำหนัก และ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง⁷

3. แบบทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II² ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม และการช่วยตนเอง ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว ด้านภาษา และด้านกล้ามเนื้อใหญ่ การแปลข้อสอบรายข้อ (Denver II) เร็วกว่าวัย (advance item) หมายถึง เด็กสามารถทำข้อทดสอบที่อยู่ทางขวามือของเส้น อายุอยู่หน้าเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25



ควรระวัง (caution item) หมายถึง เด็กไม่สามารถทำข้อทดสอบที่อยู่บนเส้นอายุ ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 และ 90 ล่าช้า (delayed item) หมายถึง เด็กไม่ผ่านข้อทดสอบที่อยู่ทางด้านซ้ายของเส้นอายุที่มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90 การแปลผลการทดสอบโดยรวม (Denver II) ปกติ (normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ “ล่าช้า” และ / หรือ มีข้อทดสอบ “ควรระวัง” เพียง 1 ข้อเท่านั้น สงสัย (suspect) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ “ควรระวัง 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือ มีข้อทดสอบ “ล่าช้า” 1 ข้อขึ้นไป คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย อาจารย์การพยาบาลเด็ก และพยาบาลวิชาชีพแผนกพัฒนาการเด็ก ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.77 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน หาความเที่ยงรายข้อ นำมาปรับตามคำแนะนำ และได้ค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multiple logistic regression)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัยภายใต้รหัสโครงการวิจัยที่ 437 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564 การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย ขอความยินยอมจากอาสาสมัครวิจัย สำหรับผลการศึกษาผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการลงรหัสและไม่ระบุชื่อ ทั้งนี้การนำเสนอข้อมูลหรือผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และจะทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุด การเข้าร่วมวิจัยของผู้ให้ข้อมูลเป็นไปโดยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์พัฒนาการในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 5

เด็กอายุ 9 เดือน - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านร้อยละ 73.10 จำแนกรายด้านพบว่า ด้านกล้ามเนื้อเล็กมีพัฒนาการสมวัยมากที่สุดร้อยละ 92.30 รองลงมาคือกล้ามเนื้อใหญ่ร้อยละ 91.80 ด้านสังคม ร้อยละ 86.40 และที่สมวัยน้อยที่สุดคือด้านภาษาร้อยละ 71.00 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 26.90 โดยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 29.00 รองลงมาคือ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ และด้านกล้ามเนื้อเล็ก ร้อยละ 13.60, 8.20 และ 7.70 ตามลำดับ พัฒนาการรวมทุกด้านรายกลุ่มอายุ พบว่าเด็กอายุ 9 เดือน - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 81.80 และลดลงเมื่ออายุ 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.10 ซึ่งแสดงถึงพัฒนาการไม่เป็นไปตามเป้าหมายของประเทศคือร้อยละ 85.00 เมื่อแยกรายด้านเด็กอายุ 9 เดือน - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัยมากที่สุดคือ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ร้อยละ 94.40 และสมวัยน้อยที่สุดคือด้านภาษา ร้อยละ 81.80 ส่วนเด็กอายุ 3-5 ปี ที่พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กมีมากที่สุดร้อยละ 90.10 และด้านภาษาพบว่าสมวัยน้อยที่สุด ร้อยละ 59.90 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ร้อยละของพัฒนาการเด็กอายุ 9 เดือน – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

พัฒนาการ	อายุ 9 เดือน – 2 ปี (n=390)			อายุ 3-5 ปี (n=390)		
	สมวัย	ล่าช้า	ควรระวัง	สมวัย	ล่าช้า	ควรระวัง
ด้านสังคม	87.40	4.00	8.60	85.40	7.80	6.80
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก	94.40	4.10	1.50	90.10	4.70	5.20
ด้านภาษา	81.80	10.10	8.10	59.90	21.40	18.70
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่	93.90	.50	5.60	89.60	5.20	5.20
พัฒนาการรวม	81.80	18.2	-	64.10	35.90	-

เมื่อพิจารณาพัฒนาการเด็ก อายุ 9 เดือน – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ระดับจังหวัดที่สุ่มได้เป็นตัวแทน คือ จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าพัฒนาการรวมสมวัยทุกด้านร้อยละ 73.10 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือร้อยละ 85.00 โดยจังหวัดเพชรบุรีมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านร้อยละ 74.70 และจังหวัดกาญจนบุรีมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านร้อยละ 72.10 พัฒนาการรายด้านของจังหวัดพบว่า จังหวัดเพชรบุรีมีพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อใหญ่มากที่สุดร้อยละ 94.50 และจังหวัดกาญจนบุรีมีพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กมากที่สุดร้อยละ 93.40 ซึ่งพัฒนาการด้านที่สมวัยที่น้อยที่สุดเหมือนกันทั้ง 2 จังหวัดคือด้านภาษา โดยจังหวัดเพชรบุรีร้อยละ 75.30 และจังหวัดกาญจนบุรีร้อยละ 68.40 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละพัฒนาการเด็กอายุ 9 เดือน – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำแนกรายจังหวัด

พัฒนาการ	จังหวัดเพชรบุรี			จังหวัดกาญจนบุรี		
	สมวัย	ล่าช้า	ควรระวัง	สมวัย	ล่าช้า	ควรระวัง
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง	86.40	6.80	6.80	86.50	5.30	8.20
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก	90.40	6.90	2.70	93.40	2.90	3.70
ด้านภาษา	75.30	15.10	9.60	68.40	16.00	15.60
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่	94.50	2.70	2.80	90.20	2.80	7.00
พัฒนาการรวม	74.70	25.30	-	72.10	27.90	-

2. เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2560 กับปี 2564 ในระดับเขตศูนย์อนามัยที่ 5

พัฒนาการรายด้านของปี 2560 และปี 2564 พบว่า ปี 2560 มีพัฒนาการรวมสมวัยคิดเป็นร้อยละ 74.40 พัฒนาการล่าช้า คิดเป็นร้อยละ 25.60 ปี 2564 มีพัฒนาการรวมสมวัยคิดเป็นร้อยละ 73.10 พัฒนาการล่าช้า คิดเป็นร้อยละ 26.90 โดยปี 2560 พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่มากที่สุดร้อยละ 93.00 และปี 2564 มีพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กมากที่สุดร้อยละ 92.30 ซึ่งพัฒนาการด้านที่สมวัยที่น้อยที่สุดเหมือนกันทั้ง 2 ปี คือด้านภาษา โดยปี 2560 ร้อยละ 30.80 และปี 2564 ร้อยละ 29.00 ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ร้อยละพัฒนาการเด็กอายุ 9 เดือน – 5 ปี จำแนกพัฒนาการรายด้านในปี 2560 และ ปี 2564

ลำดับ	พัฒนาการ	ปี2560		ปี2564	
		สมวัย	ล่าช้า	สมวัย	ล่าช้า
1	ด้านสังคม	85.30	14.70	86.40	13.60
2	ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก	89.00	11.00	92.30	7.70
3	ด้านภาษา	69.20	30.80	71.00	29.00
4	ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่	93.00	7.00	91.80	8.20
	พัฒนาการรวม	74.40	25.60	73.10	26.90

3. ศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก

พบว่า ผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็นแม่ จำนวน 231คน คิดเป็นร้อยละ 69.20 การศึกษา ระดับ ปวช. จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 46.40 อาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน/เป็นแม่บ้าน จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 36.10 พฤติกรรมการอ่านคู่มือ DSPM พบว่า ส่วนใหญ่อ่านผ่าน ๆ ในครั้งแรกที่ได้รับจำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 47.69 และการไม่ได้นำวิธีการจากคู่มือมาใช้จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 49.74 นำวิธีการจากคู่มือมาใช้นาน ๆ ครั้ง จำนวน 158 คนคิดเป็นร้อยละ 40.51 (ตั้งตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก (n= 390)

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1	ผู้เลี้ยงดู		
	แม่	231	69.20
	ย่า	75	19.20
	ยาย	42	10.80
	อื่นๆ	42	10.80
2.	การศึกษา		
	ประถม	134	34.40
	ปวช.	181	46.40
	ปริญญาตรี	28	7.20
	อื่นๆ	57	12.00
3	อาชีพ		
	รับจ้าง	126	32.30
	ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	134	36.10
	ค้าขาย	57	14.60
	อื่นๆ	83	17.00
4	การอ่านคู่มือDSPM		
	ตามอายุ	105	26.93
	ตามความสนใจ	73	18.71



ลำดับ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
5	อ่านล่วงหน้า	26	6.67
	อื่นๆ(อ่านครั้งแรกที่ได้รับ,อ่านผ่าน ๆ)	186	47.69
	การนำวิธีการจากคู่มือมาใช้		
	เกือบทุกวัน	38	9.75
	นาน ๆ ครั้ง	158	40.51
	ไม่ได้ใช้เลย	194	49.74

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ด้านแวดล้อม และด้านเด็ก

4.1 ปัจจัยด้านมารดา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 25-35 ปี ร้อยละ 52.82 อายุเฉลี่ย 29.82 ปี โดยมารดาที่มีอายุมากที่สุดคือ 48 ปี น้อยสุดคือ 16 ปี จากการหาความสัมพันธ์พบว่ามารดาที่อายุ 20-35 ปี สามารถเลี้ยงดูให้บุตรมีพัฒนาการสมวัยมากที่สุดร้อยละ 74.60 รองลงมาคืออายุมากกว่า 35 ปี และน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 19.50 และ 5.90 ด้านการศึกษาจบชั้น ปวช. ร้อยละ 58.46 และการฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์ 8-12 เดือน ร้อยละ 58.20 ตามลำดับ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ซึ่งมารดาในกลุ่มนี้เป็นวัยทำงานมีการศึกษาดีสามารถค้นหาคำตอบและความรู้และเข้าถึงจากสื่อต่างๆ ได้อย่างสะดวก และรวดเร็วบุตรจึงมีพัฒนาการสมวัยกว่ากลุ่มอายุอื่นส่วนอาชีพ รายได้ และภาวะสุขภาพของมารดาไม่พบมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กเช่นเดียวกับปัจจัยด้านบิดาและผู้เลี้ยงดู พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก

4.2 ปัจจัยแวดล้อม พบว่าการเล่นนิทานให้เด็กฟังมีผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ไม่ได้ฟังนิทาน ร้อยละ 57.90 และ 42.10 ตามลำดับการอ่านหนังสือกับเด็ก ร้อยละ 63.80 และการกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 94.6 มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ส่วนการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การดูทีวี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก

4.3 ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ น้ำหนักเมื่อแรกคลอด ส่วนสูงอายุ ปัญหาสุขภาพช่องปาก การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยจำแนกตามน้ำหนักส่วนสูง สุขภาพช่องปาก การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและการเล่นนิทาน (n=390)

ปัจจัยด้านเด็ก	สมวัย		ล่าช้า		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด					.004
<2500 กรัม	20	7.00	6	5.70	
≥2500 กรัม	265	93.00	99	94.30	
น้ำหนัก/ส่วนสูง					.017
ผอม	15	5.30	10	9.60	
สมส่วน	233	81.80	90	85.70	
อ้วน	37	13.00	5	4.80	



ปัจจัยด้านเด็ก	สมวัย		ล่าช้า		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สุขภาพช่องปาก					.007
ไม่มี	174	61.10	54	51.50	
มี	111	38.90	51	48.60	
ได้รับยาต้านเสริมธาตุเหล็ก					.033
ไม่ได้รับ	46	16.10	18	17.10	
ได้รับ	239	83.90	87	82.90	
การเล่านิทาน					.002
ไม่เล่า	109	38.30	55	52.40	
เล่า	176	61.80	50	47.60	

5.1 ปัจจัยด้านมารดา พบว่า อายุมารดาที่มากกว่า 20 ปีและการศึกษาของมารดาตั้งแต่ระดับอนุปริญญามีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เท่ากับ 7.31 เท่า และไม่ได้เรียน เท่ากับ .7 เท่า โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ได้ถูกต้องร้อยละ 74.40 มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการสมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนอาชีพ การสนับสนุนเงินรายได้ รวมถึงการกินยาธาตุเหล็ก การมีภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อมดตั้งครรถ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีโรคประจำตัว ไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการสมวัย ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การพยากรณ์ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา อาชีพ การได้รับเงินสนับสนุนของมารดาที่มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการเด็ก(n=390 คน)

ตัวแปร	OR	B	SE	P	Exp (B)	95% CI Interval	
						LB	UB
อายุมารดา				.05			
(ref: ต่ำกว่า 20 ปี)	7.31						
20-35 ปี		20.28	40174.70	.03	7.31	.00	.00
>35 ปี		20.12	40174.70	.73	.36	2.09	6.89
การศึกษามารดา				.04			
(ref: ไม่ได้เรียน)							
ประถม/มัธยม/		55.24	45788.20	.99	.30	.25	1.66
อนุปริญญา/	.70	55.43	45088.20	.03	.70	.66	1.49
ปวช/ปวส		39.61	53350.90	.99	.08	.31	2.46
ปริญญาตรี/สูง							
กว่า							



ตัวแปร	OR	B	SE	P	Exp (B)	95% CI Interval	
						LB	UB
อาชีพมารดา (ref:ไม่ได้ทำงาน/ แม่บ้าน)	1.85	.38	.78	.62	2.68	.75	5.39
ค้าขาย		.33	.49	.79	1.71	.60	2.47
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ		.22	.63	.06	1.29	.42	2.44
รับจ้าง/ เกษตรกรกรรม							
การได้รับเงิน สนับสนุนของ มารดา	.68			.833			
(ref:< ไม่ทราบ)		-.38	.80	.63	0.68	.48	3.13
ไม่ได้		.11	.34	.73	1.12	.12	1.47
ได้รับ							

*Power of predict =74.4

5.2 ปัจจัยแวดล้อม พบว่า การกินนมแม่ และการเล่นิทานให้เด็กฟังมีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการสมวัย เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ได้กินนมแม่และไม่ได้เล่นิทานที่ 3.74, 2.01 เท่า ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขณะที่การเล่นกับเด็ก การให้เด็กเล่นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการให้เด็กดูทีวี ไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการสมวัย ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การพยากรณ์ปัจจัยแวดล้อมเรื่องการกินนมแม่ การเล่นิทาน การเล่นกับเด็ก การให้เด็กเล่นสื่อ การให้เด็กดูทีวี มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการเด็ก (n=390)

ตัวแปร	OR	B	SE	P	Exp (B)	95% CI Interval	
						LB	UB
กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (ไม่กิน:กิน)	3.74	1.321	.607	.03	3.74	.79	2.57
การเล่นิทานให้เด็กฟัง (ไม่เล่า:เล่า)	2.01	.700	.251	.01	2.01	.44	.85
การเล่นกับเด็ก (ไม่เล่น: เล่น)		-37.16	17038.09	.99	0.00	.50	1.77



ตัวแปร	OR	B	SE	P	Exp (B)	95% CI Interval	
						LB	UB
การให้เด็กเล่นสื่ออิเล็กทรอนิกส์/มือถือ (ref: ปกติ)	3.12	1.146	1.466	.43	3.14	.88	1.89
การให้เด็กดูทีวี (ref: ชาย)	1.50	16.109	43655.144	.39	1.516	.859	2.675
ค่าคงที่		-1.746	.429	.000	.174		

*Power of predict =74.4

5.3 ปัจจัยด้านเด็ก พบว่าเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนัก ≥ 2500 กรัม มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการสมวัย มากกว่ากลุ่มน้ำหนักแรกเกิด <2500 กรัม 1.25 เท่า ทั้งนี้เพศหญิง มีโอกาสเกิดพัฒนาการล่าช้าลดลง เมื่อเทียบกับเพศชาย .49 เท่า และเด็กที่มีปัญหาสุขภาพทางช่องปากมีโอกาพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก 1.07 เท่า โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ได้ถูกต้องร้อยละ 73.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขณะที่ตัวแปรภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด ที่ 1 และ 5 นาที การมีโรคประจำตัว การนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดบวม และโรคท้องร่วงไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กแรกเกิด ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การพยากรณ์ปัจจัยด้านเด็กเรื่องน้ำหนัก ภาวะขาดออกซิเจน เพศ โรคประจำตัว โรคปอดบวมโรคท้องร่วง มีปัญหาช่องปาก มีอิทธิพลต่อโอกาสพัฒนาการเด็ก (n=390)

ตัวแปร	OR	B	SE	P	Exp(B)	95%CI Interval	
						LB	UB
น้ำหนักทารกแรกเกิด(ref:<2500 กรัม)	1.25	.22	.55	.05	1.25	.97	2.97
ภาวะขาดออกซิเจนที่ 1 นาที (ref: ปกติ)	.44	20.37	40192.57	.41	.43	.46	4.88
ภาวะขาดออกซิเจนที่ 5 นาที (ref: ปกติ)	.05	-21.04	40192.57	.99	.00	.00	.00
เพศ (ref: ชาย)	.49	-.72	.24	.003	.49	.54	.97
โรคประจำตัว(ref: ไม่มี)	13.04	2.63	10.30	.06	13.94	.33	1.35
โรคปอดบวม(ref: ไม่มี)	1.04	.03	.112	.08	1.03	.55	1.75
โรคท้องร่วง(ref: ไม่มี)	1.02	.00	.00	.94	1.00		
มีปัญหาช่องปาก(ref: ไม่มี)	1.07	.07	.24	.04	1.07	1.45	2.83
ค่าคงที่		-3.34	11.23	.03	.37		

*Power of predict =73.6

ผลจากการวิจัยได้สมการการพยากรณ์พัฒนาการเด็กดังนี้คือ

พัฒนาการเด็ก = 1.72+20.28 อายุมารดา+55.43 การศึกษาของมารดา+1.32การกินนมแม่+.70 การเล่นนิทาน
+.22 น้ำหนักทารกแรกเกิด +.72 เพศเด็ก +.07 ปัญหาในช่องปากของเด็ก



อภิปราย

1. ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2564 ในระดับเขตสุขภาพที่ 5

รายงานการวิจัยสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของเขตสุขภาพที่ 5 ปี 2564 พบพัฒนาการสมวัยร้อยละ 73.10 เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศคือร้อยละ 72.00 ถือว่าสูงกว่าเล็กน้อย แต่เมื่อเทียบกับเป้าหมายของประเทศ คือ ร้อยละ 85 ถือว่ายังไม่ได้ตามเป้าหมาย และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 26.90 โดยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง เนื่องจากนโยบายป้องกันการระบาดของโรค COVID-19 ต้องเว้นระยะห่าง ใส่หน้ากากอนามัยพูดคุยน้อยที่สุดส่งผลต่อการพูดคุยให้ความรัก ความอบอุ่นและการดูแลอย่างใกล้ชิดลดลง อยู่ห่างกัน มากที่สุด จึงมีผลกับการตอบสนองตามความต้องการและพัฒนาการของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศ สหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กอายุ น้อยกว่า 5 ปีกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการ เคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว⁸ และสถานการณ์ยังคงที่และมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลง ดังนั้น คงต้องมีการลงทุนที่คุ้มค่าเช่นให้พ่อแม่อยู่เลี้ยงลูกได้นาน 6 เดือน มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการป้องกันส่งเสริม และติดตาม แก้ไขปัญหาพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามโครงการวิจัยพัฒนา รูปแบบ สื่อ และการสื่อสารเพื่อการพัฒนา ความรอบรู้สุขภาพเด็กปฐมวัยให้บรรลุเป้าหมายใน 25 ปี

2. เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2564 กับปี 2560 ในระดับเขตสุขภาพที่ 5

ผลการประเมินพัฒนาการด้วย เครื่องมือ Denver II ซึ่งใช้ในการประเมินระดับประเทศทุก 3 ปี โดยผลการประเมิน ปี 2560 และปี 2564 ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ปี 2564 มีพัฒนาการรวมสมวัยน้อยกว่า ปี 2560 (74.40, 73.10) แต่มี พัฒนาการล่าช้ามากกว่า (25.60, 26.90) โดยปี 2560 พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มากที่สุดเนื่องจาก เด็กไปศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนมีกิจกรรมการวิ่งเล่นออกกำลังกาย ส่วนปี 2564 มีพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อ มัดเล็กมากที่สุดเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 เด็กอยู่บ้านไม่สามารถไปโรงเรียนไม่มีกิจกรรมการวิ่งเล่น พบว่ามี การเล่นมือถือแทน (ร้อยละ 100) ซึ่งพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดเหมือนกันทั้ง 2 ปี คือ ด้านภาษา โดยปี 2560 พัฒนา สมวัยน้อยกว่าปี 2564 เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 เด็กอยู่บ้านมีการพูดคุยสื่อสารกับคนในครอบครัวมากขึ้น และจากการสุ่มได้ 2 จังหวัด คือ เพชรบุรี และกาญจนบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยของแต่ละจังหวัดสมวัยที่ร้อยละ 74.70, 72.10 ตามลำดับ ซึ่งพัฒนาการด้านที่สมวัยมากที่สุดคือกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 94.50 ร้อยละ 93.40 โดยด้านที่ล่าช้ามากที่สุดคือด้านภาษา ร้อยละ 75.30 และ 68.40 จากการให้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีพบว่าเด็ก มีปัญหาการพูดล่าช้ามากขึ้นนั้นเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก และผลการวิจัย พบว่าบิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็กที่ไม่มีเวลาอยู่กับเด็ก จะปล่อยให้เด็กดูทีวี เล่นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มือถือตามลำพัง สอดคล้องกับ Anderson & Pempek⁹ ได้เสนองานวิจัยที่กล่าวถึงผลกระทบของโทรทัศน์ เล่นมือถือ ที่มีต่อพัฒนาการ ล่าช้าในเด็กเล็ก และสนับสนุนคำแนะนำของ American Academy of Pediatrics (AAP)⁵ ที่ไม่ให้เด็กอายุน้อยกว่า 24 เดือนดูโทรทัศน์เล่นมือถือ เนื่องจากปัจจุบันนี้เด็กใช้เวลาอยู่หน้าจอโทรทัศน์ เล่นมือถือ นานมากกว่าในอดีตขาด ทักษะด้านสังคม จึงเสนอแนะว่า เด็กควรจะเรียนรู้จากการมีประสบการณ์จริงมากกว่าการเรียนรู้จากโทรทัศน์ อีกทั้ง การดูโทรทัศน์ เล่นมือถือให้ผลกระทบในแง่ลบที่มีต่อการเรียนรู้ พัฒนาการทางภาษา และสมาธิของเด็กเล็ก ผลการศึกษา พบว่า เด็ก 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยน้อยกว่าเด็ก 9 เดือน - 2 ปี สอดคล้องกับการศึกษาพัฒนาการปี 25609 พบ ว่าพัฒนาการของเด็กอายุ 9 เดือน - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กอายุ 3-5 ปี และจากการศึกษาพัฒนาการ เด็กของประเทศไทย (ไม่รวมกรุงเทพฯ) พบว่า เด็กอายุ 9 เดือน - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 76.80 และ 58.00 ตามลำดับ6 โดยพบว่าเด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี ได้รับการดูแลจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนมากเกินครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 53.30⁶ ซึ่งพ่อแม่ไม่ค่อยมีเวลาในการเลี้ยงดูเอง และส่วนใหญ่ มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับเด็ก ร้อยละ 73.80 ซึ่งทำให้เด็กเสียโอกาสที่จะพัฒนาทักษะต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว



ทักษะทางสังคม การแก้ปัญหา ความคิดสร้างสรรค์ และอาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของกรมอนามัย¹ พบว่าการอ่าน-เล่านิทานคุณภาพ การเล่นเกมคุณภาพกับเด็ก การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพ เล่นหรือจัดกิจกรรมกับเด็ก การดูทีวีของเด็ก มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

3. ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลักในระดับเขตสุขภาพที่ 5

จากผลการวิจัยพบว่า มารดาเป็นหลักในการเลี้ยงดูเด็ก จากผลการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูจบการศึกษา ระดับ ปวช. ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาตรีหรือสูงกว่า ส่งผลให้เด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัยสูงกว่าผู้ที่มีผู้เลี้ยงดูหลักจบการศึกษาในระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และเด็กปฐมวัยที่มารดามีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจจะมีโอกาสมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า มารดาที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน เกษตรกร และรับจ้าง⁷ ในส่วนการอ่านคู่มือ DSPM เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ พบว่า ส่วนใหญ่อ่านผ่าน ๆ ในครั้งแรกที่ได้รับ และไม่ได้นำวิธีการจากคู่มือมาใช้ตามคำอธิบายของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (เล่มขาว) เพื่อใช้สำหรับประเมินพัฒนาการเด็กในช่วงอายุน้อยกว่า 2 ปี คือ ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนช่วงอายุมากกว่า 2 ปี ใช้สำหรับเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะดำเนินการประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือ และลงผลประเมิน กรณีมีพัฒนาการสมวัย แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ตามช่วงวัยฝึกทักษะ ในช่วงอายุต่อไป กรณีมีพัฒนาการไม่สมวัย แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกทักษะเด็กเรื่องนั้นบ่อย ๆ เป็นเวลา 1 เดือน แล้วนัดให้มาพบผู้ประเมิน หลังจาก 1 เดือน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ (ประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ; DSPM (เล่มขาว) ในช่องวิธีประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของทักษะที่ไม่ผ่าน และทักษะอื่น ๆ ตามช่วงอายุ หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้าและทักษะอื่น ๆ ตามช่วงอายุ แสดงว่ามีพัฒนาการสมวัย ให้เฝ้าระวังพัฒนาการตามวัยต่อเนื่องตามปกติ หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้า แต่พบทักษะอื่นมีพัฒนาการไม่สมวัยผู้ประเมินแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกพัฒนาเด็กในเรื่องนั้นบ่อย ๆ เป็นเวลา 1 เดือน แล้วนัดให้มาพบผู้ประเมินหากเด็กยังไม่ผ่านทักษะที่เคยล่าช้า ให้ส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิ ที่มีแพทย์ หรือกุมารแพทย์ (รพช./รพท./รพศ./รพ.จิตเวช) ที่มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ดังนั้น หากแม่ไม่อ่านคู่มือตามคำแนะนำย่อมส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก จากการศึกษาในครั้งนี้พัฒนาการเด็กล่าช้ามากขึ้นย่อมเป็นข้อมูลบ่งบอกถึงผลของการไม่อ่านและไม่ฝึกทักษะตามอายุเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัยและควรแนะนำให้หญิงหลังคลอดตระหนักถึงการใช้คู่มือ DSPM อย่างต่อเนื่อง

4. ศึกษาปัจจัยทำนายพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับเขตสุขภาพที่ 5 ตามปัจจัยที่พบจากงานวิจัยดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านมารดา พบว่ามารดาที่อายุ 20-35 ปี สามารถเลี้ยงดูให้บุตรมีพัฒนาการสมวัยมากที่สุด และการฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์ 8-12 เดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ซึ่งมารดาในกลุ่มนี้เป็นวัยทำงานมีการศึกษาดีสามารถค้นหาค้นหาความรู้และเข้าถึงจากสื่อต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกและรวดเร็วบุตรจึงมีพัฒนาการสมวัยกว่ากลุ่มอายุอื่น สอดคล้องกับการศึกษา Loesathienkit⁵ ที่พบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์เมื่อมีอายุ 36 ปีขึ้นไป พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เมื่อมีอายุไม่เกิน 35 ปี และเมื่อพิจารณาความเสี่ยง พบว่า มารดาที่มีอายุ 36 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ามารดาที่อายุเมื่อตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 20-35 ปี 1.2 เท่า พบว่ามารดาที่จบการศึกษานูปริญญาขึ้นไป มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ามารดาที่มีการศึกษาในระดับอื่น ๆ สอดคล้องกับรายงาน การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 67 รายงานว่าบิดาที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า

ปัจจัยแวดล้อม พบว่าการกินนมแม่ การเล่านิทานให้เด็กฟัง การอ่านหนังสือกับเด็ก มีผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่ ไม่เล่านิทานไม่อ่านหนังสือกับเด็ก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Loesathienkit⁵ ในช่วงที่ลูกยังเล็กอยู่วิธีพัฒนาสติปัญญาและความฉลาดด้านต่าง ๆ คือ การพูดคุยและการเล่านิทานให้ฟังเป็นประจำทำให้เด็กรับรู้ถึงสายใย



ความรัก ความอบอุ่น ความหวังโยที่พ่อแม่ส่งผ่านมากับกิจกรรมในครอบครัว เด็กที่ได้ฟังหรืออ่านนิทานเป็นประจำ จะช่วยให้เด็กเป็นคนช่างคิด ช่างถาม และพร้อมที่จะเรียนรู้ในทุกๆ เรื่อง เมื่อเด็กได้ฟังและเห็นภาพก็จะคิดตาม เป็นการสร้างจินตนาการที่ดีแก่เด็ก นอกจากเด็กจะได้รับความรู้ ความสนุกสนานเพลิดเพลินแล้ว ยังช่วยหล่อหลอม ให้เป็นเด็กที่มีสมาธิ และขัดเกลาให้เด็กมีจิตใจที่อ่อนโยน มีคุณธรรม เป็นเด็กมีเหตุผล ผลกล้าที่จะซักถามเมื่อไม่เข้าใจ¹⁰

ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ น้ำหนักเมื่อแรกคลอด เพศ ปัญหาสุขภาพช่องปาก การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก พบว่าน้ำหนักเมื่อแรกคลอด เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนัก ≥ 2500 กรัม มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการสมวัย มากกว่ากลุ่มน้ำหนักแรกเกิด < 2500 กรัม ซึ่งน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2500 กรัม เป็นน้ำหนักมาตรฐานค่าต่ำสุดที่เด็กมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ การไม่ขาดสารอาหารและการไม่เจ็บป่วย ย่อมส่งผลต่อการเติบโต (ส่วนสูงอายุ) และพัฒนาการของร่างกายเด็กดีกว่าเด็กทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ ซึ่งส่งผลต่อปัญหาสุขภาพรวมถึงภาวะการเจริญเติบโต และพัฒนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพัฒนาการทางภาษา ในกลุ่มเด็กปฐมวัย⁶ เพศหญิงมีโอกาสนี้พัฒนาการล่าช้าลดลงเมื่อเทียบกับเพศชาย เนื่องจากพัฒนาการในการเจริญเติบโตทุกอย่าง ในเด็กผู้หญิงจะเป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าในเด็กผู้ชาย⁹ แต่แม้จะมีพัฒนาการที่ช้ากว่า ทว่าเมื่อถึงระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นที่ทักษะทางการพูด การฟัง การเดิน หรือทักษะด้านอื่นๆ เด็กผู้ชายจะพัฒนาไปอย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดดได้ตั้งกันใกล้เคียงกัน และเด็กที่มีปัญหาสุขภาพทางช่องปากมีโอกาสนี้พัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Loe Sathienkit⁵ และเด็กที่มีปัญหาสุขภาพทางช่องปากมีโอกาสนี้พัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก ฟันผุทำให้เด็กมีการบดเคี้ยวที่แย่งลง ส่งผลให้เกิดการขาดสารอาหารอย่างจริงจัง เด็กแคะระแกร็น สมอพัฒนาน้อยลง ความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาการช้า จากการวิจัยการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก¹⁰⁻¹⁴ พบว่า เด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phongphetdit & Authawee¹⁰ พบว่าการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะซีด หากเด็กมีภาวะซีดมีผลต่อการสร้างเม็ดเลือด ส่งผลต่อพัฒนาการที่ล่าช้า ด้านการเติบโต ระบบประสาท และด้านอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษา พบพัฒนาการสมวัยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเล็กน้อย แต่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายของประเทศ และสถานการณ์ยังคงที่และมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลง ควรส่งเสริมและพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อความคุ้มค่าให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยงานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์ดูแลเด็กเล็กทั้งภาครัฐและเอกชน มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนร่วมกันในการป้องกันส่งเสริม และ แก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องตามปัจจัยที่พบจากงานวิจัย ดังนี้

ด้านแม่ งานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัยและกระทรวงศึกษาธิการควรดูแล ให้หญิงตั้งครรภ์ในอายุที่เหมาะสมคือ อายุ 20-35 ปี ควรดูแลทารกในครรภ์ให้น้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม ส่งเสริมการศึกษาในระดับอนุปริญญาตรีขึ้นไป และการมีเวลาเลี้ยงดูลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน กระตุ้นการอ่านคู่มือ DSPM ที่แจกให้หลังคลอดบุตรอย่างละเอียดจนเข้าใจและ สามารถนำคู่มือมาใช้ฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของลูกตามอายุ

ด้านสิ่งแวดล้อมในเรื่องการให้ลูกกินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน และการอ่านหนังสือเล่านิทานกับเด็กพูดคุยสื่อสารเพื่อพัฒนาภาษาแทนการเล่นมือถือ หรือดูโทรทัศน์ไม่ควรเกินวันละ 2 ชั่วโมง

ด้านเด็กศูนย์ดูแลเด็กเล็กทั้งภาครัฐและเอกชน งานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก ควรดูแลสุขภาพช่องปากและการส่งเสริมให้ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในปริมาณที่เหมาะสมและเฝ้าระวังภาวะซีดโดยการเจาะเลือดตรวจตามเวลาที่ 6 และ 9 เดือน



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษานวัตกรรม/สื่อที่เหมาะสมกับผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง
2. ศึกษาวิจัยชุดโครงการ เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยองค์รวมระยะยาว เพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพเด็ก

References

1. The 20-Year National Strategic Plan (2017–2036) on Public Health. Strategy and Work Plans Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; Nonthaburi.2018.(in Thai)
2. Office of the National Economic and Social Development Council. National Economic and Social Development Plan, No.12, 2017–2021.Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council. 2017.(in Thai)
3. World Health Organization. Developmental difficulties in early childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review. Child and adolescent health and development. Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office. 2012.
4. Levy PS, Lemshow S. Sampling of populations: methods and applications. New York: John Wiley & Sone.2013.
5. Loe Sathienkit P. Situation of Thai early childhood development. Public Health Region 3 Chonburi, Department of Health Promotion.2015.(in Thai)
6. Pattanapongthorn J, Boonsuwan C, Thanacharoenwat N. Report of the study. Early Child Development in Thailand 2014. Office of Health Promotion, Department of Health.2015.(in Thai)
7. Pattanapongthorn J. Research report on factors affecting early childhood development in Thailand. No. 6, 2017, Office of Health Promotion, Department of Health.2018.
8. Anderson DR, Pempek TA. Television and very young children. American Behavioral Scientist 2015;48(5):505–22.
9. Kotchaphakdi N. Textbook of child development and behavior. For general practice Beyond Company Enterprise Co., Ltd. Bangkok.2011.(in Thai)
10. Authawee B, Phongphetdit B. Control and prevention of iron deficiency anemia in children aged 6 –12 months Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2020;30(1):82–92.(in Thai)
11. Multimedia Anamai. Tales and IQ and EQ development (275). [Internet].2015[cited 21May2018]. Availablefrom:http://nctc.oncb.go.th/new/index.php?option=com_content&view=article&id=1054:2555-02-10-04-m-s&catid=173:-2554&Itemid=229. (in Thai)
12. Lozoff B, Jimenez E, Wolf AW. Long-term developmental outcome of infants with iron deficiency. N Eng J Med 1991;325:678–94.
13. Nutritional anemia. Report of a WHO scientific group. World Health Organ Tech Rep Ser.1968;405:5–37.
14. Chantrapanichkul P, Chawanpaiboon S. Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. International Journal of Gynecology and Obstetrics2013;120(2):160–4.



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น

The Relationships between Selected Factors and Postoperative Pain among Patients undergone General Anesthesia in Recovery Room

พัชรี พรหมมาลา¹ ทิพา ต่อสกุลแก้ว² ศากุล ช่างไม้³

Patcharee Prommala¹ Tipa Toskulkao² Sakul Changmai²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

¹Student of Master of Nursing Science Program, College of Nursing, Christian University, Thailand

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²College of Nursing, Christian University, Thailand

Corresponding author: Tipa Toskulkao; E-mail; tipa2558@gmail.com

Received: October 25, 2022 Revised: January 26, 2023 Accepted: February 10, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์แบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น เก็บข้อมูลย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2562 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2564 กำหนดจำนวนตามสัดส่วนแต่ละปี ทำการสุ่มอย่างง่ายแบบชั้นภูมิในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 112 ราย เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการผ่าตัด และการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการจัดการความปวดร้อยละ 79.5 มีประสบการณ์ความปวดร้อยละ 50.9 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการทั่วไปร้อยละ 49.1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 83.0 การจัดการความปวดและจำนวนภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 77.554, p = .000, \chi^2 = 14.445, p = .000$ ตามลำดับ) แต่ประสบการณ์ความปวดและชนิดการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความปวดหลังผ่าตัด พยาบาลห้องพักฟื้นควรให้ความสำคัญในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย; ความปวดหลังผ่าตัด; ปัจจัยคัดสรร



The Relationships between Selected Factors and Postoperative Pain among Patients undergone General Anesthesia in Recovery Room

Patcharee Prommala¹ Tipa Toskulkao² Sakul Changmai²

¹Student of Master of Nursing Science Program, College of Nursing, Christian University, Thailand

²College of Nursing, Christian University, Thailand

Corresponding author: Tipa Toskulkao; E-mail; tipa2558@gmail.com

Received: October 25, 2022 **Revised:** January 26, 2023 **Accepted:** February 10, 2023

Abstract

This retrospective descriptive correlational study aimed to investigate the relationships between selected factors and postoperative pain among patients undergoing general anesthesia in recovery room. Retrospective data were collected from the review of medical records between January 2019 to December 2021. The proportion of the sample was determined based on the total number of patients per year. Stratified simple random sampling was performed on an eligible sample of 112 patients who met the criteria. The research instruments included personal data record forms, a surgical record and post anesthesia record. The data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square tests. The results showed that most of the samples received pain management (79.5%), had pain experience (50.9%), had undergone general surgery (49.1%), and had no complications (83.0%). Pain management and the number of complications were correlated with postoperative pain at the statistically significant level of $p < .05$ ($\chi^2 = 77.554$, $p = .000$, $\chi^2 = 14.445$, $p = .000$, respectively). However, experience of pain and type of surgery were not correlated with postoperative pain. Healthcare providers should pay more attention to postoperative pain management to improve the quality of care provided to patients in the recovery room after surgery.

Keywords: general anesthesia; postoperative pain; selected factors.

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างแน่นอน โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นประสบการณ์ความรู้สึกและอารมณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้น¹ ปัจจุบันผู้ป่วยประมาณร้อยละ 80 ที่ได้รับการผ่าตัดมีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรงหลังการผ่าตัด² ความปวดที่เกิดขึ้นบางครั้งอาจเกิดร่วมกับการที่มีสายระบาย เช่น สายระบายจากหน้าอก หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ความปวดอาจเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย³ ซึ่งเกิดจากกลไกหลายอย่างที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง เกิดทั้งในระบบประสาทส่วนกลาง และส่วนปลาย โดยมีปัจจัยต่าง ๆ มาเกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การได้รับความปวด สภาพจิตใจ อารมณ์ ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ขนาดแผลผ่าตัด และวิธีการได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นต้น⁴⁻⁵ ความปวดหลังผ่าตัดถ้าหากได้รับการจัดการไม่เพียงพอและเหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การติดเชื้อ และความปวดเรื้อรังตามมาได้⁶ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ การฟื้นสภาพกลับเข้าสู่ภาวะปกติช้า ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น เป็นผลให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น⁷⁻⁹ ผลกระทบของความปวดส่งผลทางสรีรวิทยาต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายคือ ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และอื่น ๆ เช่น เลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด อุณหภูมิร่างกายต่ำ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการปวด⁸⁻⁹

อาการปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดต้องได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอและเหมาะสมโดยเฉพาะระยะแรกหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูลักษณะปกติได้เร็วขึ้น รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น⁵ โดยการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องพักฟื้น¹⁰ การจัดการความปวดแบ่งเป็นแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งในห้องพักฟื้นเป็นความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะจัดการความปวดเป็นแบบใช้ยาอย่างเดียวหรืออาจเป็นแบบใช้ยาร่วมกับแบบไม่ใช้ยา³ พยาบาลห้องพักฟื้นจะต้องมีการประเมินอาการ สังเกตอาการ เฝ้าระวังอาการหลังได้รับยาระงับความรู้สึก และมีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด² เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดเมื่อมีคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน และผู้ป่วยต้องได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติและยังขาดการดูแลต่อเนื่อง¹¹ พยาบาลห้องพักฟื้นจึงต้องดูแลให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้รับการจัดการความปวดที่ดี และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการความปวด ประสบการณ์ความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล มีเพียงผู้ป่วยที่รับรู้และสามารถบอกถึงความรู้สึกของความปวดที่ถูกต้องของตนเองได้ ในผู้ป่วยบางรายอาจกลัวและวิตกกังวลจากประสบการณ์ในอดีต แต่ในทางกลับกันถ้าหากผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถรับมือกับความปวดปวดได้ดี¹² แต่ทั้งนี้ก็ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะชนิดการผ่าตัดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในแต่ละตำแหน่งของร่างกาย ชนิดการผ่าตัดอาจก่อให้เกิดความปวดที่ต่างกัน และการผ่าตัดแต่ละชนิดเกิดการบาดเจ็บของแต่ละระบบของร่างกายทั้งภายในและภายนอก จากการศึกษาที่ผ่านมาการผ่าตัดด้วยระยะเวลาในทำให้เกิดความปวดรุนแรงกว่าภายนอก¹³ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการวางแผนในการจัดการการความปวด เพื่อช่วยให้การระงับความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกจะได้รับการสังเกตอาการหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง หรืออาจนานกว่า 2 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับระดับความรู้สึกตัว ความคงที่ของสัญญาณชีพ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหรือปัญหาที่พบบ่อยหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกในห้องพักฟื้น ส่วนใหญ่เกิดจาก 2 สาเหตุคือ ภาวะแทรกซ้อนหลังได้ยาระงับความรู้สึกได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน การอุดตันทางเดินหายใจ ความดันเลือดต่ำ ความดันเลือดสูง



หัวใจเต้นผิดจังหวะ การตื่นช้ำกว่าปกติ ภาวะสับสนเฉียบพลัน อาการคลื่นไส้อาเจียน อุณหภูมิกายต่ำ หนาวสั่น^{9,14-15} และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้แก่ เลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด ลมในชั้นใต้ผิวหนัง¹⁴⁻¹⁶ เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการจัดการ

การจัดการอาการของดอดด์และคณะ¹⁷ เป็นแนวคิดที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล เมื่อประเมินความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ และรูปแบบของการเกิดอาการ รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น มีการตอบสนองต่ออาการของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคม และพฤติกรรม บุคคลสามารถจัดการกับอาการเพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยกลวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยาในการบรรเทาและการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการมีความจำเพาะเจาะจงว่าใครเป็นผู้จัดการอาการ ใช้กลวิธีไหน ใช้กับใครหรือผู้บริการเป็นใคร จัดการที่ไหน อย่างไร มากน้อยแค่ไหน เมื่อไหร่ และทำไมต้องใช้กลวิธีทั้งหมดนี้จะส่งผลไปสู่ผลลัพธ์ในการจัดการจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปวดและการจัดการอาการปวด 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ¹⁸ และมีการศึกษาประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับใน 48 ชั่วโมง เจ็ดวัน และสามเดือน¹⁹ แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวด ประสบการณ์ความปวด ชนิดการผ่าตัด และจำนวนภาวะแทรกซ้อนกับความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการรับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายระยะ 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรดังกล่าวกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการรับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย 2 ชั่วโมงแรกในห้องพักฟื้นโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการในการอธิบาย เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่ห้องพักฟื้นในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ¹⁷ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วยแนวคิดที่สัมพันธ์กันของ 1. ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) เป็นการรับรู้อาการของแต่ละบุคคลหลังผ่าตัด ได้แก่ การรับรู้อาการ (perception of symptom) ว่ามีอาการปวดหลังผ่าตัด แล้วมีการประเมิน (evaluation of symptom) ว่ามีความปวดระดับไหน และมีการตอบสนองต่ออาการปวด (response of symptom) อย่างไร 2. กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการจัดการความปวดโดยพยาบาล (who) เป็นแบบใช้ยา และใช้ยา กับไม่ใช้ยา (what) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (whom) ที่ห้องพักฟื้น (where) โดยมีการประเมินระดับความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (how) ตั้งแต่แรกรับจนถึงก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น (when) เพื่อจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด (why) เมื่อผู้ป่วยมีคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 (how much) และ 3. ผลลัพธ์ (outcomes) เป็นผลจากกลวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโดยประเมินจากสภาพอาการ ได้แก่ สัญญาณชีพ คะแนนความปวด และจำนวนภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การจัดการความปวด ประสบการณ์ความปวด ชนิดการผ่าตัด และจำนวนภาวะแทรกซ้อน กับความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการรับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น



สมมติฐานการวิจัย

การจัดการความปวด ประสิทธิภาพความปวด ชนิดการผ่าตัด และจำนวนภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความปวดหลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบย้อนหลัง (retrospective descriptive correlational study) มีข้อดีคือเป็นการศึกษาข้อมูลตามความเป็นจริงที่มีอยู่แล้ว ใช้เวลาในการศึกษาน้อยกว่าแบบอื่น ประหยัดค่าใช้จ่าย²⁰ และสามารถได้ข้อมูลที่แสดงความเกี่ยวข้องต่อกันได้รวมทั้งเหมาะต่อการศึกษาในโรงพยาบาล เอกชนที่มีข้อจำกัดจากผู้ป่วยที่มีความต้องการความส่วนตัวสูงเข้าถึงยาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เวชระเบียนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่โรงพยาบาลเอกชน ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในห้องพักฟื้นหลังได้รับการผ่าตัด ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ.2562 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1. มี American Society of Anesthesiologist (ASA) classification อยู่ในระดับ 1 ถึง 3 โดยจำแนกดังนี้ ระดับ 1 ผู้ป่วยแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว ระดับ 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมได้ ระดับ 3 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ไม่ดีและมีผลทำให้เสื่อมหน้าที่ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง 2. ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 3. ได้รับการจัดการความปวดโดยทีมสุขภาพ 4. มีสัญชาติไทย และ 5. มีภูมิลำเนาอยู่ในประเทศไทย การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้โดยใช้ G*Power คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง กำหนดอำนาจทดสอบเท่ากับ .90 ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบเท่ากับ .05 แต่เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาตัวแปรที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ .3²¹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์พิจารณา วัตถุประสงค์จำนวนตัวแปรอิสระและสถิติที่ใช้แทนค่าได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 112 ราย

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องพักฟื้นระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ.2562 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2564 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 6,258 ราย มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 1,684 ราย ดังนี้ พ.ศ.2562 จำนวน 567 ราย พ.ศ.2563 จำนวน 588 ราย และ พ.ศ.2564 จำนวน 529 ราย จากนั้นกำหนดสัดส่วนจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละปีเป็นจำนวน 38, 39 และ 35 ราย แล้วกำหนดตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) แบ่งตามอายุ (อายุ 18-59 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป) จากนั้นหาสัดส่วนตัวอย่างของชั้นภูมิ และในชั้นตอนสุดท้ายทำการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จนครบ 112 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ สภาพร่างกายก่อนผ่าตัด ประวัติการผ่าตัด และประสิทธิภาพความปวด

2. แบบบันทึกข้อมูลการผ่าตัดเป็นแบบให้เลือกตอบมีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด

3. แบบบันทึกการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง มีจำนวน 28 ข้อ ได้แก่ การประเมินการจัดการความปวด การประเมินซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด และภาวะแทรกซ้อน



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบบันทึกเท่ากับ .95 และนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยนำไปใช้ในการบันทึกเวชระเบียนที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แต่ไม่นับเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ผู้ประเมิน 2 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการอนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ น. 14/2564 ออกให้ ณ วันที่ 28 มกราคม พ.ศ.2565 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่มีอยู่ในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เท่านั้น ไม่มีการเชิญชวนเข้าร่วมวิจัย ไม่มีการติดต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม และเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลของผู้วิจัย ที่ใช้รหัสป้องกันเข้าใช้จากบุคคลอื่น โดยมีเพียงผู้วิจัยทราบรหัสเท่านั้น การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเป็นโดยภาพรวมจากการวิเคราะห์เวชระเบียนตามระเบียบวิธีวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเสนอเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้การรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เมื่อได้รับอนุญาตจึงเข้าพบชี้แจงวัตถุประสงค์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ หัวหน้าแผนกผ่าตัดและแผนกพักฟื้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษาในห้องผ่าตัดและเข้ารับบริการในห้องพักฟื้น จากนั้นนำข้อมูลมาลงบันทึกตามแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และรวบรวมข้อมูลที่ศึกษารวมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์หิวธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวด ประสิทธิภาพความปวด ชนิดการผ่าตัด และจำนวนภาวะแทรกซ้อน กับความปวดหลังผ่าตัดใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-square) ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวด ประสิทธิภาพความปวด และชนิดการผ่าตัด กับความปวดหลังผ่าตัดใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แครมเมอร์วี (Cramer's V coefficient) ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนภาวะแทรกซ้อน กับความปวดหลังผ่าตัดใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ฟาย (Phi coefficient)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67.0 มีอายุ 18-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 คิดเป็นร้อยละ 33.0 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 56.2 โดยมี ASA Classification ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 55.4 ได้รับการวินิจฉัยโรค 3 อันดับแรกคือ โรคหัวใจในถุงน้ำดีคิดเป็นร้อยละ 28.6 หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทคิดเป็นร้อยละ 15.2 เนื้องอกในมดลูกคิดเป็นร้อยละ 9.8 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่า 60 นาทีคิดเป็นร้อยละ 48.2 ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่ใน



ห้องพักฟื้นเท่ากับ 121.03 \pm 3.92 ส่วนใหญ่จำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นไม่เกิน 120 นาที คิดเป็นร้อยละ 92.8 ส่วนสาเหตุการจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นล่าช้า คือ อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน และอุณหภูมิกายสูง คิดเป็นร้อยละ 3.6 2.7 และ 0.9 ตามลำดับ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นส่วนใหญ่มีความปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 61.6 ได้รับการจัดการความปวดคิดเป็นร้อยละ 79.5 โดยได้รับการจัดการความปวดแบบใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 55.4 แบบใช้ยาร่วมกับแบบไม่ใช้ยา (ให้ยาร่วมกับการจัดทำ, ให้ยาร่วมกับประคบเย็น และให้ยาร่วมกับกระตุ้นการฝึกหายใจ) คิดเป็นร้อยละ 24.1 มีประสบการณ์ความปวดคิดเป็นร้อยละ 50.9 ชนิดการผ่าตัดคือ ศัลยกรรมทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 49.1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกคิดเป็นร้อยละ 83.0 ส่วนที่มีภาวะแทรกซ้อน มีจำนวนภาวะแทรกซ้อน 1 อาการคิดเป็นร้อยละ 13.4 และ 2 อาการคิดเป็นร้อยละ 3.6 ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน คิดเป็นร้อยละ 8.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการจัดการความปวด ประสบการณ์ความปวด ชนิดการผ่าตัด จำนวนภาวะแทรกซ้อน และความปวดหลังผ่าตัด (n=112)

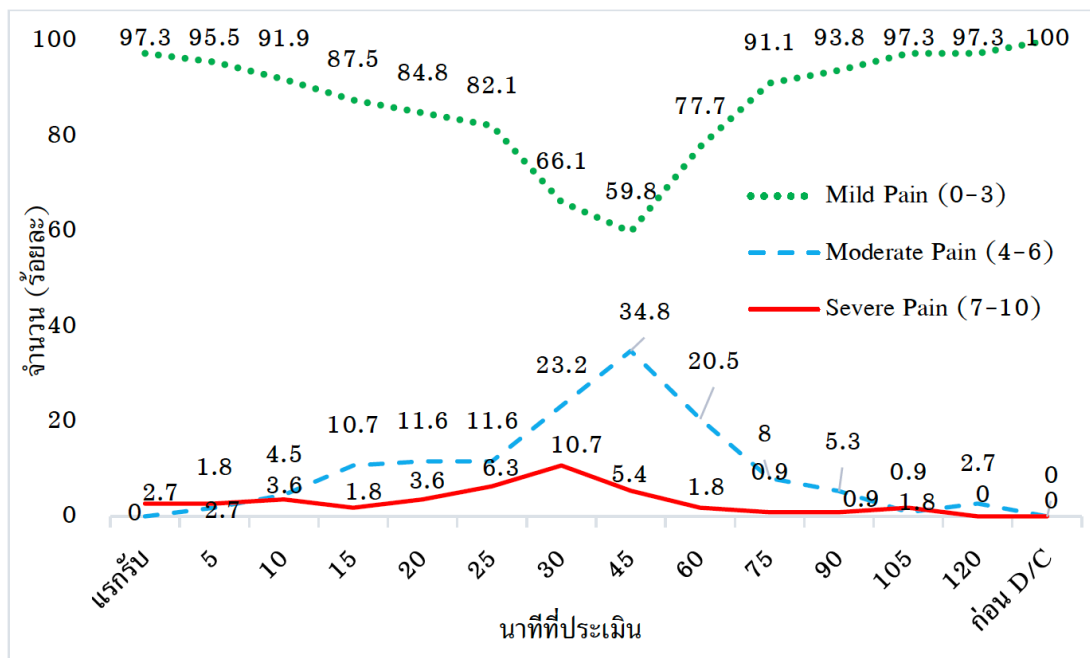
ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการความปวด (n=112)		
ไม่มี	23	20.5
มี	89	79.5
แบบใช้ยา	62	55.4
แบบใช้ยาและไม่ใช้ยา	27	24.1
ประสบการณ์ความปวด		
ไม่มี	55	49.1
มี	57	50.9
ชนิดการผ่าตัด		
general surgery	55	49.1
orthopedic surgery	28	25.0
อื่น ๆ (gynecologic surgery, otolaryngology)	29	25.9
จำนวนภาวะแทรกซ้อน		
0 อาการ	93	83.0
1 อาการ	15	13.4
คลื่นไส้ อาเจียน	9	8.0
อุณหภูมิกายต่ำ	2	1.8
อุณหภูมิกายสูง	1	.9
ภาวะลมแทรกในชั้นใต้ผิวหนัง	2	1.8
ทางเดินหายใจอุดตัน	1	.9
2 อาการขึ้นไป	4	3.6
คลื่นไส้ อาเจียนร่วมกับ อุณหภูมิกายต่ำ	2	1.8



ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
คลื่นไส้ อาเจียนร่วมกับ ภาวะลมรัวในชั้นใต้ผิวหนัง	1	.9
อุณหภูมิกายต่ำ ร่วมกับ เลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด	1	.9
ความปวดหลังผ่าตัด(n=112)		
ระดับน้อย (0-3 คะแนน)	23	20.5
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	69	61.6
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	20	17.9

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นมีความปวดระดับปานกลางมากที่สุด 45 คิดเป็นร้อยละ 34.8 และมีความปวดระดับมากที่สุดที่ 30 คิดเป็นร้อยละ 10.7 ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับความปวดแต่ละช่วงเวลาในห้องพักฟื้นจากแบบบันทึกสัญญาณชีพ (n=112)



ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับการจัดการความปวด 1 ครั้ง โดยก่อนได้รับการจัดการความปวด มีความปวดระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 58.1 และหลังได้รับการจัดการความปวดมีความปวดระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 73.2 ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดจำแนกตามระดับความปวดและการจัดการความปวดจากแบบบันทึกการจัดการความปวด (n=112)

การจัดการความปวด	ระดับความปวด					
	คะแนนความปวดก่อนได้รับการจัดการ			คะแนนความปวดหลังได้รับการจัดการ		
	จำนวน (ร้อยละ)			จำนวน (ร้อยละ)		
	0-3	4-6	7-10	0-3	4-6	7-10
1 ครั้ง	23 (20.5)	65 (58.1)	24 (21.4)	82 (73.2)	26 (23.2)	4 (3.6)
2 ครั้ง	102 (91.0)	6 (5.4)	4 (3.6)	110 (98.2)	2 (1.8)	
3 ครั้ง	111 (99.1)	1 (.9)		112 (100)		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความปวดหลังผ่าตัด พบว่า การจัดการความปวดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 77.554, p = .000$) โดยมีขนาดความสัมพันธ์ $V = .832$ หมายถึงผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นตามระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 14.445, p = .000$) โดยมีขนาดความสัมพันธ์ $- .359$ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือจำนวนภาวะแทรกซ้อน 0 อาการ มีความปวดมากหลังผ่าตัด ส่วนประสพการณ์ความปวดและชนิดการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความปวดหลังผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความปวดหลังผ่าตัด (n=112)

ปัจจัยคัดสรร	ความปวดหลังผ่าตัด
1. การจัดการความปวด ^a	.832*
2. ประสพการณ์ความปวด ^a	.147
3. ชนิดการผ่าตัด ^a	.198
4. จำนวนภาวะแทรกซ้อน ^b	-.359*

* $p < .05$, ^aCramer's V, ^bPhi coefficient

อภิปรายผลการวิจัย

1. การจัดการความปวดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความปวดหลังผ่าตัด สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายตามทฤษฎีการจัดการอาการของอดด์และคณะ¹⁷ ได้ดังนี้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นรับรู้อาการว่ามีความปวดหลังผ่าตัดระดับมากในนาที่ที่ 30 และระดับปานกลางในนาที่ที่ 45 (แผนภาพที่ 1) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ตั้งแต่นาที่ที่ 30 การจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกในห้องพักฟื้นเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด โดยการจัดการความปวดแบบใช้ยา และแบบใช้ยาร่วมกับแบบไม่ใช้ยา การจัดการความปวดในห้องพักฟื้นมีมากที่สุด



3 ครั้ง และส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวด 1 ครั้ง โดยก่อนได้รับการจัดการความปวดผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงมาก และมีความปวดระดับเล็กน้อยหลังได้รับการจัดการความปวด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการจัดการความปวด ผลการศึกษาครั้งนี้การจัดการความปวดมีความสัมพันธ์กับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปวดและการจัดการอาการปวด 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ¹⁹ พบว่าการรับรู้อาการรบกวนและระดับความปวดมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการจัดการอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดเฉียบพลันกับผลลัพธ์ความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลังผ่าตัดในช่วง 72 ชั่วโมง¹³ พบว่าการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับผลลัพธ์ของความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. จำนวนภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่าจำนวนภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความปวดหลังผ่าตัด จากเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างพบภาวะแทรกซ้อนดังตารางที่ 1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ร้อยละ 83.0 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5.32 \square 1.56 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีจำนวนภาวะแทรกซ้อน 1-2 อาการพบเพียงร้อยละ 17.0 มีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 \square 1.45 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดเฉลี่ยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนความปวดเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=3.780$, $df=110$, $p=.000$) นั่นคือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 0 อาการมีคะแนนความปวดสูงแต่ผู้ป่วยที่มีจำนวนภาวะแทรกซ้อน 1-2 (อาการ) มีคะแนนความปวดต่ำ ภาวะแทรกซ้อนที่พบอาจเกิดจากการผ่าตัด ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่ผู้ป่วยทุกรายได้รับในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลต่อคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกในห้องพักฟื้นได้ นอกจากนี้ความปวดหลังผ่าตัดอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นที่มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัด และวิธีการระงับความรู้สึก⁴⁻⁵ ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนภาวะแทรกซ้อนกับความปวดหลังผ่าตัด

3. ประสบการณ์ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับความปวดหลังผ่าตัดในการศึกษานี้ แต่มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับอาการปวดปานกลางถึงรุนแรงหลังผ่าตัด²² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าคะแนนความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนหน้านี้ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดมาก่อน²³ และการศึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและการจัดการเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล และทางคลินิกพบว่าร้อยละ 16.8 ของผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดครั้งก่อนมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴ อย่างไรก็ตามประสบการณ์ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนตัว ถึงแม้จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสรีรวิทยา แต่ละบุคคลจะมีปฏิกิริยาต่อความปวดครั้งเก่าและได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ปวดครั้งก่อน ทำให้บุคคลมีการรับมือต่อความปวดที่แตกต่างกันออกไป

4. ชนิดการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความปวดหลังผ่าตัดในการศึกษานี้ ซึ่งที่ผ่านมามีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปมีอาการปวดมากกว่าการผ่าตัดอื่น ๆ ร้อยละ 42.4²⁵ และความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดกับอาการปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Ndebea และคณะ²⁶ พบว่าคะแนนความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ เช่น ช่องท้อง ทรวงอก และนรีเวช ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรงและปวดรุนแรง และการศึกษาของออร์ธญา นิมัทศนศิริ และคณะ¹³ พบว่าชนิดการผ่าตัดเปิดเข้าไปในช่องท้อง (exploratory laparotomy) มีระดับความรุนแรงมากและปานกลาง การศึกษานี้ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายห้องส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดชนิดศัลยกรรมช่องท้องร้อยละ 49.1 ซึ่งทั้งหมดเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้องผ่านหน้าท้อง และมีแผลขนาดเล็กอาจส่งผลให้เกิดความปวดระดับน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ในโรงพยาบาลแห่งนี้การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องส่วนใหญ่จะใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายร่วมกับการฉีดยาเข้าไปในช่องไขสันหลัง



ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกที่ห้องพักฟื้น เพื่อให้พยาบาลห้องพักฟื้นปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันและมีการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการระงับความรู้สึก เนื่องจากปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการระงับความรู้สึก อาจเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนภาวะแทรกซ้อนกับความปวดหลังผ่าตัด ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนว่ามีปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอย่างไร

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนมีการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์และเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้องที่มีแผลขนาดเล็ก และการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องหรืออวัยวะใหญ่จะได้รับการระงับความรู้สึกที่ร่างกายร่วมกับวิธีอื่น ดังนั้นการผ่าตัดที่มีแผลขนาดเล็กอาจมีคะแนนความปวดเฉลี่ยต่ำกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง

References

1. International association for the study of pain. IASP announces revised definition of pain [home page on internet]. 2020 [cited 2021 Nov 1]. Available from <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
2. Thienthong S, Niruthisard S, Ittichaikulthorn W, Tontisirin N, Tungwiwat S, Nimmaanrat S. et al. Clinical guidance for acute postoperative pain management 2019 The Royal College of Anesthesiologists of Thailand (RCAT) and The Thai Association for the Study of Pain (TASP) Second Edition, Thai journal of anesthesiology.2020;46(1):47-80.(in Thai)
3. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand & Thai Association for the Study of Pain. Clinical guidance for acute postoperative pain management [Internet].2019[cited 2020 Jan 16]. Available from <http://www.anesthai.org/public/rcat/Documents/document/1559269929>.(in Thai)
4. Sawangchai J, Ngamkham S. Postoperative pain in patients after abdominal surgery at Sawanpracharak Hospital. Journal of health science research.2017;11Suppl:1-11.(in Thai)
5. Sawangsri K. Pain management in patients undergoing open heart surgery. Thai journal of cardio thoracic nursing.2017;28(1):2-15.(in Thai)
6. Meissner W, Coluzzi F, Fletcher D, Huygen F, Morlion B, Neugebauer E, et al. Improving the management of postoperative acute pain priorities for change. Current medical research&Opinion.2015;31(11):2131-43.
7. Kunwee A, Pakdevong N, Binhosen V. Pain management situation in recovery room for person received general anesthesia. Journal of bamrasnaradura infectious diseases institute.2012;6(3):1-8.(in Thai)
8. Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain prevalence consequences and prevention. Journal of pain research.2017;10:2287-98.
9. Mazda Y, Jadin S, Khan JS. Postoperative pain management. Canadian Journal of General Internal Medicine.2021;16(1):5-17.



10. American society of anesthesiologists. Standards for post anesthesia care committee of origin standards and practice parameters [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 30]; Available from <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/standards-for-postanesthesia-care>
11. Janphete N. Study of pain management and satisfaction in postoperative patients receiving general anesthesia in the recovery room, Nopparat Rajathanee Hospital. *Journal of Bamrasnaradura Infectious diseases institute*.2019;13(1):13-22.(in Thai)
12. Acar K, Acar H, Demir F, Aslan FE. Determining the incidence of postsurgical pain and analgesic use postsurgical pain and analgesic. *Acibadem university health sciences journal*.2016;7:85-91.
13. Nimthasanasiri A, Chayaput P, Thosingha O. Correlation between management of acute pain, Severity of injury, Type of surgery and post-operative pain outcome in injured patients. *Thai journal of nursing council*.2013;28(1):111-23.(in Thai)
14. Kumnak J, Pudpethkeaw P, Keawaun Y, Jindasurarak D. Anesthesiology complications during recovery period of patients receiving surgery under general anesthesia Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*. 2013;21(1):48-58.(in Thai)
15. Chunam N, Sangjun S, Urai Wattana P. Incidence of anesthesia complications at Thammasat University Hospital. Thammasat University hospital research project for performance development [Internet]. 2012 [cited 2021 Dec 26]; Available from <https://www.hospital.tu.ac.th/ndtuh/upload/addsome/files>. (in Thai)
16. Kukuza. K, Aboeed A. Subcutaneous Emphysema [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 30]; Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542192/>
17. Dodd M, Janson S, Faucett J, Froelicher E, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*.2001;33(5):668-76.
18. Maneewong J, Panthu K, Phorang R. The Correlation between pain perception and pain management in elderly patients undergoing surgery at a Tertiary Level Hospital. *Journal of nursing Siam University*. 2020;21(41):29-40.(in Thai)
19. Rosen H, Bergh I, Oden A, Martensson L. Patients experiences of pain following day surgery at 48 hours seven day and three months. *The open nursing journal*.2011;5:52-9.
20. Talari K, Goyal M. Retrospective studies [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 31]; Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33469615/>
21. Polit DF, Beck TC. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer Health Philadelphia;2017.
22. Kasahun HG, Agizew TB, Temesgen MM, Ashagrie, HE. Assessment of acute postoperative pain management and associated factors after elective surgery among adult surgical patients: a prospective cross-sectional study. *International journal of surgery short report*, 2022;7(37):1-6.
23. Fatma A, Serife K. Experience of pain in patients undergoing abdominal surgery and nursing approaches to pain control. *International Journal of Caring Sciences*. 2017; 10(3): 1456-64.
24. Nasir M, Ahmed A. Knowledge about postoperative pain and Its management in surgical patients. *Cureus*,2020;12(1):1-6.



25. Chularee S. Incidence of post-operative complication nursing management and outcomes in patients at post anesthesia care unit. *Journal of nursing and health care*.2017;35(4):194–203.(in Thai)
26. Ndebea A, Heuvel S, Temu R, Kaino M, Boekel R, Steegers M. Prevalence and risk factors for acute postoperative pain after elective orthopedic and general surgery at tertiary referral hospital in Tanzania [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 25]. Available from <https://www.dovepress.com/> by 49.230.138.74



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Factors Related to Fall Prevention Behaviors among Older Adults in Rural Communities, Yang Sisurat District, Maharakham Province

คุณณภัตน์ ขาวहित¹ วิราวรรณ คำหวาน¹ กำพร ดานา² ชนายุส คำโสม³

Doonnaput Khowhit¹ Wiravan Kumvan¹ Kamthorn Dana² Chanayus Kumsom³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Faculty of Nursing, Maharakham University

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

²Ban Non Rang Tambon Health Promotion Hospital, Yangsisurat District, Maharakham Province

³ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

³Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen, Mueang District, Khonkaen Province

Corresponding author: Doonnaput Khowhit; Email: doonnaput.c@msu.ac.th

Received: September 18, 2022 Revised: January 9, 2023 Accepted: February 10, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 374 คน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดำเนินการวิจัยระหว่าง สิงหาคม – กันยายน 2563 แบบสอบถามใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม ความเสี่ยงการหกล้ม แบบประเมินข้อมูลทางชีววิทยา แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ .95 ค่าความเชื่อมั่น .71-.99 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยายและหาความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติไคว์สแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < .05$ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 16.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท พบว่า ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวันและการมีผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ชนบท จากผลการวิจัย พบว่า เยาวชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน และจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่จำเพาะเฉพาะกลุ่มเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการ ออกกำลังกาย การปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลให้ความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันการหกล้มเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

คำสำคัญ: การพลัดตกหกล้ม; ชุมชนชนบท; ผู้สูงอายุ; พฤติกรรมการป้องกันตัวเอง



Factors Related to Fall Prevention Behaviors among Older Adults in Rural Communities, Yang Sisurat District, Maharakham Province

Doonnaput Khowhit¹ Wiravan Kumvan¹ Kamthorn Dana² Chanayus Kumsom³

¹Faculty of Nursing, Maharakham University

²Ban Non Rang Tambon Health Promotion Hospital, Yangsisurat District, Maharakham Province

³Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen, Mueang District, Khonkaen Province

Corresponding author: Doonnaput Khowhit; Email: doonnaput.c@msu.ac.th

Received: September 18, 2022 Revised: January 9, 2023 Accepted: February 10, 2023

Abstract

This descriptive research aimed to determine the risk of fall, fall prevention behavior and factor related to fall prevention behavior amongst the elderly people in rural communities, in Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province. The study was conducted on 374 elderlies over 60 years of age, multi-stage randomized sampling was used, data was collected from August to September 2020. The research measurements are general questionnaire, risk of fall questionnaire, biological assessment form and risk of fall in elderlies' assessment form. The Content Validity Index for scale (S-CVI) was .95, reliability between .71 to .99, descriptive analysis and Chi-Square were analyzed with p-value <.05. The result of this study has determined that elderly people have a risk of falling of 16.3%, most elderly people have a fall prevention behavior at a good level (74.3%). Concerning the factors related to fall prevention behavior in the elderly people in rural communities, it has been determined that the ability to carry out daily activities and having a primary caregiver were related to the fall prevention behavior. From the research results, community nurses in primary care units should assess the Activities of Daily Living (ADL) and organize activities or intervention for specific groups to enhance the self-care ability of the elderly people about exercise, adjusting the environment that suitable for the elderly and promote families or caregivers' knowledge about the fall prevention to support older people who are at risk of falling.

Keywords: fall; rural community; older adults; prevent behavior



ความเป็นมาและความสำคัญ

การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มประมาณปีละ 6.84 แสนคน และร้อยละ 80 มักเกิดในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง และมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป¹ ประเทศไทยพบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2564 มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ปีละประมาณ 3,030,900-5,506,000 คน (คิดเป็นร้อยละ 29.9-41.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิงมีการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชายกว่า 1.6 เท่า ในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5,700-10,400 คนต่อปี²

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มพบว่า ปัจจัยด้านชีววิทยา เพศหญิงมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพศชายมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศหญิงและเพศหญิงที่มีอายุเพิ่มขึ้นมีโอกาสนในการพลัดตกหกล้มที่มากขึ้น ด้านอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเสียชีวิตหรือได้รับบาดเจ็บสาหัสจากการพลัดตกหกล้มและความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุมากขึ้น¹ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่า ขณะที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี เพิ่มขึ้น 2 เท่า² ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาต่อเนื่อง เช่น การเจ็บป่วยทางระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือภาวะทุพพลภาพอื่นๆ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน³ การมีปัญหारेื่องการมองเห็น การสูญเสียการทรงตัวและการเคลื่อนไหว การรับรู้ที่ผิดปกติ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การไม่ออกกำลังกาย ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ความยากจน สภาพที่อยู่อาศัยที่แออัดหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การทำงานที่ไม่ปลอดภัยส่งเสริมให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการพลัดตกหกล้มได้¹

การพลัดตกหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้านร่างกายพบว่าทำให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง เช่น ฟกช้ำ ถลอก หรือเป็นแผลตามร่างกาย การบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกข้อมือหัก (ร้อยละ 1.6) ข้อสะโพกหัก (ร้อยละ 1.2) และกระดูกซี่โครงหัก (ร้อยละ .5) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ถึงร้อยละ 20 และ ร้อยละ 8.4 เป็นการบาดเจ็บรุนแรงที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล⁴ ผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้สูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต การเข้าสังคมจะลดลง มีความวิตกกังวล เครียด และมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษา หากต้องจ้างคนดูแลมีค่าใช้จ่ายอาจสูงถึง 1.2 ล้านบาทต่อคนต่อปี⁵ ซึ่งแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่สำคัญ คือ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้านให้เหมาะสม การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน⁶⁻⁷ การฝึกการทรงตัวลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาเพิ่มการได้รับวิตามินดีในรายที่ขาด¹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่า ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ⁸ อายุ อาชีพหลัก⁹⁻¹⁰ รายได้ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โรคประจำตัว การใช้ยา¹⁰ ระดับการศึกษา ยาที่ใช้ประจำ ผู้ดูแล การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม¹¹ ดัชนีมวลกาย ฟันที่เหลือเคี้ยวได้ และจำนวนสมาชิกในบ้าน ลักษณะการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกาย การรับรู้ การทรงตัว สภาพร่างกายทั่วไป การพูด ความสามารถควบคุมการขับถ่าย และการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน⁹ นอกจากนี้พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มและความกลัวการหกล้ม⁸ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การได้รับข้อมูลข่าวสาร และความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ⁹



จังหวัดมหาสารคาม ปี 2564 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 177,246 คน คิดเป็นร้อยละ 18.69 ของประชากรทั้งหมด¹² อำเภอขามเฒ่า เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 7 ตำบล 91 หมู่บ้าน อยู่ห่างจากศาลากลางจังหวัดมหาสารคาม ประมาณ 73 กิโลเมตร ประชาชนส่วนใหญ่พูดภาษาไทยอีสาน นับถือศาสนาพุทธ มีการดำเนินชีวิตตามรูปแบบชุมชนชนบท มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ปี 2565 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 5,857 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9 ซึ่งมากกว่าระดับจังหวัดและระดับประเทศไทย ถือว่าอำเภอขามเฒ่า เป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์”¹³ จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีผลกระทบต่างๆ ตามมาไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะด้านร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายถึงร้อยละ 57.8¹⁴ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงสนใจทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผลวิจัยจะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพหรือพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

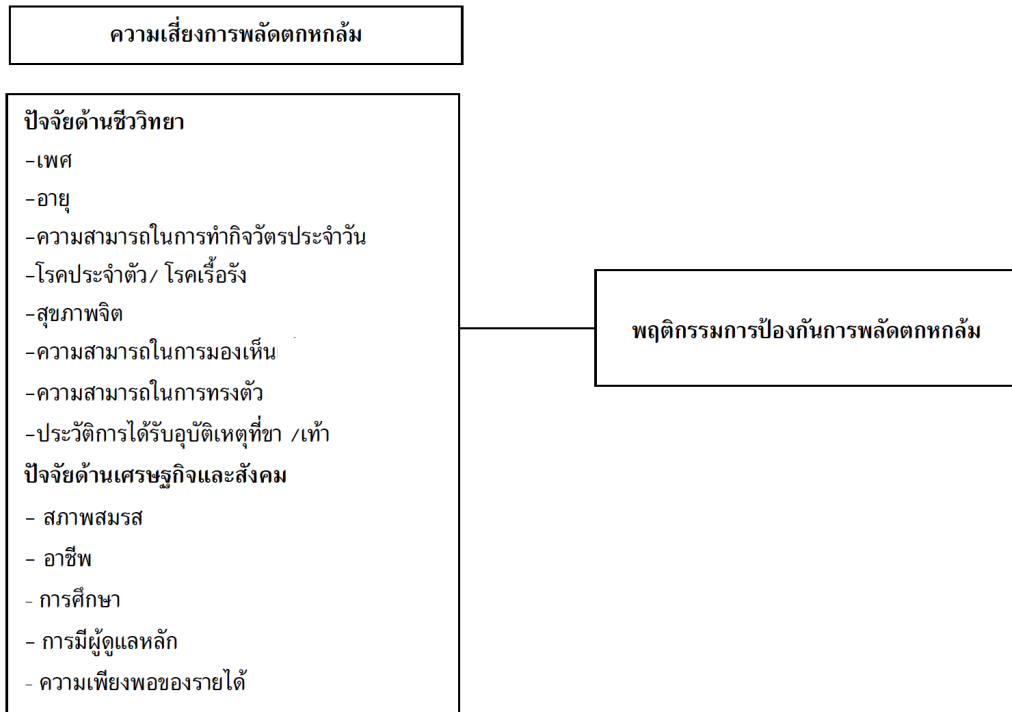
1. เพื่อประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการทรงตัว ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่ขาหรือเข่า และภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม
2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา การมีผู้ดูแล และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบของสำนักโรคไม่ติดต่อ¹⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมตามกรอบปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มขององค์การอนามัยโลก¹ เพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ตัวแปรที่วิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ปี 2563 จำนวน 5,897 คน¹³ กลุ่มตัวอย่างคือหน่วยที่เป็นตัวแทนของประชากร คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากรใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ¹⁶ ดังนี้ $n = N / (1 + Ne^2)$ เมื่อ n = จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง; N = จำนวนประชากร; e = ค่าความคลาดเคลื่อนใช้ .05 แทนค่าในสูตร $n = (5,897 / 1 + 5,897(.05)^2) = 374$ คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกตำบลของอำเภอยางสีสุราช สุ่มเลือก 2 ตำบล จาก 7 ตำบลของอำเภอยางสีสุราช (ได้ตำบลบ้านกู่และตำบลหนองบัวสันตุ) ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของแต่ละตำบล (มีทั้งหมด 3 รพ.สต.) ตำบลบ้านกู่ได้ รพ.สต. บ้านโนนรัง และตำบลหนองบัวสันตุ ได้ รพ.สต.บ้านหนองแวง ขั้นตอนที่ 3 สุ่มรายชื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. โดยกำหนดสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละ รพ.สต. จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ รวมทั้งหมด 374 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ 2) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 3) เป็นผู้มีความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) มีโรคประจำตัวหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร



เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การประกอบอาชีพในปัจจุบัน ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่ขาหรือเข่า และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินข้อมูลทางชีววิทยา ข้อคำถามมีทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการมีโรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ การคัดกรองการมองเห็น การประเมินการทรงตัว การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน/พยุงตัว

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากกรอบทบทวนวรรณกรรมได้ปรับและเพิ่มเติมจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ⁸ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีจำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดปริมาณความถี่ในการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การตอบคำถามจะมีตัวเลือก 4 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้นในแต่ละข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความด้านบวก ให้คะแนน เท่ากับ 3 2 1 0 ตามลำดับ ส่วนข้อความด้านลบ ให้คะแนน 0 1 2 3 ตามลำดับ คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 45 คะแนน การแบ่งระดับพฤติกรรมสามารถแบ่งได้ดังนี้ คะแนน 0-15 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 16-30 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 31-45 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 การประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ¹⁵ ได้แก่ เพศ การมองเห็น การทรงตัว การใช้จ่าย ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และสภาพบ้านที่อยู่อาศัย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน โดยคะแนน 0-3 คะแนน ไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย คะแนน 4-11 คะแนนมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ต้องขอรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านสาขาผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชนจำนวน 2 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมด (content validity index for scale; S-CVI) เท่ากับ .95 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาช ผลหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71- .99

3. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ 175/2563 จากการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ครั้งที่ 6/2563 เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัยหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมและได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงให้ทราบประโยชน์และถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งแจ้งถึงการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การเก็บข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผยแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น จะทำลายข้อมูลที่เป็นเอกสารโดยใช้เครื่องทำลายเอกสาร ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากที่มีการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรังและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เพื่อแนะนำตนเองและขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยตามขั้นตอน และขอรายชื่อผู้สูงอายุจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อผู้สูงอายุ หลังจากได้รายชื่อแล้ว ผู้วิจัยไปพบผู้สูงอายุตามรายชื่อเพื่อแนะนำตัว

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิผู้ที่ตอบรับการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาดำเนินการเดือนสิงหาคม - เดือนกันยายน พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (statistics package for the social sciences) version²⁵ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ข้อมูลปัจจัยด้านชีวภาพ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความถี่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยด้านชีวภาพ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุกับการพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนชนบท จังหวัดมหาสารคาม ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < .05$

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านชีวภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

จากการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านชีววิทยาของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคามพบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 59.4 อายุเฉลี่ย 70.8 ปี (SD=8.1 ปี) แบ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ตอนกลาง (70-79 ปี) และตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) คิดเป็น ร้อยละ 48.9, 35.0, 16.1 ตามลำดับ ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันเป็นกลุ่มติดสังคม (ADL 12 คะแนนขึ้นไป) และเป็นกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 94.1 และ 5.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 40.0 โดยโรคประจำตัวที่พบมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 36.6, 32.8 และ 12.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทรงตัว การมองเห็น และสภาวะจิตใจที่ปกติ และไม่เคยมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่บริเวณขาหรือเข่า คิดเป็นร้อยละ 99.5, 73.3, 96.8, และ 95.7 ตามลำดับ ด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 94.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 62.3 รองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 34.0 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายคิดเป็น ร้อยละ 49.2 รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุร้อยละ 88.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลสม่ำเสมอถึงร้อยละ 86.1 โดยผู้ดูแลหลักคือบุตร คิดเป็นร้อยละ 61.30

ส่วนที่ 2 ความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัด



มหาสารคาม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 83.7 ส่วนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่จำเป็นต้องขอรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขในการป้องกัน คิดเป็นร้อยละ 16.3 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความเสี่ยงด้านเพศหญิงพบมากที่สุด ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือสภาพที่อยู่อาศัยการอยู่บ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 1.5 เมตรขึ้นไปหรือบ้าน 2 ชั้นต้องขึ้นลงโดยใช้บันได ร้อยละ 31.0 และพฤติกรรมการใช้ยาพบว่าผู้สูงอายุที่มีการกินยาต่อไปนั้ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะหรือกินยาชนิดใดก็ได้ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน) คิดเป็นร้อยละ 29.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3.1 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับดี (คะแนน 31-45 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 74.3 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำคือการเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสมกับตัว ไม่ใหญ่หรือยาวจนเกินไปถึงร้อยละ 96.8 การเลือกสวมใส่รองเท้าส้นเตี้ยที่มีแผ่นยึดเกาะพื้นและขนาดพอดีกับเท้า คิดเป็นร้อยละ 96.0 และการดูแลห้องน้ำให้สะอาด พื้นห้องน้ำแห้งอยู่เสมอ คิดเป็นร้อยละ 94.1 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำน้อย ได้แก่ การใช้ราวจับหรืออุปกรณ์ประคองเมื่อต้องลุกจากห้องน้ำ ห้องส้วม คิดเป็นร้อยละ 55.30 การใช้ส้วมนั่งห้อยขา (เช่น ชักโครก เก้าอี้ที่ใช้นั่งคร่อมส้วมซึม) คิดเป็นร้อยละ 53.5 และการออกกกำลังกายโดยการบริหารต้นขา เช่น การเดิน การวิ่งเยาะ รำไม้พลองอย่างน้อยวันละ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 65.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 และ 3

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการทรงตัว ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่ขาหรือเข่า และภาวะสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value $< .05$ ส่วน เพศ อายุ โรคประจำตัว การทรงตัว การมองเห็น การใช้อุปกรณ์ในการเดินและการทรงตัว ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่ขาหรือเข่าไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

จากการศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา การมีผู้ดูแล และความเพียงพอของรายได้กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท พบว่าการมีผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ส่วนการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่ p -value $> .05$ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่จำเป็นต้องขอรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขในการป้องกัน คิดเป็นร้อยละ 16.3 ซึ่ง น้อยกว่าระดับประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณพร บุญเปล่งและคณะ¹⁷ ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) และเป็นกลุ่มติดสังคม (ADL 12 คะแนนขึ้นไป) มีการทรงตัว การมองเห็น และสภาวะจิตใจที่ปกติ และไม่เคยมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่บริเวณขา



หรือเข้าเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทจึงยังสามารถช่วยเหลือตัวเองและยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ถึงแม้จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือไม่มีก็ตาม

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2.1 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ปฏิบัติเป็นประจำคือการเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสมกับตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป การเลือกสวมใส่รองเท้าส้นเตี้ยที่มีแผ่นยึดเกาะพื้นและขนาดพอดีกับเท้า และการดูแลห้องน้ำให้สะอาด พื้นห้องน้ำแห้งอยู่เสมอ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม (n=374)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน(n=374)	ร้อยละ
ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม		
- กลุ่มมีความเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0-3)	313	83.7
- กลุ่มมีความเสี่ยงระดับสูง (ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป)	61	16.3
ปัจจัยเสี่ยง		
1) เพศ		
- ชาย	152	40.6
- หญิง	222	59.4
2) การมองเห็นบกพร่อง		
- ไม่สามารถอ่านตัวเลขระยะ 6/12 เมตร ได้มากกว่าครึ่ง	100	26.7
- อ่านตัวเลขระยะ 6/12 เมตร ได้มากกว่าครึ่ง	274	73.3
3) การทรงตัวบกพร่อง		
- ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้	2	.5
- ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้นาน 10 วินาที	372	99.5
4) การไช้ยา		
- ไช้ยา	110	29.4
- ไม่ไช้ยา	264	70.6
5) ประวัติการหกล้ม 2 ครั้งขึ้นไปในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
- มี	20	5.3
- ไม่มี	354	94.7
6) สภาพบ้านที่อยู่อาศัย		
- อยู่บ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 1.5 เมตรขึ้นไปหรือบ้าน 2 ชั้น ต้องขึ้นลงโดยใช้บันได	116	31.0
- ไม่ได้อยู่บ้านลักษณะดังกล่าว	258	69.0



ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอหางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม (n=374)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันการลัดตกหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
- ปานกลาง (16-30 คะแนน)	96	25.7
- ดี (31- 45 คะแนน)	278	74.3
รวม	374	100.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอหางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยจำแนกเป็นรายข้อ (n=374)

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1) ท่านเลือกสวมเสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสมกับตัว ไม่ใหญ่หรือยาวจนเกินไป	362 (96.8)	12 (3.2)	-	-
2) ท่านเลือกสวมใส่รองเท้าส้นเตี้ย ที่มีแผ่นยึดเกาะพื้น และขนาดพอดีกับเท้า	359 (96.0)	9 (2.4)	1 (.3)	5 (1.3)
3) ท่านมักจะเอื้อมหรือก้มหยิบสิ่งของจนสุดมือ	140 (37.4)	78 (20.9)	33 (8.8)	123 (32.9)
4) ท่านเปลี่ยนอิริยาบถ จากท่านั่งเป็นท่านยืนอย่างช้า ๆ	252 (67.4)	72 (19.3)	24 (6.4)	26 (7.0)
5) ท่านใช้บันได ขึ้น- ลงในชีวิตประจำวัน	124 (33.2)	28 (7.5)	68 (18.2)	154 (41.2)
6) เมื่อเดินขึ้น - ลงบันได หรือเดินขึ้น - ลงพื้นที่ต่างระดับท่านจะจับที่ยึดเกาะ เช่น ผนัง ราว	155 (41.4)	54 (14.4)	43 (11.5)	122 (32.6)
7) ท่านออกกำลังกายโดยการบริหารต้นขา เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะรำไม้พลอง อย่างน้อยวันละ 30 นาที	245 (65.5)	58 (15.5)	28 (7.5)	43 (11.5)
8) ท่านใช้พรมเช็ดเท้า หรือเศษผ้าเก่าเพื่อเช็ดทำความสะอาดเท้า	336 (89.8)	20 (5.3)	7 (1.9)	11 (2.9)
9) มีการเปิดไฟให้สว่างทุกครั้งเมื่อเข้าห้องน้ำ	331 (88.5)	34 (9.1)	5 (1.3)	4 (1.1)
10) มีการดูแลห้องน้ำให้สะอาด พื้นห้องน้ำแห้งอยู่เสมอ	352 (94.1)	20 (5.3)	1 (0.3)	1 (0.3)
11) ท่านใช้ราวจับหรืออุปกรณ์ประคองเมื่อต้องลุกจากห้องน้ำ ห้องส้วม	207 (55.3)	35 (9.4)	30 (8.0)	102 (27.3)
12) ท่านเก็บสิ่งของเครื่องใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน	337 (90.1)	27 (7.2)	7 (1.9)	3 (0.8)
13) ท่านใช้ส้วมนั่งห้อยขา (เช่น ชักโครก เก้าอี้ที่ใช้ที่นั่งคร่อมส้วมซึม)	200 (53.5)	7 (1.9)	14 (3.7)	153 (40.9)
14) ท่านรับประทานยาอย่างน้อยวันละ 4 ชนิด	118 (31.6)	12 (3.2)	38 (10.2)	206 (55.1)
15) ท่านดื่มเครื่องดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สาโท สบาย	24 (6.4)	5 (1.3)	25 (6.7)	320 (85.6)



ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยากับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ
ในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่าสุราษฎร์ธานี จังหวัดมหาสารคาม (n=374)

ปัจจัยด้านชีววิทยา	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				χ^2	p-value
	ปานกลาง (n=96)		ดี (n=278)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
- ชาย	42	27.6	110	72.4	.52 ^a	.47
- หญิง	54	24.3	168	75.7		
อายุ (ปี)						
- 60-69 ปี	47	25.7	136	74.3		
- 70-79 ปี	30	22.9	101	77.1	1.66 ^a	.43
- ≥ 80 ปี	19	31.7	41	68.3		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน						
- ADL < 12 คะแนน	10	45.5	12	54.5	4.80 ^a	.03*
- ADL ≥ 12 คะแนน	86	24.4	266	75.6		
โรคประจำตัว						
- ไม่มี	60	26.9	163	73.1	.44	.50
- มี	36	23.8	115	76.2		
การทรงตัว						
- ปกติ	96	25.8	276	74.2	.69	1.00**
- ผิดปกติ	0	.0	2	100.0		
การมองเห็น						
- ปกติ	64	23.4	210	76.6	2.87	.09
- ผิดปกติ	32	32.0	68	68.0		
ภาวะจิตใจ						
- ปกติ	94	26.0	268	74.0	.53	.73**
- มีความเสี่ยง	2	16.7	10	83.3		
การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน						
- ใช้	6	26.1	17	73.9	.002	.96
- ไม่ใช้	90	25.6	261	74.4		
ประวัติการได้รับการได้รับอุบัติเหตุ						
- เคย	2	12.5	14	87.5	1.52	.38**
- ไม่เคย	94	26.3	264	73.7		

** Fisher's Exact Test

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม (n=374)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				χ^2	p-value
	ปานกลาง (n=96)		ดี (n=279)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การศึกษา						
- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	93	25.8	268	74.2	.047 ^a	1.00**
- สูงกว่าประถมศึกษา	3	23.1	10	76.9		
สภาพสมรส						
- คู่	68	27.8	177	72.2	1.62 ^a	.20
- โสด/หม้าย/หย่า/แยก	28	21.7	101	78.3		
อาชีพ						
- เกษตรกรรม	28	21.7	101	78.3	1.62 ^a	.21
- อาชีพ อื่น ๆ	68	27.8	177	72.2		
ผู้ดูแลหลัก						
- มีผู้ดูแล	93	28.9	229	71.1	12.53 ^a	.01*
- ไม่มีผู้ดูแลหลัก / ไม่มีสมาชิกในครอบครัว	3	5.8	49	94.2		
ความเพียงพอของรายได้						
- เพียงพอ	56	29.5	134	70.5	2.93 ^a	.09
- ไม่เพียงพอ	40	21.7	144	78.3		

** Fisher's Exact Test

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหนึ่ง¹⁸ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่ในระดับดี พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมจนเกินไป และผู้สูงอายุจะสวมรองเท้าที่พอเหมาะกับเท้าไม่คับหรือหลวมจนเกินไป ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำน้อย ได้แก่ การใช้ราวจับหรืออุปกรณ์ประคองเมื่อต้องลุกจากห้องน้ำ ห้องส้วม การใช้ส้วมนั่งหย่อยขา (เช่น ชักโครก เก้าอี้ที่ใช้นั่งक्रमสวมซึม) และการออกกำลังกายโดยการบริหารต้นขา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ เมืองศิริ และคณะ⁵ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการก้ำกั๊ยไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนชนบทยังสามารถทำงาน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี โดยงานที่ส่วนใหญ่เป็นงานที่ใช้ก้ำกั๊ย เช่น การประกอบอาชีพเกษตรกรรม และผู้สูงอายุเชื่อว่าการทำงานก็ถือเป็นการออกกำลังกาย ดังนั้นจึงมีการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระวัฒน์ แซ่จิว¹⁹ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของอินอ้อย เจริมชิตและคณะ²⁰ พบว่าผู้สูงอายุชุมชนตักสิลา จังหวัดมหาสารคาม มีการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนน้อยกว่าการออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวออกแรงในชีวิตประจำวัน

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม

จากสมมติฐานที่ 1 พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานแค่บางส่วน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเป็นกลุ่มติดสังคม (มีคะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 94.1 และเป็น



ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ซึ่งมีศักยภาพทางกายและสุขภาพโดยภาพรวมยังแข็งแรง ความเสื่อมถอยของสภาวะทางกายค่อนข้างน้อย ยังเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในบ้านและชุมชน สามารถดูแลตนเองได้ดี²¹ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัชชา เขตเจริญ¹⁰ พบว่า ความสามารถการควบคุมการขยับย้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้าน เพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท สอดคล้องกับงานวิจัยหนึ่ง¹⁸ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 และในปัจจุบันเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิตกับบุคคลทุกเพศทุกวัย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสามารถได้รับความรู้จากหน่วยงาน สื่อต่าง ๆ มีมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น อินเทอร์เน็ต การได้รับความรู้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแม้แต่ อสม. ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ว่าจะเป็นเพศใดก็ตาม ต้องการทำให้ตนเองมีสุขภาพดี มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่ทาง อบต. หรือ รพสต. จัดขึ้น ได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกนกวรรณ เมืองศิริ⁹ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมากกว่าเพศชาย 3.11 เท่า

ปัจจัยด้าน อายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ เมืองศิริ⁹ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ผู้สูงอายุในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพไม่มาก ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมป้องกันการตนเองจึงไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของณัชชา พวงทอง⁹ พบว่า อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) มีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มากกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย (80-89 ปี) 5.9 เท่า และช่วงอายุตอนต้นมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ดีกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย 1.1 เท่า

ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว การทรงตัว การมองเห็น การใช้อุปกรณ์ในการเดินและการทรงตัว ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่ขาหรือเข่า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ทั้งนี้ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งที่มโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทรงตัว การมองเห็น และสภาวะจิตใจที่ปกติ และไม่เคยมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่บริเวณขาหรือเข่า จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างดี ถึงแม้จะมีโรคประจำตัว ต้องรับประทานยาเป็นประจำ ประกอบกับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนชนบทจะมีนิสัยติดบ้าน จะใช้ชีวิตส่วนใหญ่ภายในบ้านตนเอง จะมีความคุ้นชินกับสิ่งแวดล้อมเดิม สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มตามบริบทเดิม ๆ ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้สูงอายุในชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข มีบุคลากรด้านสุขภาพให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพเป็นประจำและผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองอยู่ในระดับดี¹⁸

จากสมมติฐานที่ 2 พบว่า การมีผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอขามเฒ่า จัหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานแค่บางส่วน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนชนบทจะมีลูกหลานที่เป็นผู้ดูแลหลักที่คอยดูแลสม่ำเสมอ โดยผู้ดูแลหลักคือบุตร โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นกลุ่มติดบ้านที่ต้องคอยดูแลเอาใจใส่ เพราะลูกหลานมีความคิดเห็นว่าการดูแลบิดา มารดาหรือญาติผู้ใหญ่เป็นสิ่งที่ควรกระทำเพราะแสดงถึงความกตัญญู และเป็นการตอบแทนบุญคุณที่ได้เลี้ยงลูกหลานมา จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มเป็นอย่างดี ประกอบกับการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของโครงการไมล์ม ไมล์ม ไมล์มเสริม กินข้าวอร่อยของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้สูงอายุได้รับการประเมินสุขภาพ การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ ในพื้นที่อย่างทั่วถึง เช่น การมีทีมหมอครอบครัวในชุมชน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ มี อสม. มีผู้ดูแล ประจำชุมชนและรับผิดชอบรายครัวเรือนที่จะช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอีกช่องทางหนึ่ง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรม



ดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้

ปัจจัยด้านอาชีพ สถานภาพการสมรส การศึกษา และความเพียงพอของรายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทซึ่งแตกต่างจากการศึกษา ของ ดวงรัตน์ อัครนาน และคณะ¹¹ พบว่า สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากลูกหลานเห็นว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่บกพร่อง ความแข็งแรงของร่างกายลดลง มีโรคประจำตัวจึงไม่ให้อายุขัยหรือให้อยู่กับบ้านทำงานเล็กๆ น้อยๆ แต่มีผู้สูงอายุบางส่วนยังประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นการทำเกษตรกรรม ซึ่งเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมและนำมาซึ่งรายได้เพิ่มเติมนอกเหนือจากรายได้ที่มาจกเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ด้านสถานภาพสมรสพบว่า มีสถานภาพสมรสทำให้ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล และเป็นผู้สนับสนุนด้านจิตใจคอยช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้านการศึกษาพบว่าจบการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่ด้วยระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน การบริการระดับปฐมภูมิ ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น เพราะมี รพ.สต. ที่อยู่ใกล้บ้าน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่บริการอย่างเพียงพอ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุก็เข้าถึงได้ง่ายขึ้น ทำให้พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ราวจับหรืออุปกรณ์ประคองเมื่อต้องลุกจากห้องน้ำ การใช้ส้วมแบบนั่งห้อยขา และการออกกำลังกายในระดับน้อย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมหรือจัดโปรแกรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและฝึกการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ ในการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน และสนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจจะเป็นรูปแบบกึ่งทดลองหรือโปรแกรมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับวิธีการหรือแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มเพื่อจะได้นำผลการวิจัยมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยอาจแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน หรือกลุ่มติดเตียง (ตามคะแนน ADL) เพื่อแสดงให้เห็นถึงข้อแตกต่างของการปฏิบัติพฤติกรรมระหว่างบุคคลและเป็นประโยชน์ในการเลือกจัดกิจกรรมให้มีความเหมาะสมตามกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนเงินวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

References

1. WHO. Fall. [Internet]. [cited 2022 October 15]. Available from: <http://https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Sichang N, Kawe L. Fall forecast report for the elderly (60 years and over) in Thailand 2018–2021. Division of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health;2022.(in Thai)



3. Rongmuang D, Nakchattri C, Tongdee J, Sombutboon J. Incidence and factors associated with fall among the community-dwelling elderly, Suratthani. *Journal of Phrapokklao Nursing College*.2016; (27) (No.suppl):123-37.(in Thai)
4. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. The 6th Thai people's health survey by physical examination 2018-2019. Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University;2021.(in Thai)
5. Sorysang L, Khompraya J, Natetanasombut K. A study of fall prevention guideline in older adult living in Mitraphappatan a community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*.2014;15(1):122-29.(in Thai)
6. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). A guide to preventing falls in the elderly. Thai Health Promotion Foundation;(n.d.).(in Thai)
7. Rodseeda P. Fall prevention among the elderly living in a community: The Nursing Role in Home Health Care. *Thai Red Cross Nursing Journal*.2018;11(2):15-25.(in Thai)
8. Muangsiri K, Maharachpong N, Rodjarkpai Y. Factors relating the behavior of fall prevention among elderly in Chonburi Province. *Naresuan University Journal: Science and Technology*.2017;(25)4:23-33.(in Thai)
9. Pongthong N, Keeratisiroj O. Factors influencing falls prevention behavior among the elderly in Thapthan District, Uthaithani Province. *Journal of Health and Nursing Research*.2022;38(1):73-85.(in Thai)
10. Ketcharoen N. Factors related to fall prevention behavior among elders in community,Nongbua Lamphu Province. *Journal of Health and Environmental Education*.2020;5(2):155-65.(in Thai)
11. Akkhanan T, Srimaksook K, Wongsrisung T, Siripaiboon C, Duangchinda A, Pilaporn S. Actors associated with behaviors of falls prevention among thai elderly in the community at Doem Bang Nang Buat, Suphan Buri Province. *KKU Journal for Public Health Research*.2021;14(4):72-89.(in Thai)
12. Mahasarakham Provincial Public Health. Screening report system/assess the elderly Aging Data [Internet]. [cited 2022 September 15]. Available from:<http://mkho.moph.go.th/ltc-advanced/frontend/web/index.php/site/index>;2022.(in Thai)
13. Yang Si Surat Subdistrict Administrative Organization. Older adults of data. [Internet]. [cited 2022 October 15]. Available from:<https://www.yangsisurat.go.th/index.php/agency-information/establishment-history>.(in Thai)
14. National Statistical Office. The 2014 survey of the older persons in Thailand. Printed by Text and Journal Publication Co.,Ltd. National Statistical Office Ministry of Information and Communication Technology; 2014.(in Thai)
15. Division of Non Communicable Disease. Department of Disease Control, Ministry of Public Health [Internet]. [cited 2022 September 15]. Available from:<http://thaincd.com/document/file/violence/8.pdf>. (in Thai)
16. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 3rd Edition, Harper and Row, New York. USA;1973.
17. Boonpleng W, Sriwongwan W, Sattawatcharawanij P. Rate and associated factors for falls among elderly people: Chaopraya Waterfront Community in Nonthaburi Province. *Journal of Nursing Science*.2015; 33(3):74-86.(in Thai)



18. Vessukum N, Kankhwao P. Relationship between biophysical factors and perceptions and fall prevention behaviors of elderly people in Lumkaw Sub-District, Khok Samrong District, Lopburi Province. Journal of Council of Community Public Health.2019;1(1):12-23.(in Thai)
19. Saejiw W. Physical activity and physical fitness of fitness of elderly activity in Chonburi Province. Master Degree of Exercise and Sport Science. Faculty of Sport Science, Burapha University;2016.(in Thai)
20. Chalermchit I. et al. Development of exercise of the elderly in Taksila community of Talad Subdistrict, Maeng District Maha Sarakham Province. Thailand National Sports University Mahasarakham Campus; 2014.(in Thai)
21. Polpijit C, Maneerat C, Wimonmala K, Santayopat P. Ability to Perform Daily Activities of the Elderly in Bangkok Metropolis. Kuakarun Journal of Nursing.2020;(27)2:103-15.(in Thai)



การพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุ ที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี

Development of an Early Surgery Nursing Service System for the Older Patients with Hip Fracture in Singburi Hospital

ปราณี มีหาญพงษ์¹ สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์² ชุตติมา บ่ายเที่ยง¹

Pranee Meehanpong¹ Suneerat Boonsin² Chutima Baiteang¹

¹โรงพยาบาลสิงห์บุรี ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Singburi Hospital Thailand ²Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Correspondence author: Pranee Meehanpong Email: meehanpong@yahoo.com

Received: December 9, 2022 Revised: March 10, 2023 Accepted: March 25, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1)สำรวจสภาพปัจจุบันและปัญหา 2)การออกแบบระบบบริการพยาบาลไปใช้ 3)การทดลองนำระบบบริการพยาบาลไปใช้ 4)ประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 46 คน และผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วน จำนวน 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วน ฯ แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่าระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนมีประสิทธิภาพ โดย 1)ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (Mean=4.27, SD=.40) 2)การปฏิบัติตามบริการพยาบาลผ่าตัดเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 100) 3)ความรู้ในการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก 15-20 คะแนน (ร้อยละ 92.10) 4)ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 100) 5)ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ พบว่า 1)ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่าใช้จ่ายมีแนวโน้มลดลง 2)ร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การผ่าตัดเร่งด่วน; กระดูกสะโพกหัก; ระบบบริการพยาบาล; ผู้สูงอายุ



Development of an Early Surgery Nursing Service System for the Older Patients with Hip Fracture in Singburi Hospital

Pranee Meehanpong¹ Suneerat Boonsin² Chutima Baiteang¹

¹Singburi Hospital Thailand ²Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Correspondence author: Pranee Meehanpong Email: meehanpong@yahoo.com

Received: December 9, 2022 Revised: March 10, 2023 Accepted: March 25, 2023

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the outcomes of an early surgical nursing service system for the older patients with hip fracture in Singburi Hospital. The research consisted of the following 4 steps: 1) Exploring current conditions and problems, 2) Designing a nursing service system, 3) Implementing the nursing service system, and 4) evaluating the results. The purposively sampled group consisted of 46 professional nurses and 38 elderly patients with hip fracture who received early surgery nursing services. The research instruments included professional nurses' satisfaction, the emergency surgical care system compliance assessment form, patients' self-care practice knowledge, the Barthel Index (BI), and service quality outcomes. The data were analyzed using descriptive statistics. The findings revealed that the early nursing service system was effective, in that 1) the satisfaction of registered nurses was high (Mean=4.27, SD=.40), 2) the practice of early surgery nursing services system was at a high level (100%), 3) the patients' self-care practice knowledge was at a high level with scores of 15-20 (92.10%), the Barthel Index (BI) at 6 weeks after surgery was high (100%), and the outcomes of service quality found that the waiting time for surgery, the rate of postoperative complications, the length of stay (LOS) and costs had decreased, while the percentage of patients receiving surgery within 72 hours had increased.

Keywords: early surgery; fracture hip; nursing service system; older patients



ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของระบบต่างๆ โครงสร้างของร่างกายไม่แข็งแรงจึงเกิดการหกล้ม และเกิดการกระดูกสะโพกหัก (hip fracture) ได้ง่าย จากการคาดการณ์จะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลก 2.5 ล้านคน ในปีค.ศ. 2025 และเพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ล้านคน ในปีค.ศ. 2050 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชียถึงร้อยละ 50¹ สำหรับประเทศไทยมีประชากร 66 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปีพ.ศ. 2581² ซึ่งการรักษาที่ได้ผลดี คือ การรักษาด้วยการผ่าตัดข้อสะโพกเพื่อที่ให้ร่างกายยังสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหัก³ การผ่าตัดเร่งด่วน (early surgery) ในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ⁴ ซึ่งจะช่วยลดวันนอนโรงพยาบาลลดภาวะแทรกซ้อน ลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากยิ่งขึ้น พื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่าย⁵ นอกจากนี้จากการศึกษาของโฆมาและคณะ⁶ พบว่าการผ่าตัดเร่งด่วนภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาลสามารถลดอัตราการตายได้ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเวชระเบียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – 2563 จำนวนทั้งหมด 117 ฉบับ พบว่ามีผู้ป่วยทำผ่าตัด 55 คน เกิดภาวะแทรกซ้อน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 7.27 และผู้ป่วยทำผ่าตัด 62 คน เกิดภาวะแทรกซ้อน⁵ คิดเป็นร้อยละ 8.06 ตามลำดับมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.14 และ 13.01 วันตามลำดับ⁷ ดังนั้นการพัฒนาระบบการบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดเร่งด่วน โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง นับได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่ส่งเสริมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ⁸

โรงพยาบาลสิงห์บุรีมีแนวทางปฏิบัติของทีมนurses ในการดูแลในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก มาตั้งแต่ปี 2552 แต่ทั้งนี้แนวทางที่รองรับระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ที่ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ จนกระทั่งการเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดในเวลาจำกัด และเร่งด่วนยังมีรูปแบบที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งการประสานแผนการดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่วงอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องตรวจ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ที่งานผู้ป่วยนอกหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษและหอผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด งานวิสัญญีงานพยาบาลในชุมชน และงานกายภาพบำบัด รวมทั้งการดูแลรักษาขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด จนกระทั่งการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ในการพัฒนา การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ชัดเจน

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) มีลักษณะการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมนurses เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูง ให้ครอบคลุมทุกด้านทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) หรือ เลชองเนอร์ส (liaison nurse) จะเป็นพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิกที่มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาล เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก กล่าวได้ว่ารูปแบบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางคลินิกที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย⁹

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักขึ้น โดยนำรูปแบบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มาร่วมกันพัฒนาและสร้างแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและทีมนurses ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ลดวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติต่อไป

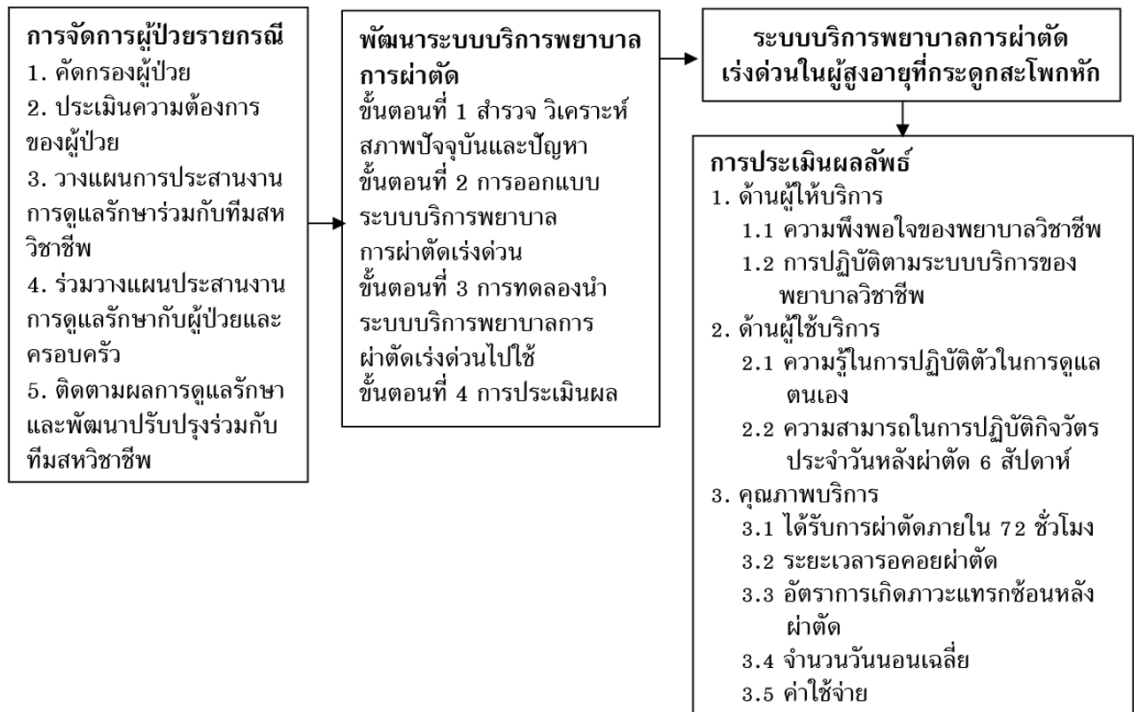


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการใช้ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ประกอบด้วย ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้ใช้บริการ และด้านคุณภาพบริการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ตามแนวคิดของบอร์คและกอล¹⁰ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจ วิเคราะห์สภาพปัจจุบันและปัญหา 2) การออกแบบระบบบริการ 3) การทดลองนำระบบไปใช้ และ 4) การประเมินผล มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่รักษาโรงพยาบาลสิงห์บุรี ร่วมนำแนวคิดพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มาประยุกต์ใช้ในการวิจัย ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหรือเลชองเนอร์ส เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติ และมีบทบาทหลักในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย การประสานการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วย¹¹ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ระยะเวลารวม 1 ปี 5 เดือน การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจ วิเคราะห์สภาพปัจจุบันและปัญหา 2) การออกแบบระบบบริการพยาบาล 3) การทดลองนำระบบบริการพยาบาลผ่าตัดเร่งด่วนไปใช้ และ 4) ประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการพยาบาลผ่าตัดเร่งด่วน



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility fracture) ทุกรายที่ได้รับการผ่าตัด ใส่แผ่นเหล็กชนิดมีสกรูร่วมด้วย (dynamic hip screw) หรือ DHS การผ่าตัดใส่แท่งเหล็กชนิดมีสกรูร่วมด้วยโดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดแผลผ่าตัดตรงรอยหัก (proximal femoral nail antirotation) หรือ PFNA และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวนทั้งหมด 102 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจาก 10 งาน/หอผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเป็นเอกพันธ์ (homogeneity) จำนวนประชากรมีขนาดเล็ก จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการประมาณจำนวนประชากร ถ้าประชากรอยู่ระหว่าง 100 ถึง 300 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30-50 คน¹² คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ไม่น้อยกว่า 3 ปี ใช้สัดส่วน 1: 3 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน แล้วสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (sample random sampling) ใช้วิธีการจับสลากอย่างง่ายจากพยาบาลวิชาชีพทุกงาน/หอผู้ป่วยจนครบจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่คำนวณไว้

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนฯ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง 31 ตุลาคม 2565 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักซึ่งได้รับการผ่าตัด สามารถสื่อสารได้ มีญาติดูแลและสามารถติดต่อประสานงานได้ทั้งระบบพยาบาลเยี่ยมบ้าน การติดตามสอบถามอาการ ประเมินผลการรักษา และสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยและญาติยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากมะเร็งทำลายกระดูก ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวอยู่เดิมก่อนที่จะมีภาวะกระดูกหักตามมา ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บอวัยวะหรือกระดูกหักในตำแหน่งอื่นร่วมด้วย และผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถติดตามประเมินผลการรักษาได้ จำนวน 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือ/แนวทางปฏิบัติของทีมนสวิชาชีพ แผนการดูแลรักษาผู้ป่วย และคู่มือของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เนื้อหาสื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสะโพก แผนการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสะโพก แผนการสอนเรื่อง แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสะโพก และแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมนสวิชาชีพของระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ และแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตรการประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 = พึงพอใจมากที่สุด 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด รวม 75 คะแนน

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ รวม 10 คะแนน

2.3 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสะโพกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ถูก (1 คะแนน) ผิด (0 คะแนน) การแปลผล คือ คะแนน 15 - 20 คือ มีความรู้มาก 8-14 คือ มีความรู้ปานกลาง 0-7 มีความรู้น้อย



2.4 แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ที่พัฒนาโดยมาโฮเนย์และบาร์เทล โดยสถาบันประสาทวิทยานำมาแปลเป็นภาษาไทย¹³ จำนวน 10 ข้อรวม 100 คะแนน การแปลผล คือ 0-20 = ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย 25-45 = ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย 50-70 = ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 75-95 = ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก 100 = ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

2.5 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลารอคอยผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่าใช้จ่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนการดูแลรักษาผู้ป่วย และคู่มือของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี แบบประเมินการปฏิบัติตามการบริการพยาบาล การผ่าตัดเร่งด่วนฯ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลทั่วไป 1 คน โรงพยาบาลศูนย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักและพยาบาลปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลทั่วไป 1 คน และนักวิชาการพยาบาลเชี่ยวชาญ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 1 คน แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ได้เท่ากับ .92, .94 และ .96 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสะโพก โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมออโรโธปิดิกส์ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .85

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินการปฏิบัติตามการบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯลฯ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบริการ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค ได้เท่ากับ .91, .89 และแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ ทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 10 คน คำนวณหาค่า KR -20 ได้เท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ สท. 0032.205.2/13 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการรับการศึกษา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามระยะของการวิจัยมี 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 สำรวจ วิเคราะห์ สภาพปัจจุบันและปัญหาาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ เป็นเวลา 2 เดือน ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดย ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการ



รายงาน ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ เกสซ์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ จำนวน 24 คน สนทนากลุ่มและการระดมสมองร่วมกันวิเคราะห์ผลการทบทวนเวชระเบียนปี พ.ศ.2562-2563 สรุปปัญหาและสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้การผ่าตัดล่าช้า กำหนดเป้าหมาย และผลลัพธ์ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ให้ครอบคลุมทั้งด้าน ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และคุณภาพบริการโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหลักเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ติดตามตัวชี้วัดต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ จากข้อมูลสำรวจ วิเคราะห์ สภาพปัจจุบันและปัญหาในขั้นตอนที่ 1 นำมาพัฒนาตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย (patient care process) เป็นเวลา 3 เดือนในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2564 ดังนี้

1) กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ในการถ่ายทอดความรู้และบทบาทหน้าที่ที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา ดูแลช่วยเหลือ ติดต่อประสานการดำเนินงานกับทีมพยาบาลผู้จัดการรายกรณีย่อยและทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ การคัดกรองผู้ป่วย ประเมินและระบุความต้องการของผู้ป่วย การประเมินปัญหาของผู้ป่วย ประสานงานการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพก ร่วมวางแผนประสานงานการดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์จากเวชระเบียน สรุปผลการดูแลรักษาและพัฒนาปรับปรุงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประเมินผลและนำไปสู่การประเมินซ้ำเป็นวงจร PDCA อย่างต่อเนื่องตั้งแต่การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนกระทั่งการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากกลับไปอยู่บ้านหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

2) จัดทำแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

3) จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพของระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ

4) จัดทำคู่มือของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับกระดูกสะโพกหัก หลักการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดสะโพก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ความเป็นมาของรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ความหมาย สมรรถนะขั้นตอนการปฏิบัติ และรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

5) จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ ทบทวนแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพให้เหมาะสม และเป็นปัจจุบัน จัดทำเกณฑ์แนวทางการให้คำปรึกษาแพทย์อายุรกรรม ประสานแผนการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ และให้ความรู้คู่มือแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ กับทีมการพยาบาลในหน่วยงานเกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดทำวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสะโพก และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสะโพก แผนการสอนผู้ป่วยและญาติ

6) พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองนำระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก จำนวน 10 คน และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบท

ครั้งที่ 1 มีการนำคู่มือ แนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ไปใช้กับวิชาชีพของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย - หญิง เป็นระยะเวลา 3 เดือนในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2565

ครั้งที่ 2 นำผลการทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาปรับปรุงและใช้อีกครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือนในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2565 ทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักนอนพักรักษาตัวจากการทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ เป็นเวลา 6 เดือนในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565 หลังจากการนำระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ไปทดลองปฏิบัติในทุกหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โดยติดตามผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และคุณภาพบริการ



การวิเคราะห์ข้อมูล

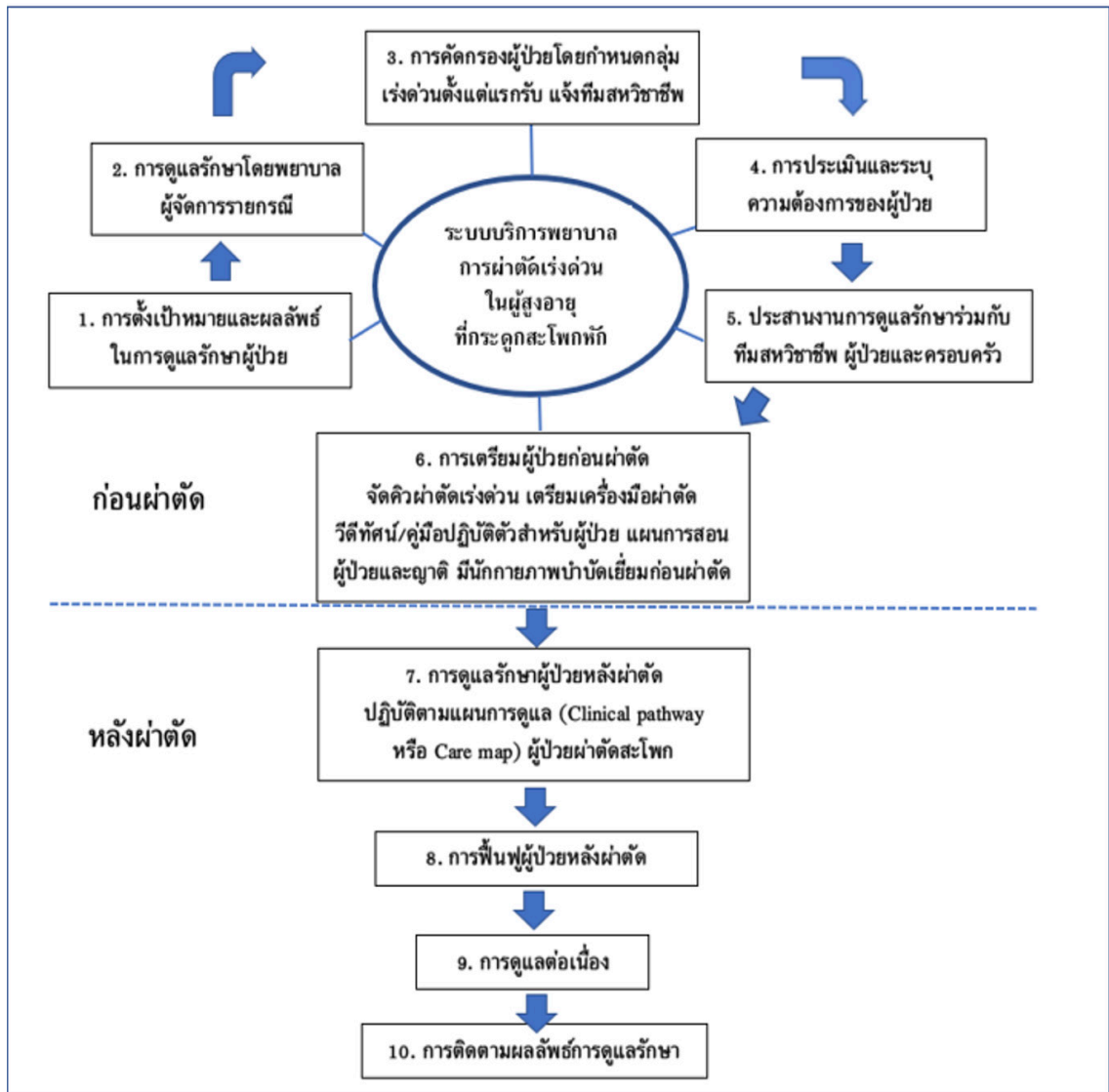
1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลผลลัพธ์ ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินการปฏิบัติตามระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วน ๆ วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ด้านผู้ใช้บริการ ประกอบด้วยความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ด้วยร้อยละ และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยร้อยละ และด้านคุณภาพบริการ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ระยะเวลารอดอยผ่าตัด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่าใช้จ่าย วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผลการสนทนาร่วมกับการระดมสมองคณะกรรมการในการดำเนินงานและสรุปปัญหาและสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้การผ่าตัดล่าช้าที่ผ่านมาพบว่าระบบบริการพยาบาลการในการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักนั้นผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีโรคร่วมทางอายุรกรรม แต่ไม่มีเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติร่วมกันของแพทย์อายุรกรรมที่ชัดเจน อีกทั้งแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ได้ปรับปรุงมานานกว่า 5 ปี ในวันหยุดราชการจะไม่ได้เตรียมทีมห้องผ่าตัดหรือกำหนดแนวทางการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมทำให้การผ่าตัดล่าช้ารูปแบบการให้คำแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการผ่าตัดยังไม่ชัดเจนมีหลากหลายวิธีการแล้วแต่พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนและไม่มีกระประเมินความรู้หลังให้คำแนะนำ นอกจากนี้การติดตามตัวชีวิตและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ที่ประสานการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพไว้โดยเฉพาะ และแนวทางการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนและขาดการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

ส่วนที่ 2 ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี มีการพัฒนาการใช้รูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีการพัฒนาการประสานงานติดต่อสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการตั้งกลุ่มไลน์ จัดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหลักเป็นผู้ประสานงานการดูแลรักษาพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีย่อยในการดำเนินงานและติดตามผลลัพธ์ ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานของระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วน ฯลฯ ใช้แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น กำหนดและใช้เกณฑ์การปรึกษาแพทย์อายุรกรรมทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ห้องผ่าตัดปรับเปลี่ยนให้มีความพร้อมในการทำผ่าตัดได้ทั้งในเวลาราชการและในวันหยุดราชการ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดร่วมกันทั้งทีมสหวิชาชีพ พัฒนาการให้ความรู้ในการดูแลตนเองจากการให้ความรู้ข้างเตียงเป็นให้ผู้ป่วยและญาติดูวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสะโพก รวมทั้งจัดทำเป็น QR Code และให้คู่มือในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยและญาติทุกรายก่อนกลับบ้าน มีการพัฒนาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยพยาบาลเวชกรรมสังคมจะมาเยี่ยมก่อนจำหน่ายโดยพยาบาล และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด 6 สัปดาห์ เป็นไปอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลสิงห์บุรี ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดแรงแ่ตัวในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก

ส่วนที่ 3 มีการพัฒนาการติดตามผลลัพธ์ของการใช้ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดแรงแ่ตัวในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ดังนี้

3.1 ผู้ให้บริการ ข้อมูลข้อมูลทั่วไป

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 44 คน (ร้อยละ 95.70) อายุเฉลี่ย 48.52 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 29 คน (ร้อยละ 63) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 26.41 ปี มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 43 คน (ร้อยละ 93.48) สำเร็จการศึกษาระดับระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 95.57)

ผลการปฏิบัติตามระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดแรงแ่ตัวในผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 68 - 83) ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบแบบบริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวม



อยู่ในระดับมาก โดยการทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัยและการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการพยาบาล การผ่าตัดเร่งด่วนฯ (n=46)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	\bar{X}	SD	การแปลผล
การทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัย	4.50	.55	ระดับมากที่สุด
การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล	4.50	.55	ระดับมากที่สุด
การทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจแผนการรักษาและการดูแลตนเองมากขึ้น	4.45	.62	ระดับมาก
การช่วยลดอุบัติเหตุการล้มและแทรกซ้อนของผู้ป่วย	4.43	.54	ระดับมาก
ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	4.41	.54	ระดับมาก
การนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วย	4.39	.65	ระดับมาก
การปฏิบัติพยาบาลได้ถูกต้อง เป็นแนวทางเดียวกัน	4.32	.70	ระดับมาก
การปฏิบัติบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนได้ครบถ้วน	4.32	.63	ระดับมาก
การเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน	4.21	.51	ระดับมาก
ขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน	4.17	.44	ระดับมาก
ความเหมาะสมในการนำไปใช้	4.17	.49	ระดับมาก
ความสะดวกและง่ายในการนำไปใช้	4.17	.49	ระดับมาก
การวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วน	4.13	.40	ระดับมาก
ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	4.08	.46	ระดับมาก
การประหยัด (ด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ)	3.86	.72	ระดับปานกลาง
ความพึงพอใจโดยรวม	4.27	.40	ระดับมาก

3.2 ผู้ใช้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 76.30) อายุเฉลี่ย 75.55 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 42.10) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 76.30) อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน/งานบ้าน จำนวน 27 คน (ร้อยละ 71.10) การวินิจฉัยส่วนใหญ่คือ femoral neck fracture จำนวน 25 คน (ร้อยละ 65.80) และชนิดของการผ่าตัดใหญ่ เป็น hemiarthroplasty และ proximal femoral nail anti rotation (PFNA) จำนวน 16 คน (ร้อยละ 16) ตามลำดับ ผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ได้รับบริการตามระบบพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ มีความรู้ในการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก(15-20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 92.10 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยทุกคนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านการแต่งตัว, การกลืนอาหาร, การรับประทานอาหาร, การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา, การใส่เสื้อผ้า, การกลืนปัสสาวะ, การอาบน้ำ และการเคลื่อนไหวร่างกายในห้อง ได้ในระดับมาก โดยมีคะแนน อยู่ระหว่าง 75-95 คะแนน



3.3 คุณภาพบริการ ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ร้อยละ 86.80 ระยะเวลารอคอยผ่าตัด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่าใช้จ่าย มีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การใช้ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก (n=38)

ผลลัพธ์คุณภาพบริการ	ปี พ.ศ.				ผลการเปลี่ยนแปลง
	2562	2563	2564	2565	
				(1 มี.ค. - 31 สค. 2565)	
จำนวนผู้ป่วย (คน)	55	62	46	38	
ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย (ชั่วโมง)	51.78	52.56	37.10	36.90	ลดลง
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง	72.73	81.08	85.37	86.86	เพิ่มขึ้น
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	7.27 (4 คน)	8.06 (5 คน)	4.34 (2 คน)	2.63 (1 คน)	ลดลง
จำนวนวันนอนเฉลี่ย (วัน)	13.14	13.01	10.15	8.86	ลดลง
ค่าใช้จ่าย (บาท)	81,386.92	77,308.22	76,123.86	74,452.31	ลดลง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลสิงห์บุรี

ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ ทบทวนแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพให้เหมาะสม และเป็นปัจจุบัน มีเกณฑ์แนวทางการให้คำปรึกษาแพทย์อายุรกรรม และคู่มือของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี แนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพของระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จึงมีความพึงพอใจและปฏิบัติตามระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยและพัฒนาศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ¹⁴ โดยนำรูปแบบพยาบาลการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผลลัพธ์พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวทาง ที่กำหนดได้มากกว่าร้อยละ 80 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.67$, $SD=.48$) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.78$, $SD=.42$) และผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล พบว่าผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80.00

2. ผลลัพธ์ของการใช้ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูก

ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯอยู่ในระดับมาก โดยความพึงพอใจการทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัยและการพัฒนาคุณภาพบริการ



พยาบาลอยู่ระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และการปฏิบัติตามบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วน ๆ ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากขึ้นไปร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำให้เกิดการเรียนรู้ กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ และทุกคนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็น ร่วมกันคิด ลงมือทำและ ร่วมกันพัฒนาปรับปรุงระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนๆ รวมทั้งทีมสหวิชาชีพเกิด การทำงานเป็นทีมมีการ เปิดใจเรียนรู้ระหว่าง ทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งยังลดช่องว่างระหว่างวิชาชีพด้วย¹⁵

ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 92.10 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยและญาตินั้นต้องได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองและพร้อมจะทำผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ภายใน 72 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก ในการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเวลาที่จำกัด ซึ่งเดิมได้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองทุกรายโดยใช้สื่อประกอบการ ให้ความรู้เป็นแผนพับคำแนะนำ ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีปัญหาในการรับรู้ ความเข้าใจ และสายตา สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อ ที่มีทั้งภาพเคลื่อนไหว และเสียงสามารถดึงดูดความสนใจ และจดจำได้มากกว่าเดิม สามารถเล่นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ได้ตาม ต้องการ¹⁶ จึงได้จัดทำสื่อวีดิทัศน์ และจัดทำเป็น QR Code ซึ่งสามารถดูได้จากโทรศัพท์มือถือได้ตามความพร้อม ของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งให้คู่มือในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยและญาติทุกรายก่อนกลับบ้าน ส่งผลให้คะแนนความรู้ ในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมากขึ้นไป

ด้านคุณภาพบริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ร้อยละ 86.80 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ อยู่ในระดับมากขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่าใช้จ่าย มีแนวโน้ม ลดลงในขณะเดียวกันร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งระยะเวลารอทำการผ่าตัด การผ่าตัดควรทำภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังจากกระดูกสะโพกหัก ในกรณีไม่พบปัญหาทางอายุรกรรม หรือการได้ รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด การผ่าตัดล่าช้ามีผลกับความทรمانจากอาการปวดที่ตำแหน่งกระดูกหัก การเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ในระยะเวลาทำการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อ การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ระยะเวลารอทำการผ่าตัด ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการฟื้นตัวด้าน การเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ระยะเวลาทำการผ่าตัดนานเกิน 24 ชั่วโมง จะทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไม่ดี¹⁷ ถ้า ระยะเวลาการผ่าตัดของผู้สูงอายุนานเกิน 24 - 48 ชั่วโมงจะทำให้เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมากขึ้น¹⁸ เมื่อระยะเวลารอคอยผ่าตัดลดลง จึงส่งผลให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง คือ 13.14, 13.01, 10.15 และ 8.86 วัน ตามลำดับ และค่าใช้จ่าย มีแนวโน้มลดลง คือ 81386.92, 77308.22, 76123.86 และ 74,452.31บาท ตามลำดับด้วยเช่นกัน รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กำหนดให้สูงอายุที่สะโพกหักให้ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน (Early surgery) ภายใน 72 ชั่วโมงนับตั้งแต ่รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่ต้องดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย⁴

ทั้งนี้เนื่องมาจากระบบบริการพยาบาลผ่าตัดเร่งด่วนๆ ที่พัฒนาขึ้นได้มีการนำรูปแบบของพยาบาลผู้จัดการ รายกรณีมาใช้ ซึ่งจะช่วยประสานเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนใน ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โดยมีกระบวนการที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยตามลำดับขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ที่มีคุณภาพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานแผนการดูแล มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทุกคนตระหนักใน หน้าที่ที่มอบหมายมีความรู้และทักษะในการประเมินและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง¹⁹ จากการศึกษาที่พยาบาลผู้จัดการราย กรณีร่วมกับคณะกรรมการฯ ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนๆ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ใช้บริการ และคุณภาพบริการ และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษา ผลของการรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ²⁰ พบว่า ผู้ป่วย



และญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติและดูแลกิจวัตรประจำวัน ค่าเฉลี่ยของอันดับความสามารถของญาติผู้ดูแลในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองพบว่ามีความเสี่ยงของอันดับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ระยะต้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก²¹ พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและช่วยให้ลดปัจจัยที่มีผลต่อการขยายตัวของก้อนเลือดได้มีแนวโน้มในการลดการเกิดการทรุดลงทางระบบประสาทได้สอดคล้องกับการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านช่องทางดวน โรงพยาบาลแพรว²² พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีการเข้าถึงการผ่าตัด ภายใน 48 ชั่วโมงเพิ่มมากขึ้น สามารถลดระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับการผ่าตัดได้ถึง 4 ชั่วโมง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามและทบทวนระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติตามระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ โรงพยาบาลที่สนใจสามารถนำไปใช้ได้ โดยต้องมีการพัฒนาพยาบาลผู้จัดการรายกรณีก่อน เพราะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจึงจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านให้นานมากยิ่งขึ้นเป็น 6 เดือนถึง 1 ปี

2. นำรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีการดูแลซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูงอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทางไขสันหลัง เป็นต้น

References

1. Cauley JA, Chalhoub D, Kassem AM, Fuleihan GE-H. Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nature Reviews Endocrinology* 2014;10(6):338–51.
2. Sukpaiboonwat S. The role of population aging on economic growth in Thailand. *Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences* 2017;9(17):176–91.(in Thai)
3. Downey C, Kelly M, Quinlan JF. Changing trends in the mortality rate at 1-year post hip fracture: a systematic review. *World J Orthop* 2019;10(3):166.
4. Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guidelines for nursing service system development: service plan. Bangkok: Publishing of Suedawan Co., Ltd.;2018.(in Thai)
5. Zhu S, Qian W, Jiang C, Ye C, Chen X. Enhanced recovery after surgery for hip and knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Postgrad Med J* 2017;3(1106):736–42.
6. Moja L, Piatti A, Pecoraro V, Ricci C, Virgili G, Salanti G, et.al. Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes. A meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients. *PloS one* 2012 Oct;7(10): e46175.



7. Male and female orthopedic wards. Statistical report of male and female orthopedic wards. Singburi Hospital Nursing Department. (unpublished documents);2021.(in Thai)
8. Husted H. Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *Acta Orthop* 2012; 83(SUPPL.346):1-39.
9. Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Roles and responsibilities of professional nurses. Bangkok: Publishing of Suedawan;2018.(in Thai)
10. Gall, JP, Meredith DG, Walter RB. *Applying educational research: a practical guide*. Longman Publishing Group; 1999.
11. Mullahy, CM. *The case manager's handbook*. Jones & Bartlett Learning;2013.
12. Suwimon T. *Research methodology in social sciences: guidelines for practice*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House;2005.(in Thai)
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Med J* 1965.14:61-5.
14. Yuwadee N, Pudpong J, Wongwikkarn N, Jansook N. The Development of a case management model for patients with multiple trauma, Uthai Thani Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2019;9(3):280-95.(in Thai)
15. Norrasan S, Wattananon W. Nurse case manager: roles of providing elderly dependent care in community. *Journal of Nursing Science & Health* 2017;40(2):138-45.(in Thai)
16. Nonthamand N. Interactive videos with open learning in the 21st century. *Journal of Education Studies*. Chulalongkorn University 2018;46(4):211-27.(in Thai)
17. Sydney W, Ellington BJ. Factors affecting post surgery hip fracture recovery. *Journal of Orthopaedics, Trauma and Rehabilitation* 2014:54-58.
18. Mak JCS, Cameron ID, March LM. Evidence based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update. *Medical Journal of Australia* 2010;192(1):37-41.
19. Chaiyarit A, Jangsombatsiri W. Significant roles of nurse case manager to improve quality of care for chronically ill patients: diabetes and hypertensive patients. *Nursing Journal* 2017;44(4):195-205.(in Thai)
20. Suwan D, Sae-Sia W, Songwathana P. Effects of nursing case management programme on care outcomes in patients with multiple trauma. *Thai Journal of Nursing Council* 2018; 33(4):33-45.(in Thai)
21. Donguthit K, Methakanjanasak N. The effect of using a case management model on early outcomes in the care of patients with hemorrhagic stroke. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2022; 17(4): 1-13.(in Thai)
22. Chuenban P, Sanpunya T, Krasao T. The development of nursing care model for elderly with hip fracture in fast-track surgery, Phrae Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2021;46(4):70-84.(in Thai)



ความรู้ทางสุขภาพ อาการและการจัดการอาการตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

Health Literacy, Symptoms and Self-Symptom Management of Head and Neck Cancer Patients' ongoing Radiation Treatment

นุสรา ประเสริฐศรี¹ ปัทมา ผ่องศิริ¹ ชลียา วามะลุน² โสภิต ทับทิมหิน² วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์¹ อภิรดี เจริญนุกูล¹

Nusara Prasertsri¹ Patama Phogsiri¹ Chaliya Wamalun² Sopit Taptimhin²

Wilailuk Teeyapan¹ Apiradee Charoennukul¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

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

²Ubonratchathani Cancer Hospital Corresponding author: Nusara Prasertsri; Email: nussara@bcnsp.ac.th

Received: December 17, 2022 Revised: March 20, 2023 Accepted: April 2, 2023

บทคัดย่อ

ความรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอจะส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งแต่ยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน อาการ และการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน อาการและการจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 110 รายได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง ระหว่างเดือนมกราคม 2564-เมษายน 2564 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Brief Health Literacy Screen: BHLS) แบบสอบถามอาการและการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.50 อายุเฉลี่ย 58.13 ปี (SD □ 15.65) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.6 ตำแหน่งมะเร็งที่พบมากที่สุด คือโพรงจมูก ร้อยละ 27.27 ความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับเพียงพอร้อยละ 60.09 อาการที่พบมากที่สุดคือ น้ำลายแห้ง และอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 52.7 และ 50.9 ตามลำดับ ความรุนแรงของอาการอยู่ระดับปานกลาง การจัดการอาการน้ำลายแห้งโดย ดื่มน้ำและบ้วนปาก อาการเหนื่อยล้าจัดการอาการโดยนอนพักผ่อนและดื่มน้ำหวาน

คำสำคัญ: มะเร็งศีรษะและคอ; ความรู้ทางสุขภาพ; การจัดการอาการตนเอง; อาการ



Health Literacy, Symptoms and Self-Symptom Management of Head and Neck Cancer Patients' ongoing Radiation Treatment

Nusara Prasertsri¹ Patama Phogsiri¹ Chaliya Wamalun² Sopit Taptimhin²

Wilailuk Teeyapan¹ Apiradee Charoennukul¹

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

²Ubonratchathani Cancer Hospital

Corresponding author: Nusara Prasertsri; Email: nussara@bcnsp.ac.th

Received: December 17, 2022 Revised: March 20, 2023 Accepted: April 2, 2023

Abstract

Inadequate health literacy has been shown to impact health outcomes of patients with cancer. However, there are limited studies about functional health literacy, symptoms, and self-management in head and neck cancer patients. This cross-sectional descriptive study aimed to study functional health literacy, symptoms and self-management in head and neck cancer patients' ongoing radiation treatment. The sample consisted of 110 head and neck cancer patients receiving radiotherapy at the Cancer Hospital between January 2021 – April 2021. Purposive sampling with inclusion criteria was used. The research tools included Brief Health Literacy Screen, and symptom and self-symptom management questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The results found that the majority of the sample was male (73.50%) and the average age was 58.13 years (SD □ 15.65). The educational level of most of the sample was elementary school (77.6%) and the most common cancer location of the head and neck was the nasopharynx (27.27%). Adequate functional health literacy was 60.09%. The most common symptoms found were xerostomia (52.7%) of and fatigue (50.9%) . The severity of the symptoms was moderate for both xerostomia and fatigue.. Self-management of the symptoms of xerostomia were to drink water and gargle. Fatigue was managed by bed rest and consuming sweet drinks.

Keywords: head and neck cancer; health literacy; self-symptom management; symptoms



ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกเจ็บป่วยและเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันดับต้น ปี พ.ศ. 2563 พบการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมดจำนวน 9.6 ล้านคน และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจำนวน 18.1 ล้านคน¹ และพบว่ามะเร็งศีรษะและคอ (head neck squamous cell carcinoma : HNSCC) เป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 5 ของมะเร็งทั้งหมด²

สำหรับประเทศไทยจากรายงานทะเบียนสถิติแสดงข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มาใช้บริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการป่วยเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 9.50 ของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด³ มะเร็งศีรษะและคอเป็นกลุ่มของโรคมะเร็งที่เกิดบริเวณช่องปาก (oral cavity) คอหอย (oropharynx) โปรงจมูก (nasopharynx) กล่องเสียงและคอหอยส่วนล่าง (hypopharynx larynx) และ ต่อม้ำลาย (salivary glands) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งศีรษะและคอคือการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์⁴ และปัจจุบันพบว่าการติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) เป็นปัจจัยการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ⁵ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมส่งผลให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ค่อนข้างซับซ้อน เนื่องจากบริเวณศีรษะและคอเป็นที่รวมของอวัยวะรับความรู้สึกหลายอย่าง⁶ การดำเนินโรคทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ ผิดปกติไป ในระยะแรกก่อนเริ่มการรักษาผู้ป่วยมักมีอาการกลืนลำบาก ลาลิ้นน้ำและอาหาร เสียงเปลี่ยน มีอาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า รับประทานอาหารได้น้อยลง หายใจลำบาก พูดสื่อสารไม่ชัดเจน และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย⁷ การรักษามะเร็งศีรษะและคอมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่งและระยะของโรค มีทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา หรือใช้ทั้ง 3 วิธี ร่วมกัน รังสีรักษา (radiotherapy) ถือเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับมะเร็งศีรษะและคอ ความเข้มของรังสีเป็นสิ่งสำคัญในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ การได้รับรังสีรักษาในช่องปากและต่อมน้ำลายในปริมาณสูง อาจส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย อาการเฉียบพลันที่พบบ่อยที่เกี่ยวข้องกับรังสีรักษา ได้แก่ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis)⁸ ปากแห้ง (xerostomia) ช่องปากติดเชื้อรา (oral candidiasis) การรับรสเสีย กลืนลำบาก เจ็บคอเนื่องจากการบวมของ larynx ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบส่งผลให้มีอาการปวด รับประทานอาหารได้น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย⁹ เกิดภาวะติดเชื้อ ปัญหาด้านจิตใจผู้ป่วยอาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา¹⁰

อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษา มีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งการฉายแสง ขนาดของรังสีที่ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการข้างเคียงที่ไม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การหยุดชะงักของการรักษาได้ ผู้ป่วยอาจจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพจากอาการข้างเคียง ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ¹¹ เพื่อจัดการอาการข้างเคียงและลดอาการในระยะยาวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในแต่ละโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ปฏิบัติตนเพื่อจัดการอาการข้างเคียงจากการรักษา จากรายงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 50 นำหนักลดลงอย่างมากและการขาดสารอาหารระหว่างการรักษาด้วยรังสี¹² การศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา อาจเนื่องมาจากความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่สามารถปฏิบัติเพื่อจัดการอาการตนเองได้¹³ ในปัจจุบันความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยมีความสำคัญเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อที่จะเข้าใจโรค การรักษา และสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น¹⁴ ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นผลลัพธ์ขั้นสูงของกระบวนการทางสุขภาพซึ่งรวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้อยู่ในระดับสูง ช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุน



สุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน¹⁵ ความรอบรู้ทางสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับที่ 1 ชั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ชั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ชั้นวิจารณ์ญาณ¹⁶ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ไม่เพียงพอ อาจทำให้มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคของตนและไม่สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางด้านสุขภาพได้นำไปสู่การปฏิบัติดูแลตนเองไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยของต่างประเทศในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางลบ และในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ทั้งนี้ความซับซ้อนของโรคและการรักษาในระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ¹⁷

ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ¹³ การวิจัยของไทยพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การจัดการตนเองและความรอบรู้ทางสุขภาพอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25.5¹⁸ ปัจจุบันการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ มีเครื่องมือหลากหลายและใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างนานซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน และผู้ป่วยใช้เวลาในการตรวจตามนัดกับแพทย์หรือเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยรังสีรักษา จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่ได้รับการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพได้

ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับหลายตัวแปร เช่น ระดับการศึกษา อายุ ความเจ็บป่วย ความเรื้อรังของโรค การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ผู้วิจัยแต่ละทีมวิจัยสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง การเลือกเครื่องมือเพื่อประเมิน ความรอบรู้ทางสุขภาพให้เหมาะสมจึงมีความสำคัญ¹⁹ และโดยส่วนใหญ่จะประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพระดับที่ 3 ชั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมที่สูงขึ้น สามารถวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และนำมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมและบริหารจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้¹⁶ แต่ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถรอกเอกสารข้อมูลด้านสุขภาพรวมเข้าใจต่อข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับการสื่อสารด้วยวาจาหรือข้อความเขียนจากบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น คำแนะนำการรับประทานยา คำแนะนำการรับประทานอาหาร คำแนะนำการจัดการอาการที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษา และการนัดหมายเพื่อติดตามการรักษา เป็นต้น¹⁶ การประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐานจึงมีความสำคัญเพื่อที่จะมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้กับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลการจัดการอาการตนเองและความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษายังมีจำกัด ทั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก กิจกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ในกระบวนการดูแลจึงเกิดจากผู้ป่วยดำเนินการเอง สิ่งสำคัญผู้ป่วยต้องเฝ้าระวังอาการการเปลี่ยนแปลงตามความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และจัดการอาการและความเจ็บป่วยด้วยตนเองที่บ้าน การวิจัยจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีความสามารถในการจัดการตนเองได้ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ อาการและการจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

คำนิยามศัพท์

ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label)



การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา การดูแลตนเอง กำหนดการนัดหมาย¹⁶
การจัดการอาการตนเอง หมายถึง เป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยอาการเรื้อรังด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายและหญิงที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมกราคม 2564- เมษายน 2564 การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงเดือนมกราคม 2563-เมษายน 2563 เท่ากับ 166 ราย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย

โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่สูงที่สุดที่ผู้วิจัยรับ

ได้กำหนด $e = .05$

ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับผู้ป่วยจำนวน 110 ราย

เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาอย่างน้อยจำนวน 1 fraction ของแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาทั้งหมด ในช่วงเวลาของการศึกษา
3. รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อสื่อสารเข้าใจ ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
4. สัมผัสใจเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างและดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ผู้ดูแล และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยมะเร็งและการรักษา จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ ชนิดของมะเร็ง staging วันที่ถูกวินิจฉัย การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสี จำนวน fraction และจำนวน dose ที่ได้รับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการและความรุนแรงของอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ไม่มีอาการ (1 คะแนน) อาการน้อย (2 คะแนน) อาการปานกลาง (3 คะแนน) อาการมาก (4 คะแนน) อาการมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยดังต่อไปนี้



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

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยเมื่อได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยมีอาการและจัดการอาการเพื่อบรรเทาอาการ แบบสอบถามปลายเปิดมีทั้งหมด 10 ข้อ กลุ่มตัวอย่างบอกวิธีการจัดการแต่ละอาการได้มากกว่าหนึ่งอาการ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นการคัดกรองความรู้ทางสุขภาพที่เป็นทักษะพื้นฐานด้าน อ่าน เขียน ความเข้าใจและความมั่นใจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการนัดหมายของแพทย์ เอกสารให้คำแนะนำทางสุขภาพ ฉลากและคำแนะนำยา ที่มิวิจัยใช้แบบประเมิน Brief Health Literacy Screening Questions (BHLS) ของ Chew และคณะ²⁰ โดยขอใช้แบบประเมินและได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ ให้ใช้เครื่องมือในการศึกษาและผู้วิจัยได้แปลต้นฉบับตามหลักของการแปลเครื่องมือ forward translation ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาและเนื้อหาได้ค่าความตรงของเนื้อหารายชื่อระหว่าง .67-1.0 ข้อคำถามต้นฉบับจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ไม่เคย (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) แทบทุกครั้ง (4 คะแนน) ทุกครั้ง (5 คะแนน) การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยดังต่อไปนี้

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

Chew และคณะ²⁰ คัดแบ่งแบบสอบถามจาก 16 ข้อเหลือ 3 ข้อเพื่อตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์อย่างรวดเร็วโดยมีข้อคำถามดังนี้

1. คุณมั่นใจแค่ไหนในการกรอกแบบฟอร์มทางการแพทย์ด้วยตัวเอง
2. คุณมีคนช่วยคุณอ่านเอกสารของโรงพยาบาลบ่อยแค่ไหน?

3. บ่อยแค่ไหนที่คุณมีปัญหาในการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาวะทางการแพทย์ของคุณเนื่องจากมีความยุ่งยากในการทำความเข้าใจข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร

คำถามเป็นมาตรวัด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ ไม่เคย (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) แทบทุกครั้ง (4 คะแนน) ทุกครั้ง (5 คะแนน) คำถามแต่ละข้อจะถูกนำมารวมเข้าด้วยกัน คะแนนรวม 3 ถึง 15 คะแนน ถ้าคะแนนรวมเท่ากับหรือน้อยกว่า 9 บ่งชี้ว่ามีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

คุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาล 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง IOC (index of item objective congruence) รายข้อเครื่องมือทั้งหมดอยู่ระหว่าง .6-1.0

ความเที่ยงของเครื่องมือ

คำนวณหาความเชื่อมั่น (reliability) ที่มิวิจัยได้นำแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการและความรุนแรงของอาการ และ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ไปประเมินใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแต่ละส่วน



ของแบบสอบถามได้ค่าแบบประเมินอาการและความรุนแรงของอาการ เท่ากับ .87 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ เท่ากับ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เลขที่ EC 21 / 2564 วันที่อนุมัติ 21 มกราคม 2564 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในคนทุกประการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการวิจัยและการขอเข้าถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพประจำ หน่วยตรวจรังสีรักษาของโรงพยาบาล ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย สอบถามรายชื่อผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยรังสีในช่วงเวลาของการทำวิจัยและผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดที่คัดเข้าแก่พยาบาลวิชาชีพประจำ
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือ หลังจากผู้ป่วยแสดงความยินยอมตอบรับเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย
4. หลังการนั้น ทีมผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองขณะรอพบแพทย์ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที กรณีผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านเนื่องจากการมองเห็น ทีมผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้ตอบแบบสอบถามทีละชุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบลงในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อาการ การจัดการอาการ และความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 110 คน เป็นเพศชายจำนวน 81 คน (ร้อยละ 73.5) อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 58.13 ปี (SD \square 15.65) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 75.5 และระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.6 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.1
2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยรังสี
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งศีรษะและคอ เป็นมะเร็งในตำแหน่งโพรงจมูก (nasopharynx cancer) มากที่สุดร้อยละ 27.27 รองลงมาเป็นมะเร็งในช่องปาก (oral cavity cancer) ร้อยละ 10.2 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (n=110)

ชนิดของมะเร็ง	จำนวน	(ร้อยละ)
nasopharynx cancer	30	27.27
oral cavity cancer	19	17.27
laryngeal cancer	12	10.91
tongue cancer	9	8.18
hypopharynx cancer	9	8.18
lips cancer	9	8.18
oropharynx cancer	8	7.27
gum cancer	8	7.27
buccal mucosa cancer	3	2.73
parotid cancer	3	2.74

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาขนาดที่ได้รับมากที่สุด 151 ถึง 200 เกรย์ (Gy) จำนวน 53 คน (ร้อยละ 48.18) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปริมาณรังสีที่ได้รับในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (n=110)

ปริมาณรังสีที่ได้รับ	จำนวน	ร้อยละ
100-150	24	21.82
151-200	53	48.18
201-300	12	10.91
301-400	10	9.09
401-500	5	4.54
501-600	4	3.64
601-700	2	1.82

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

จากแบบประเมินคัดกรอง 3 ข้อ พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 10.98 (SD =3.45, พิสัย=3-15) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน (ร้อยละ 39.09) ได้คะแนนรวม 1-9 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 คน (ร้อยละ 60.90) ได้คะแนนรวม 10-15 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

พิจารณารายข้อจากแบบสอบถามต้นฉบับ 16 ข้อ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน มากที่สุดคือ มันใจสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำบนฉลากยาได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 (SD \square .79) น้อยที่สุดคือปัญหาในการนัดหมายในเวลาที่เหมาะสมเนื่องจากมีปัญหาในการทำความเข้าใจคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษรค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 (SD \square 1.65) แสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (n=110)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	mean	SD	เกณฑ์การประเมิน
1. สามารถอ่านและเข้าใจเกี่ยวกับใบตรวจนัดของแพทย์ได้อย่างง่าย	3.82	1.54	มาก
2. สามารถอ่านและเข้าใจเกี่ยวกับเอกสารของโรงพยาบาลได้อย่างง่าย	3.57	1.53	มาก
3. สามารถอ่านและเข้าใจเกี่ยวกับฉลากยาได้อย่างง่าย	3.90	1.49	มาก
4. สามารถอ่านและเข้าใจเอกสารประกอบด้านสุขภาพได้อย่างง่าย	3.86	1.41	มาก
5. เข้าใจป้ายสัญลักษณ์ของโรงพยาบาลหรือคลินิกได้ยาก	3.80	1.43	มาก
6. เข้าใจยากเกี่ยวกับใบตรวจนัดของแพทย์	2.98	1.63	ปานกลาง
7. เข้าใจยากเกี่ยวกับเอกสารของโรงพยาบาล	3.22	1.45	ปานกลาง
8. เข้าใจยากเกี่ยวกับคำแนะนำในฉลากยา	2.88	1.49	ปานกลาง
9. ปัญหาการทำความเข้าใจข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ใช้บริการดูแลสุขภาพ (เช่นแพทย์ พยาบาล)	2.51	1.39	น้อย
10. ปัญหาในการนัดหมายในเวลาที่เหมาะสมเนื่องจากไม่เข้าใจคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษร	2.30	1.65	น้อย
11. ปัญหาในการกรอกแบบฟอร์มทางการแพทย์เนื่องจากไม่เข้าใจ	2.43	1.55	น้อย
12. ปัญหาในการเรียนรู้เกี่ยวกับอาการและเกี่ยวกับสภาวะโรคของตนเองเนื่องจากความยุ่งยากในการทำความเข้าใจข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร	2.48	1.36	น้อย
13. ไม่แน่ใจในการใช้ยาอย่างถูกต้องเนื่องจากไม่เข้าใจคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษรบนฉลากขวดยา	2.43	1.43	น้อย
14. มั่นใจในการกรอกแบบฟอร์มทางการแพทย์ด้วยตัวเอง	2.71	1.43	ปานกลาง
15. มั่นใจสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำบนฉลากยาได้	4.49	0.79	มากที่สุด
16. มีสมาชิกในครอบครัว ช่วยอ่านเอกสารของโรงพยาบาลบ่อยแค่ไหน	4.33	1.13	มากที่สุด

4. อาการและความรุนแรงของอาการที่ได้รับรังสีรักษา

อาการและอาการแสดงกลุ่มตัวอย่างที่พบผู้ป่วยระบุนอกอาการมากกว่าหนึ่งอาการ และอาการที่พบมาก คือ ภาวะน้ำลายแห้ง ร้อยละ 52.7 น้อยที่สุดคือการรับรสเสียร้อยละ 6.36 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง อาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดคืออาการกลืนลำบากค่าเฉลี่ย 2.89 (SD □ .87) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อาการและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (n=110)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)	ความรุนแรงอาการ		แปลผล
		mean	SD	
ภาวะน้ำลายแห้งหรือภาวะปากแห้งจากน้ำลายน้อย	58 (52.7)	2.84	0.5	ปานกลาง
เหนียวลิ้น	56 (50.9)	2.55	1.43	ปานกลาง
รับประทานอาหารได้น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย	47 (42.7)	2.2	0.67	น้อย
กลืนลำบาก	42 (38.1)	2.89	0.87	ปานกลาง
ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis)	24 (26.4)	2.16	0.45	น้อย
เจ็บคอเนื่องจากการบวมของ larynx	15 (13.6)	2.81	1.62	ปานกลาง



อาการ	จำนวน (ร้อยละ)	ความรุนแรงอาการ		แปลผล
		mean	SD	
อาการอ้าปากไม่ได้หรืออ้าปากได้ยาก (Trismus)	14 (12.7)	1.79	0.64	น้อย
ปวดจากการอักเสบภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	13 (11.8)	2.06	1.36	น้อย
การเกิดเชื้อราในช่องปาก (oral candidiasis)	10 (9.0)	1.71	0.22	น้อย
การรับรสเสีย	7 (6.3)	2.3	0.57	น้อย

5. วิธีการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่างมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองได้มากกว่าหนึ่งวิธี การคิดร้อยละวิธีการจัดการอาการเทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 คน วิธีการจัดการอาการแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการจัดการอาการของผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (n=110)

อาการ	การจัดการอาการ		
	วิธีการจัดการ	n	ร้อยละ
ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis)	- บ้วนปาก	17	15.45
	- ทายา	7	6.36
ภาวะน้ำลายแห้งหรือภาวะปากแห้งจากน้ำลายน้อย	- ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น	31	28.18
	- บ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำเปล่า	25	22.72
การเกิดเชื้อราในช่องปาก (oral candidiasis)	- ทายาตามแผนการรักษา	10	9.09
การรับรสเสีย	- พยายามรับประทานอาหารที่ชอบ	7	6.36
กลิ่นลำบาก	- รับประทานอาหารเหลว	34	30.91
	- ดื่มนม	15	13.64
	- ค่อยๆ ทุกลิ่น	9	8.18
เจ็บคอเนื่องจากการบวมของ larynx	- รับประทานยาแก้ปวด	15	13.64
ปวดจากการอักเสบภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	- บ้วนปาก	2	1.82
	- รับประทานยา	11	10.00
รับประทานอาหารได้น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย	- พยายามรับประทานอาหารที่ชอบ	24	21.82
	- รับประทานอาหารเสริม	29	26.36
เหนื่อยล้า	- นอนพักผ่อน	37	33.64
	- ดื่มน้ำหวาน	19	17.27
อาการอ้าปากไม่ได้หรืออ้าปากได้ยาก (Trismus)	- บริหารปาก	14	12.73



อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ อาการและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอข้อค้นพบขออภิปรายผลการวิจัยดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายสอดคล้องกับสถิติอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอของทั่วโลก² และในประเทศไทย³ ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือส่วนโพรงจมูก(nasopharynx) ซึ่งมะเร็งในโพรงจมูกจะเกิดบริเวณหลังโพรงจมูก ตำแหน่งนี้จะมีสารบางอย่างไหลผ่านเข้าไปได้ง่าย เช่น ควันบุหรี ควันพิชต่างๆ หรือสารที่เกิดจากการเผาไหม้และอาจเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดการระคายเคืองบริเวณดังกล่าวได้ง่าย เกิดการอักเสบเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคนไทยของ มณฑิรา คำห่อและคณะ¹⁸ และการศึกษาของ อารียา ประเสริฐแสง²¹

ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 60.90 มีความรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ และร้อยละ 39 ที่ระบุว่าความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานไม่เพียงพอ มีจำนวนสูงกว่าการศึกษาของ Nilsen และคณะ¹⁷ ที่พบผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานไม่เพียงพอร้อยละ 14 และ 12 ตามลำดับ ใช้แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพแบบเดียวกัน อาจจะเนื่องจากการศึกษาของ Nilsen เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาครบแผนการรักษา แต่การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาและผู้ป่วยบางรายเพิ่งได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ดังนั้นอาจจะมีปัญหาการอ่านหรือไม่เข้าใจเอกสารของโรงพยาบาล โบนัด มีผลต่อความมั่นใจในการกรอกเอกสารด้วยตนเอง ดังนั้นจะมีญาติเป็นคนช่วยเหลือในการอ่านและการกรอกเอกสารของโรงพยาบาลซึ่งเป็นไปตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยให้สมาชิกในครอบครัวช่วยอ่านเอกสารของโรงพยาบาล มากที่สุด

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา²² การศึกษากลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.6 แม้ว่าจะสามารถอ่านได้แต่เอกสารของโรงพยาบาลบางส่วนที่มีรายละเอียด และจำเป็นต้องกรอกให้ข้อมูลกับทางโรงพยาบาล อาจจะทำให้ญาติช่วยอ่านและกรอกเอกสารของโรงพยาบาลแทน และรายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยวัยกลางคนและวัยผู้สูงอายุมีแนวโน้มความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ²³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัยกลางคนและผู้สูงอายุ สำหรับการศึกษาของไทยโดย มณฑิรา คำห่อ และคณะ¹⁸ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผู้วิจัยรายงานคะแนนความรอบรู้สุขภาพเป็นค่าเฉลี่ยและไม่ได้ระบุความรอบรู้สุขภาพเพียงพอหรือไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถนำมาอภิปรายในการศึกษานี้ได้ แต่พบว่า ความรอบรู้สุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

การใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละคน ปัญหาที่พบในคลินิกระหว่างที่ผู้ป่วยมาตรวจและรักษาตามนัด การประเมินต้องใช้เวลาสั้นและข้อคำถามต้องไม่มากและสามารถระบุความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอหรือไม่เพียงพอได้ การนำ BHLS มาใช้ประเมินเพื่อตรวจหาผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์อย่างรวดเร็วโดยมีข้อคำถาม 3 คำถาม 1) คุณมั่นใจแค่ไหนในการกรอกแบบฟอร์มทางการแพทย์ด้วยตัวเอง 2) คุณมีคนช่วยคุณอ่านเอกสารของโรงพยาบาลบ่อยแค่ไหน และ 3) บ่อยแค่ไหนที่คุณมีปัญหาในการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาวะทางการแพทย์ของคุณเนื่องจากความยุ่งยากในการทำความเข้าใจข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งง่าย และพยาบาลสามารถประเมินคัดกรองเพื่อประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้เวลา 1 นาที

การรักษาด้วยรังสีมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยจากผลการวิจัยผู้ป่วยรายงานอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีรักษาประกอบด้วย ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ น้ำลายแห้ง ปากติดเข็รธา การรับรสเสีย กลืนลำบาก เจ็บคอเนื่องจากการบวมของ laryngeal เหนื่อยล้า และรับประทานอาหารได้น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยบางรายมีอาการที่มากกว่า



หนึ่งอาการและมีวิธีการจัดการอาการดังกล่าวด้วยตนเองที่หลากหลาย ความรุนแรงของอาการทั้ง 10 อยู่ระหว่างน้อยที่สุดถึงปานกลาง อาการที่พบมากที่สุดคือภาวะน้ำลายแห้ง พบร้อยละ 52.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Warwas และคณะ²⁴ และงานวิจัยดังกล่าวพบว่าปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำลายแห้งหลังการรักษาด้วยรังสีของมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น และตำแหน่งของมะเร็ง พบว่า ตำแหน่ง nasopharynx และ oral cavity เกิดภาวะน้ำลายแห้งมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้ผู้ป่วยเป็นมะเร็งในตำแหน่ง nasopharynx มากที่สุดและตามด้วยตำแหน่ง oral cavity อย่างไรก็ตามภาวะน้ำลายแห้ง จะรุนแรงมากขึ้นเมื่อได้รับปริมาณรังสีมากขึ้น การจัดการภาวะน้ำลายแห้งผู้ป่วยดื่มน้ำเพิ่มขึ้น และบ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำเปล่า ทำให้บรรเทาอาการสำหรับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวดี ชัดทะเสมา และคณะ²⁵

อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการพบได้บ่อยเช่นกันในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รักษาด้วยรังสี อาการนี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานอย่างมากและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาคั้งนี้ผู้ป่วยระบุอาการเหนื่อยล้าร้อยละ 50.9 สอดคล้องกับการศึกษา Edward Abel และคณะ²⁶ พบว่าผู้ป่วยรายงานอาการเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูงในช่วง 3 เดือนแรกของการรักษาด้วยรังสี แต่การศึกษานี้เป็นภาคตัดขวางและให้ผู้ป่วยรายงานอาการเหนื่อยล้าในภาพรวมไม่ได้ระบุแยกแยะระหว่างอาการเหนื่อยล้าด้านร่างกายและด้านอารมณ์ และความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยมีการจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยการนอนพัก และดื่มน้ำหวาน และทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

สรุป ส่วนใหญ่การศึกษาคั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับเพียงพอ สามารถอ่านเอกสารข้อแนะนำการปฏิบัติเพื่อจัดการอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีรักษาตนเองได้ และมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะทำให้การจัดการอาการยังไม่ดีพอต้องได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นข้อมูลภาคตัดขวาง ดังนั้นจึงไม่สามารถอนุมานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรู้ทางสุขภาพและการจัดการอาการได้ ผลการศึกษานี้อาจมีอคติเนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้การประเมินความรู้ทางสุขภาพ เป็นแบบการรายงานตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โรงพยาบาลสามารถนำเครื่องมือคัดกรองความรู้ทางสุขภาพเพื่อประเมินความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพที่ใช้เครื่องมือคัดกรองนี้กับตัวแปรอื่น ๆ เช่น อายุ การศึกษา และการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัย



References

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*.2021;149(4):778–89.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*.2021;71(3):209–49.
3. National Cancer Institute. Hospital-Based Cancer Registry 2020. In: Health DoMSMoP, editor.: National Cancer Institute;2021.
4. Aupiais A. Epidemiology of head and neck cancers: an update. *Current Opinion in Oncology*.2020;32(3):178–86.
5. Borsetto D, Fussey J, Fabris L, Bandolin L, Gaudioso P, Phillips V, et al. HCV infection and the risk of head and neck cancer: A meta-analysis. *Oral Oncology*.2020;109:104869.
6. Rogers S, Waylen A, Thomas S, Penfold C, Pring M, Waterboer T, et al. Quality of life, cognitive, physical and emotional function at diagnosis predicts head and neck cancer survival: Analysis of cases from the Head and Neck 5000 study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*.2020;277(5):1515–23.
7. Palmieri M, Sarmiento DJ, Falcão AP, Martins VA, Brandão TB, Morais-Faria K, et al. Frequency and evolution of acute oral complications in patients undergoing radiochemotherapy treatment for head and neck squamous cell carcinoma. *Ear, Nose & Throat Journal*.2021;100(5_suppl):449S–55S.
8. Sunaga T, Nagatani A, Fujii N, Hashimoto T, Watanabe T, Sasaki T. The association between cumulative radiation dose and the incidence of severe oral mucositis in head and neck cancers during radiotherapy. *Cancer Reports*.2021;4(2):e1317.
9. Einarsson S, Laurell G, Ehrsson YT. Mapping the frequency of malnutrition in patients with head and neck cancer using the GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition. *Clinical Nutrition ESPEN*.2020;37:100–6.
10. Zhang L, Tang G, Wei Z. Prophylactic and therapeutic effects of curcumin on treatment-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrition and Cancer*.2021;73(5):740–9.
11. Gupta V, Hicks D, Liu J, Sharma S, Bakst R. The Effect of Radiation Dose to the Pharyngeal Constrictor Musculature on Weight Loss During Treatment and Feeding Tube Dependence in Head and Neck Cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*.2020;108(2):E45.
12. Jin S, Lu Q, Sun Y, Xiao S, Zheng B, Pang D, et al. Nutrition impact symptoms and weight loss in head and neck cancer during radiotherapy: a longitudinal study. *BMJ Supportive & Palliative Care*.2021;11(1):17–24.
13. Clarke N, Dunne S, Coffey L, Sharp L, Desmond D, O’Conner J, et al. Health literacy impacts self-management, quality of life and fear of recurrence in head and neck cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*. 2021;15(6):855–65.
14. World Health Organization. Health Promotion Glossary. In: Division of Health Promotion. www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf World Health Organization, Geneva;1998.



15. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health.*2021;42(1):159–73.
16. Nutbeam D, Muscat DM. Advancing health literacy interventions. *Health literacy in clinical practice and public health: IOS Press;*2020.p.115–27.
17. Nilsen ML, Moskovitz J, Lyu L, Harrison C, Randazza E, Peddada SD, et al. Health literacy: impact on quality of life in head and neck cancer survivors. *The Laryngoscope.*2020;130(10):2354–9.
18. Khamho M, Wanitkun N, Danaidutsadeekul S, Thephamongkhol K. Predictive model of quality of life in patients with head and neck cancer after radiotherapy. *Nursing Science Journal of Thailand.*2018; 36(2):54–66.
19. Altin SV, Finke I, Kautz-Freimuth S, Stock S. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health.*2014;14(1):1–13.
20. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine.*2004;36(8):588–94.
21. Prasertsang A WV, Chayaput P, Keskoool 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. *Royal Thai Army Nurses.*2021;22(3):160–7.
22. Jabbour J, Milross C, Sundaresan P, Ebrahimi A, Shepherd HL, Dhillon HM, et al. Education and support needs in patients with head and neck cancer: A multi-institutional survey. *Cancer.*2017;123(11):1949–57.
23. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Education and Counseling.*2016;99(7):1079–86.
24. Warwas B, Cremers F, Gerull K, Leichtle A, Bruchhage KL, Hakim SG, et al. Risk factors for xerostomia following radiotherapy of head-and-neck cancers. *Anticancer Research.*2022;42(5):2657–63.
25. Kuthasema P, Putwatan P, and Junhavat D. Experience of xerostomia, management, and outcomes in patients with head and neck cancer post radiation. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2013;16(1):40–53. (in Thai)
26. Abel E, Silander E, Nordström F, Olsson C, Brodin NP, Nyman J, et al. Fatigue in head and neck cancer patients treated with radiotherapy: a prospective study of patient-reported outcomes and their association with radiation dose to the cerebellum. *Advances in Radiation Oncology.*2022:100960.



คำแนะนำผู้พิมพ์

เพื่อให้การจัดทำวารสารไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจึงขอแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำวารสารและการเตรียมต้นฉบับบทความ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดผลงานวิชาการที่จะลงเผยแพร่ในวารสาร ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3 หากเป็นบทความสืบเนื่องจากงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง หรือเป็นงานวิจัยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัย

2. วารสารฯ กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการบทความเพื่อเผยแพร่ในอัตราบทความละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) (การชำระเงินจะเกิดขึ้นก่อนที่วารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อได้ชำระเงินแล้วทางวารสารฯ จะไม่คืนเงินในทุกกรณี)

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucorsiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18-20
ข้อมูลผู้พิมพ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อรอง	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ tab)	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกท้ายข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับตัวเลข	ชิดซ้าย	16



3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของผลงานวิชาการ กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ผู้เขียนควรกำหนดชื่อให้กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ในส่วนข้อมูลผู้พิมพ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์ (ทางวารสารฯ ของสงวนสิทธิ์ในการแสดงแค่ชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลล์ที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อภาษาไทยให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ การเขียนบทคัดย่อไม่ควรมีการอ้างอิงในบทคัดย่อ (สำหรับบทความวิชาการก็ให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: self-management; health promotion; hypertension; elderly

4.4 บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือการวิจัยเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา อีกทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย โดยอาจจะเพิ่มเป็นหัวข้อใหม่หรือไม่ก็ได้

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ

4.6 ผลการวิจัยเป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็น ๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลในตารางก่อน โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยรูปแบบตารางจะไม่มีเส้นแนวตั้ง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อมูลสั้น ๆ ไม่เกินหนึ่งบรรทัด วางไว้ด้านบนของตาราง



ตัวอย่างการเขียนตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ชิดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 r=.75 p<.01 เป็นต้น

4.7 สรุปและอภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย ไม่กล่าวซ้ำกับผลการวิจัย การอภิปรายจะเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัย สอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลอธิบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสม

4.8 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

4.9 การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถานพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.10 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้เขียนและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์

4.11 หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ได้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มี และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html>²

4.12 การเขียนอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้หน้าตัวเลขอารบิกแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ท้ายเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัวยก และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา1,7) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดกัน (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา1-3,6,9) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ



การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ช่วยได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้เขียน เช่น ปราณอม ใจเก่งกล้า ให้เขียนเป็น Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้เขียนมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับชื่อบทความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ตลอดทั้งชื่อบทความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้น ๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

References

1. Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 2011;12(3):11-22.(in Thai).
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Science* 2011;13:323-7.

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 ให้ผู้ค้นพบอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ขอให้หลีกเลี่ยงการอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้เขียนหนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้เขียนวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

4. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Garland Publishing; 2001.
5. Department of Mental Health. *Annual report 2006*. Bangkok: Idea Square. 2006.(in Thai).



การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม 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).

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสาร โดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY] ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “Available from” อย่างไรก็ตามขอให้ผู้พิมพ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต เช่น

7. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 14 August 2020]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx
8. Leungratanamart L, Sudjainark S, Wattanaviroj N, Meelai. Factors influencing the executive function in preschool-age children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health [internet]. 2021 [cited 23 March 2022];31(3):15-27. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255634/173945>. (in Thai).

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ของคู่มือ 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. การส่งต้นฉบับบทความให้ผู้เขียนส่งบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJo ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการสืบค้นผ่านหน้าเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทาง ThaiJo ได้เตรียมไว้ที่เมนู “For Author” ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ให้ติดต่อกลับที่วารสารฯ

6. การจัดการบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร เป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

6.1 ผู้เขียนทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJo เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJo ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

6.2 บรรณาธิการวารสารฯ จะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไข จากนั้นให้ผู้พิมพ์ส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับเข้ามาใหม่ผ่านเมลของระบบ ThaiJo (โดยใช้ระเบียบ submission เดิม)

6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด ทางวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านทำการพิจารณาและประเมินคุณภาพด้วยกระบวนการ double blinded review



6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทางวารสารฯ จะส่งบทความกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้จะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจากกองบรรณาธิการวารสาร)

6.5 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพสมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะนำบทความไปจัดเรียงพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้องทั้งรูปแบบและการพิมพ์อักษร ในขณะเดียวกันจะส่งบทความให้ผู้นิพนธ์ทำการตรวจสอบและยืนยันเนื้อหาบทความอีกครั้ง หากมีการแก้ไขกองบรรณาธิการจะนำกลับมาแก้ไข และเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วบทความจะถูกนำไปจัดทำเป็นวารสารในที่สุด

7. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนี้มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม และตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปีที่ 29 (มกราคม – เมษายน 2562) เป็นต้นไป ทางวารสารฯ จะเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจเล่มวารสารฯ สามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสาร



การติดต่อ

ผู้พิมพ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข
โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1974, 086-155-6862
E-mail : sukjai@bnc.ac.th
2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.เชษฐา แก้วพรม
โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834, 086-382-4635
E-mail : wlg2552@gmail.com
3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
นางสาวไบศรี นวลอินทร์
โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834
E-mail : n.tnaph@gmail.com

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

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 300 บาท/ปี

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